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

MERIDIANO SANITÀ 21

Le coordinate della salute

Rapporto 2026

TEHA

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

MERIDIANO SANITÀ 21

Le coordinate della salute

Rapporto 2026

© 2026 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

Una parte crescente dei fattori che determinano la salute delle persone e la sostenibilità dei sistemi sanitari si forma oggi al di fuori del perimetro tradizionale della sanità: nelle scelte di politica energetica e commerciale, negli equilibri geopolitici, nella disponibilità di materie prime, nella localizzazione delle produzioni strategiche e nella competizione globale per dati, capitali, tecnologie e talenti.

Gli effetti di queste dinamiche sono spesso poco visibili, ma profondamente pervasivi. Costi energetici, crisi internazionali e barriere commerciali incidono sulla produzione di farmaci e dispositivi, sugli approvvigionamenti e sulle decisioni di investimento. Dinamiche lontane dalla sanità condizionano così innovazione, capacità di risposta dei servizi e salute delle persone.

La vera novità non è che economia, geopolitica e salute siano collegate, ma la velocità e l'ampiezza con cui i cambiamenti si trasmettono da un sistema all'altro. In un mondo sempre più interdipendente, questi ambiti non possono più essere governati separatamente: ogni dipendenza può trasformarsi in vulnerabilità, ma ogni connessione in un'opportunità per far circolare conoscenze, dati e capitali e accelerare l'innovazione, dalla prevenzione alla diagnosi e alla cura.

Nella nuova geografia delle Life Sciences, l'Europa perde terreno rispetto a Stati Uniti e Cina nella generazione e protezione dell'innovazione, nella produzione di principi attivi e nella velocità di accesso alle nuove terapie. La salute diventa così un terreno su cui si misura la capacità di essere autonomi, sicuri e competitivi.

Per l'Italia la sfida è particolarmente delicata. A un patrimonio di salute costituito dal SSN, dalla ricerca e dai suoi professionisti si contrappongono invecchiamento, cronicità e calo della forza lavoro, in un contesto di crescita debole, debito elevato e crescente competizione internazionale.

La sostenibilità del sistema sanitario non può dipendere solo dalla spesa, ma da dove e come si investe: prevenzione e diagnosi precoce, ricerca, innovazione e competenze consentono di anticipare bisogni in aumento, migliorare la salute e il benessere delle persone e generare valore economico e sociale.

Rafforzare il Servizio Sanitario Nazionale e la filiera delle Life Sciences significa perseguire un'unica strategia: più innovazione, ricerca e competenze, ma anche più investimenti, occupazione qualificata e sicurezza degli approvvigionamenti.

La XXI edizione di Meridiano Sanità nasce da questa consapevolezza: la salute richiede una visione di lungo periodo che vada oltre i confini della sanità. Serve un nuovo Patto per la Salute e le Life Sciences, capace di unire l'intero ecosistema e porre la salute alla base della sicurezza, della competitività e del futuro dell'Italia e dell'Europa.

«L'Unione Europea deve ritrovare slancio e coraggio, ha le carte in regola per restare competitiva e protagonista sulla scena globale». *Sergio Mattarella, Presidente della Repubblica Italiana.*

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

INDICE

PREFAZIONE 3

INTRODUZIONE 9

LE PROPOSTE DI MERIDIANO SANITÀ 2026 13

1. LA SALUTE COME ECOSISTEMA STRATEGICO: CRESCITA, COMPETITIVITÀ E RESILIENZA 17
1.1 La salute al centro della nuova agenda strategica europea 19
1.2 Le dimensioni del valore generato dall'ecosistema della salute 21
1.3 La policrisi come amplificatore delle fragilità dei sistemi sanitari 28
1.4 La resilienza del sistema sanitario come asset strategico per il Paese 31

2. LONGEVITÀ E BENESSERE: LA SFIDA DELL'HEALTHY AGEING 35
2.1 I nuovi equilibri demografici 35
2.2 Vivere più a lungo, vivere meglio 40
2.2.1 I bisogni di salute lungo l'arco della vita 42
2.3 L'impatto economico e sociale della non buona salute 47

3. SALUTE DELLE DONNE: L'EQUITÀ COME LEVA DI INNOVAZIONE 53
3.1 La salute delle donne come indicatore di equità e di benessere socio-economico 54
3.1.1 La salute delle donne nell'Agenda europea 57
3.2 Gender health gap: dalle diagnosi tardive al carico invisibile della cura 58
3.3 Le conseguenze economiche delle disuguaglianze nella salute femminile 65
3.4 Approcci di salute personalizzati: innovare partendo dalle differenze 67

4. PREVENZIONE E SALUTE DELLA COMUNITÀ: UNA SCELTA DI LUNGO PERIODO 73
4.1 La prevenzione come leva di sostenibilità sanitaria, economica e fiscale 74
4.1.1 Dalla programmazione alla spesa: le risorse per la prevenzione in Italia 76
4.2 Gli stili di vita e i fattori di rischio 81
4.3 La strategia nazionale di immunizzazione 88
4.3.1 L'adesione alle campagne di immunizzazione nell'età pediatrica 90
4.3.2 L'adesione alle campagne di immunizzazione nell'età adolescenziale, adulta e nei fragili 96
4.4 L'organizzazione e l'adesione alle campagne di screening 103
4.4.1 Le campagne di screening oncologici 104
4.4.2 Lo screening neonatale esteso 108
4.4.3 Lo screening cardio-nefro-metabolico 109
4.5 Ambiente, One Health e AMR: nuove frontiere della prevenzione 111

5. LIFE SCIENCES E NUOVA GEOPOLITICA DELLA SALUTE: LA SFIDA COMPETITIVA PER L'EUROPA E L'ITALIA 119

5.1 Le Life Sciences tra crescita economica, salute e autonomia strategica 122

5.2 Le vulnerabilità della filiera europea: principi attivi, materie prime critiche ed energia 125

5.3 Le tensioni geopolitiche e il ritorno delle politiche protezionistiche 127

5.4 Politiche MFN e dazi: rischi e impatti sulla competitività europea 129
5.4.1 I rischi legati alla perdita di investimenti manifatturieri 132
5.4.2 I rischi legati alla perdita di investimenti in ricerca e all'accesso all'innovazione 133
5.4.3 La matrice di esposizione ai rischi dei Paesi benchmark e lo scenario al 2030 135
5.4.4 Le prime risposte europee al MFN, tra attendisti e interventisti 139

5.5 Le reazioni a una geografia del settore in evoluzione: priorità e dossier aperti a Bruxelles e a Roma 140

6. RICERCA E NUOVI FARMACI: INNOVAZIONE E VALORE PER LE PERSONE, IL SSN E IL SISTEMA-PAESE 147

6.1 La ricerca biomedica come politica pubblica e investimento strategico 149
6.1.1 Le politiche per attrarre ricerca nelle Life Sciences 152

6.2 La fotografia europea e italiana delle sperimentazioni cliniche 155
6.2.1 L'analisi di Meridiano Sanità sul beneficio economico generato dalla ricerca clinica in oncologia 161

6.3 Dalla ricerca alla disponibilità di farmaci per i pazienti 166
6.3.1 Gli schemi di accesso anticipato per accelerare la disponibilità dell'innovazione 170

7. CONOSCENZA, FIDUCIA E COMPORTAMENTI: IL RUOLO DELL'INFORMAZIONE IN SANITÀ ALLA PROVA DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE 175

7.1 Il livello di alfabetizzazione sanitaria in Italia: dove siamo oggi 176

7.2 Dall'infodemia ai chatbot, l'evoluzione della ricerca di informazioni 180
7.2.1 Le piattaforme IA verso una "sanità parallela"? 184

7.3 I risultati della survey di Meridiano Sanità 186
7.3.1 Un ecosistema informativo sempre più multicanale 186
7.3.2 Alfabetizzazione sanitaria e condizioni per un utilizzo consapevole dell'IA 189

7.4 Crescere (e star bene) nell'era digitale: la sfida delle nuove generazioni 193

7.5 Il costo della cattiva informazione sanitaria 195

8. OLTRE LA TECNOLOGIA: LA TRASFORMAZIONE DIGITALE DEL SSN NELL'ERA DEI DATI 199

8.1 Il PNRR come leva per la trasformazione digitale del SSN 200
8.1.1 Le risorse e lo stato di attuazione degli investimenti digitali 200
8.1.2 I principali interventi: Fascicolo Sanitario Elettronico, telemedicina e sistemi informativi 203

8.2 L'intelligenza artificiale nei sistemi sanitari 210
8.2.1 Dalla produzione scientifica all'adozione nella pratica clinica 211
8.2.2 Gli ambiti di applicazione: prevenzione, diagnosi e presa in carico 214
8.2.3 L'intelligenza artificiale in oncologia 218
8.2.4 Il valore economico dell'IA 221

8.3 Lo Spazio Europeo dei Dati Sanitari 221
8.3.1 L'uso primario e l'uso secondario dei dati sanitari 224
8.3.2 Le condizioni per l'attuazione dell'EHDS in Italia 227
8.4 I pilastri della trasformazione digitale 229
8.4.1 La formazione e le competenze dei professionisti 229
8.4.2 Fiducia, equità ed efficacia dell'IA e degli strumenti digitali 230
8.4.3 Strategie, regole e sfide nell'adozione dell'IA 233

9. FINANZIAMENTO DELLA SANITÀ: RISORSE, SOSTENIBILITÀ E NUOVI EQUILIBRI 239
9.1 La salute come investimento per lo sviluppo economico e sociale 241
9.1.1 Governance fiscale europea e spesa sanitaria 245
9.1.2 La sanità nelle politiche pubbliche: il punto di vista dei cittadini 246
9.2 La spesa sanitaria pubblica: finanziamento del SSN e risultati di esercizio regionali 248
9.2.1 Colmare il divario con l'Europa: fabbisogno e sostenibilità del finanziamento sanitario 255
9.3 La spesa sanitaria privata e la propensione dei cittadini a investire in salute 256
9.4 La spesa farmaceutica e gli impatti sui bilanci regionali 262
9.4.1 Spesa farmaceutica tra sostenibilità e innovazione: il caso Giappone 272
9.5 La spesa per i dispositivi medici 273
9.6 L'evoluzione del finanziamento e lo scenario previsionale della spesa sanitaria 274

10. SISTEMI SANITARI REGIONALI: RISULTATI, EQUITÀ E CAPACITÀ DI RISPOSTA 281
10.1 I LEA come strumento di garanzia ed equità tra i sistemi regionali 282
10.2 Accessibilità e tempi di risposta: la sfida delle liste d'attesa 284
10.3 Tra pensionamenti e scarsa attrattività delle professioni sanitarie: la sfida del capitale umano 289
10.4 Il PNRR e la riforma dell'assistenza territoriale: la sfida della prossimità 298
10.4.1 La Farmacia dei Servizi da sperimentazione ad asset per il SSN 304
10.5 Misurare la performance dei sistemi sanitari: il Meridiano Sanità Regional Index 305
10.5.1 Indice dello stato di salute della popolazione 306
10.5.2 Indice dei determinanti della salute 309
10.5.3 Indice di mantenimento dello stato di salute della popolazione 315

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA 325

INTRODUZIONE

La XXI edizione del Rapporto Meridiano Sanità parte da una convinzione: la salute non è soltanto il risultato del funzionamento del sistema sanitario, ma una risorsa strategica per la crescita, la competitività, la coesione e la capacità del Paese di affrontare le trasformazioni in corso. Da questa prospettiva, il Rapporto analizza le principali sfide che attraversano il sistema della salute e delle Life Sciences, mettendone in relazione dimensioni demografiche, sociali, economiche, scientifiche e tecnologiche e individuando le condizioni per costruire una visione di lungo periodo.

Il **Capitolo 1** traduce questa prospettiva nella lettura della salute come ecosistema strategico. Sistemi sanitari solidi, prevenzione, ricerca e filiera industriale delle Life Sciences producono valore anche al di fuori dell'ambito sanitario. Contribuiscono alla sicurezza e all'autonomia strategica, alla coesione sociale, alla produttività e alla sostenibilità del welfare. In una fase di crisi che si sommano tra loro, la resilienza dell'intero ecosistema diventa un criterio per orientare scelte e investimenti.

Il primo banco di prova di questa visione integrata è la longevità, tema del **Capitolo 2**. Gli italiani vivono sempre più a lungo, ma gli anni guadagnati non sono sempre anni in salute, né sono uguali per tutti. Insieme alla denatalità, la longevità cambia la struttura della popolazione e i bisogni di salute in ogni fase della vita. Le stime di Meridiano Sanità valutano in 96 miliardi di euro, pari al 4,2% del PIL, la produttività persa per cattiva salute nell'età lavorativa. A questa perdita si aggiunge il carico di cura che ricade su famiglie e caregiver.

Le donne vivono più a lungo degli uomini, ma trascorrono più anni con cronicità e limitazioni funzionali. Per questo il **Capitolo 3** considera la loro salute un indicatore della capacità del sistema di rispondere a bisogni ancora irrisolti. Diagnosi tardive, dolore normalizzato, rischio cardiovascolare sottovalutato e carico di cura informale hanno un costo stimato in circa 172 miliardi di euro l'anno, concentrato soprattutto nell'età lavorativa. Ridurre questo divario significa promuovere l'equità e rafforzare la capacità produttiva del Paese. È anche l'occasione per costruire una medicina più personalizzata, che valorizzi le differenze.

Se la longevità deve diventare una risorsa, la prevenzione è la prima leva su cui agire. Il **Capitolo 4** affronta il limite che ne frena lo sviluppo: i benefici arrivano nel tempo, mentre i costi pesano subito sui bilanci. Le evidenze sul suo ritorno sono però solide, e per questo cresce l'esigenza di riconoscerla, anche in Europa, come un investimento. I dati su stili di vita, campagne di immunizzazione e screening descrivono un Paese a velocità diverse. Le maggiori criticità riguardano adolescenti e adulti e il Mezzogiorno. I nuovi Piani nazionali sono l'occasione per costruire una prevenzione proattiva e di prossimità, attenta anche ai rischi ambientali e all'antimicrobico-resistenza.

Se la prevenzione protegge la salute nel tempo, l'innovazione ne amplia le possibilità. La capacità di produrla, però, oggi si gioca su scala globale. Il **Capitolo 5** analizza la nuova geografia delle Life Sciences. Gli Stati Uniti consolidano la propria leadership e la Cina si afferma nell'innovazione, mentre l'Europa perde terreno. Pesano tempi più lunghi per l'avvio degli studi clinici, le incertezze sulla tutela della proprietà intellettuale, le dipendenze strategiche su principi attivi e materie prime e il ritorno del protezionismo. Le politiche Most Favored Nation statunitensi non sono una misura contingente, ma una nuova logica competitiva. Le analisi di Meridiano Sanità indicano l'Italia tra i Paesi europei più esposti al rischio di perdere investimenti produttivi, ricerca clinica e accesso tempestivo alle nuove terapie. Gli scenari al 2030 dipenderanno dalla capacità dell'Europa di dare una risposta forte e unitaria. Per l'Italia serve una strategia nazionale che integri politica sanitaria, industriale e della ricerca.

Da questo scenario nasce la sfida per il Paese: trasformare la propria capacità scientifica in salute per i pazienti e in valore per il sistema. Il **Capitolo 6** considera la ricerca biomedica un investimento che produce salute, conoscenza e sviluppo. Le sperimentazioni cliniche sono il passaggio in cui questo valore diventa concreto. La fotografia ricostruita sui dati CTIS colloca l'Italia al quarto posto in Europa per numero di trial, ma l'arruolamento resta limitato e l'attività è concentrata in pochi territori. Il modello di valorizzazione sviluppato da Meridiano Sanità sui trial oncologici stima 2,4 euro di valore per ogni euro investito. Questo valore si realizza pienamente solo se l'innovazione raggiunge in tempi rapidi i pazienti di tutte le Regioni.

Il valore dell'innovazione dipende anche dal modo in cui i cittadini si rapportano alla salute: come si informano, a chi danno fiducia, come interpretano messaggi e consigli. Il **Capitolo 7** analizza come stanno cambiando informazione e comunicazione sanitaria, tra social network e intelligenza artificiale. La survey di Meridiano Sanità su 2.000 italiani mostra un quadro di paradossi. L'IA è già entrata nelle abitudini informative di molti cittadini e il medico resta il riferimento principale, ma spesso non viene informato delle ricerche fatte online. In un Paese con livelli ancora bassi di alfabetizzazione sanitaria, una comunicazione efficace diventa parte integrante delle politiche di salute. Servono fonti pubbliche certificate e riconoscibili e investimenti nelle competenze dei cittadini. Serve anche riportare l'informazione dentro la relazione di cura.

Lo stesso vale per il sistema nel suo complesso. Il **Capitolo 8** mostra che il processo di digitalizzazione in atto crea valore solo quando cambia il modo in cui il SSN funziona. Il PNRR ha dotato il Paese di infrastrutture e strumenti digitali e sistemi informativi che prima mancavano, ma il loro utilizzo resta disomogeneo tra territori. L'intelligenza artificiale e lo Spazio Europeo dei Dati Sanitari aprono nuove prospettive, a patto che competenze, fiducia e regole chiare accompagnino il cambiamento.

Tutte queste sfide richiedono risorse adeguate. Il **Capitolo 9** legge la spesa sanitaria come una leva di crescita e non solo come un costo. Mostra però anche un SSN sotto pressione: i bisogni crescono più del finanziamento, i disavanzi regionali aumentano e la spesa farmaceutica supera il budget stanziato. Il modello previsionale di Meridiano Sanità stima una spesa pubblica vicina al 9% del PIL nel 2050. La sostenibilità dipenderà dalla capacità di trovare più risorse, usarle meglio e orientarle verso le scelte che generano più valore nel tempo.

Il percorso si chiude con il **Capitolo 10** e con la verifica più concreta: la capacità del SSN di garantire a ogni cittadino le stesse opportunità di salute, ovunque viva. Liste di attesa, carenza di professionisti e scarsa attrattività delle professioni sanitarie mettono alla prova la riforma dell'assistenza territoriale, dalle Case e dagli Ospedali di Comunità alla Farmacia dei Servizi. Il Meridiano Sanità Regional Index, costruito su 35 indicatori, mostra una geografia della salute ancora diseguale. Ridurre i divari richiede risorse dove i bisogni sono maggiori, ma anche la capacità di trasformarle in organizzazione, servizi e risultati di salute.

Nel loro insieme, le analisi del Rapporto mostrano come salute, sostenibilità del SSN e competitività delle Life Sciences siano dimensioni sempre più interdipendenti. Meridiano Sanità intende contribuire a costruire una visione di lungo periodo capace di integrare queste dimensioni e di porre la salute al centro delle scelte strategiche per il futuro del Paese.

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 Giuseppe Borruto.

Si ricordano e si ringraziano infine i Partner di Meridiano Sanità 2026 che hanno reso possibili le attività: AstraZeneca, GSK, MSD, Pfizer, Sanofi e Teva.

Daniela Bianco
Partner, The European House - Ambrosetti
Responsabile Area Health & Life Sciences, TEHA Group

LE PROPOSTE DI MERIDIANO SANITÀ 2026

Governare le profonde transizioni che stanno ridisegnando i sistemi sanitari e il settore delle Life Sciences richiede di riconoscere la salute come un asset strategico per la crescita, la competitività e la resilienza dell'Italia e dei suoi territori. Investire in salute significa tutelare il capitale umano, sostenere produttività e innovazione, rafforzare la coesione sociale e contribuire alla sostenibilità del sistema sanitario e, più in generale, del welfare.

Una società più longeva cambia la stessa idea di età anziana: considerando l'attuale speranza di vita, si passerebbe dai 65 ai 75 anni. Un cambiamento che impone di ripensare prevenzione, assistenza e protezione sociale lungo tutto il corso della vita.

Per questo serve una strategia-Paese per salute e competitività, capace di sostenere con risorse adeguate e una visione di medio-lungo periodo il sistema sanitario e la filiera delle Life Sciences. A questi due pilastri sono dedicate le proposte di Meridiano Sanità: un SSN pronto alle sfide future e un'Italia più competitiva nell'instabilità dello scenario globale.

SANITÀ | Un SSN pronto alle sfide future

1. Rafforzare e valorizzare il capitale umano del SSN, programmando i fabbisogni di personale sanitario in modo puntuale in base all'evoluzione del sistema. Affrontare le carenze di alcune professioni, in primis infermieri, MMG e alcune specializzazioni. Aumentare l'attrattività delle professioni sanitarie intervenendo sui divari retributivi, sulle condizioni di lavoro e sui percorsi di crescita e investire nella formazione e nelle competenze richieste dalla trasformazione tecnologica del SSN.
2. Completare la trasformazione dell'assistenza territoriale e di prossimità per rispondere ai bisogni di una popolazione più longeva e alla crescente diffusione delle cronicità. Rendere pienamente operative Case e Ospedali di Comunità, rafforzare l'Assistenza Domiciliare Integrata e favorire l'attuazione uniforme della Farmacia dei Servizi. Promuovere una presa in carico integrata, proattiva e attenta alle differenze di genere, assicurando continuità tra territorio e ospedale e maggiore equità nell'accesso alle cure.
3. Riconoscere la prevenzione come investimento strategico non solo per la salute delle persone e la sostenibilità del sistema, ma anche per la crescita socio-economica, la sicurezza e la resilienza del Paese. Continuare a promuovere a livello europeo una maggiore flessibilità fiscale per le attività di prevenzione, a partire da immunizzazione e screening, e avviare una sperimentazione a livello nazionale utilizzando anche strumenti di valutazione degli impatti, come il Fiscal Health Modelling.
4. Rendere la prevenzione più capillare e accessibile, rafforzando i setting sanitari di prossimità, dai Centri vaccinali agli ambulatori di MMG e PLS fino alle farmacie, per ampliare l'adesione a vaccinazioni e screening. Valorizzare stabilmente anche i setting non sanitari, come scuole, luoghi di lavoro e centri di aggregazione per anziani, per promuovere corretti stili di vita. Rafforzare i Dipartimenti di Prevenzione, garantire l'attuazione puntuale dei Piani Regionali della Prevenzione e aggiornare il Piano Nazionale di Immunizzazione con il relativo Calendario, accompagnando queste azioni con campagne continuative di comunicazione e sensibilizzazione, anche per contrastare la disinformazione. Consolidare inoltre l'incremento di 247 milioni di euro per immunizzazione e screening, rendendolo strutturale.

5. Accompagnare la trasformazione tecnologica del SSN investendo sull'alfabetizzazione sanitaria e sulle competenze digitali di cittadini e professionisti, per un utilizzo consapevole delle nuove tecnologie. Finalizzare una Strategia Nazionale organica per l'Intelligenza Artificiale in sanità, promuovere agenti di IA certificati e affidabili per l'informazione e l'orientamento nei percorsi di cura e accelerare l'attuazione dello Spazio Europeo dei Dati Sanitari, facilitando l'uso dei dati per assistenza, ricerca, innovazione e programmazione.

LIFE SCIENCES | Un'Italia più competitiva nel nuovo scenario globale

6. Promuovere una risposta europea coordinata e coerente con il nuovo scenario competitivo globale, anche rispetto alle politiche commerciali e di prezzo degli Stati Uniti (Most Favoured Nation). Salvaguardare la capacità dell'Europa di attrarre investimenti, sviluppare ricerca e innovazione e garantire un accesso equo e tempestivo alle nuove terapie, rafforzando al contempo la capacità produttiva e diversificando le catene di approvvigionamento per ridurre le dipendenze da Paesi terzi.
7. Definire e attuare una Strategia Nazionale per le Life Sciences, a partire dalle indicazioni del Libro Bianco "Made in Italy 2030", che riconosce l'Economia della Salute tra le filiere strategiche del Paese. Prevedere obiettivi chiari e misurabili, risorse dedicate e un sistema di monitoraggio adeguato, assicurando il coordinamento tra politiche sanitarie e di welfare, della ricerca e industriali e il coinvolgimento di tutti gli stakeholder nella sua attuazione.
8. Rafforzare la capacità dell'Italia di attrarre investimenti nelle Life Sciences, consolidando la filiera della ricerca, da quella di base e traslazionale alla sperimentazione clinica, semplificando i processi, accelerando i tempi di autorizzazione e avvio dei trial clinici e rafforzando la competitività delle eccellenze italiane nel contesto europeo e globale; facilitare inoltre l'accesso al credito d'imposta per la ricerca clinica. Consolidare, al contempo, il posizionamento dell'Italia nella produzione di principi attivi e farmaci sostenendo le filiere industriali in una fase di instabilità e di aumento dei costi dei fattori di produzione.
9. Adeguare la programmazione delle risorse destinate alla farmaceutica superando il persistente disallineamento tra budget e spesa a consuntivo, in particolare negli acquisti diretti. Prevedere un adeguamento strutturale del tetto della spesa per gli acquisti diretti di almeno 1 punto percentuale e un pieno utilizzo del Fondo per i farmaci innovativi. Avviare il superamento progressivo del payback, che penalizza la competitività delle imprese del settore e l'attrattività dell'Italia per gli investimenti. Sostenere gli investimenti in Italia anche attraverso l'introduzione di un sistema di premialità collegato al payback per le imprese che investono in ricerca, sperimentazioni cliniche, produzione e occupazione qualificata sul territorio nazionale.
10. Rafforzare la governance dell'accesso all'innovazione lungo l'intero percorso del farmaco, ottimizzando i tempi tra autorizzazione, rimborsabilità ed effettiva disponibilità per i pazienti, evitando duplicazioni nelle valutazioni, eliminando le disparità regionali e introducendo, per i farmaci ad alto valore terapeutico, un meccanismo di accesso precoce che possa essere richiesto dalle aziende già a partire dal parere positivo del CHMP. Riconoscere adeguatamente il valore dell'innovazione, anche attraverso politiche di prezzo e rimborso che ne riflettano i benefici per i pazienti – salute e qualità di vita – e il sistema sanitario in tutto il percorso di cura, incentivando la ricerca clinica svolta in Italia.

1. LA SALUTE COME ECOSISTEMA STRATEGICO: CRESCITA, COMPETITIVITÀ E RESILIENZA

La salute non è soltanto un esito dello sviluppo economico e sociale, ma una delle condizioni che lo rendono possibile e duraturo. Un sistema capace di tutelare e migliorare la salute delle persone genera infatti benefici che vanno oltre la dimensione strettamente sanitaria. Alla base vi è un ecosistema articolato, nel quale servizi assistenziali accessibili e di qualità, prevenzione, ricerca, innovazione e filiera industriale dei farmaci, dei dispositivi medici e delle tecnologie sanitarie concorrono a rispondere ai bisogni di salute della popolazione. Il valore generato da questo ecosistema si riflette nella longevità e nella qualità della vita dei cittadini, ma anche nella partecipazione al lavoro, nella produttività, nella capacità di innovazione e, più in generale, nella coesione e nella resilienza delle comunità. In un contesto segnato dall'invecchiamento demografico, dall'aumento delle patologie croniche e da crisi sempre più interconnesse, investire nell'intero ecosistema della salute assume quindi una valenza strategica per la competitività e la capacità di crescita dei Paesi.

Questa relazione emerge anche dall'evoluzione congiunta di aspettativa di vita, PIL pro capite e spesa sanitaria pro capite. Tra il 2000 e il 2024, a livello globale, nell'Unione Europea e in Italia, alla crescita economica e ai progressi nella longevità si è accompagnato un aumento significativo delle risorse destinate alla salute, a testimonianza della crescente centralità che essa ha assunto nelle priorità economiche e sociali dei Paesi. Una dinamica sostenuta anche dal progresso scientifico, dall'innovazione farmaceutica e tecnologica e dal progressivo rafforzamento dei sistemi di tutela della salute.

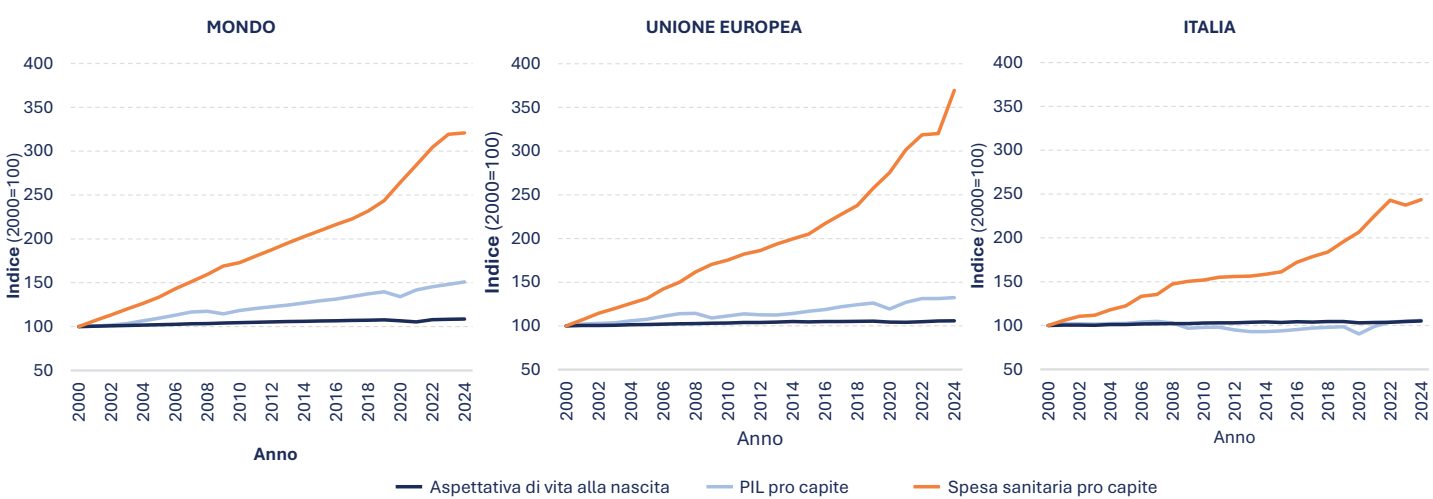


Figura 1. A sinistra: Trend della spesa sanitaria pro capite, del PIL pro capite e dell'aspettativa di vita alla nascita a livello globale (100=2000), 2000 – 2024.
Al centro: Trend della spesa sanitaria pro capite, del PIL pro capite e dell'aspettativa di vita alla nascita a livello UE (100=2000), 2000 – 2024.
A destra: Trend della spesa sanitaria pro capite, del PIL pro capite e dell'aspettativa di vita alla nascita a livello italiano (100=2000), 2000 – 2024

Fonte: TEHA Group su dati Banca Mondiale, 2026

L'evoluzione congiunta di questi fenomeni non rappresenta una semplice coincidenza. Un'ampia letteratura economica e scientifica ha evidenziato il contributo determinante del progresso medico e dell'innovazione sanitaria nel miglioramento degli esiti di salute e nell'allungamento della vita media. In particolare, gli studi di Frank R. Lichtenberg[1] mostrano come una quota rilevante dei guadagni di longevità osservati negli ultimi decenni sia attribuibile all'introduzione di nuovi farmaci e tecnologie sanitarie. In uno studio condotto sugli Stati Uniti, l'autore stima che oltre due terzi dell'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione anziana registrato tra il 1996 e il 2003 sia riconducibile all'utilizzo di farmaci più innovativi. Inoltre, analisi comparative su diversi Paesi ad alto reddito (tra cui l'Italia) confermano una relazione positiva tra innovazione farmaceutica e aumento della longevità, con un aumento dell'età media al decesso pari a 1,68 anni tra il 2006 e il 2016, di cui circa 1,23 anni (73%) attribuibili all'innovazione farmaceutica[2].

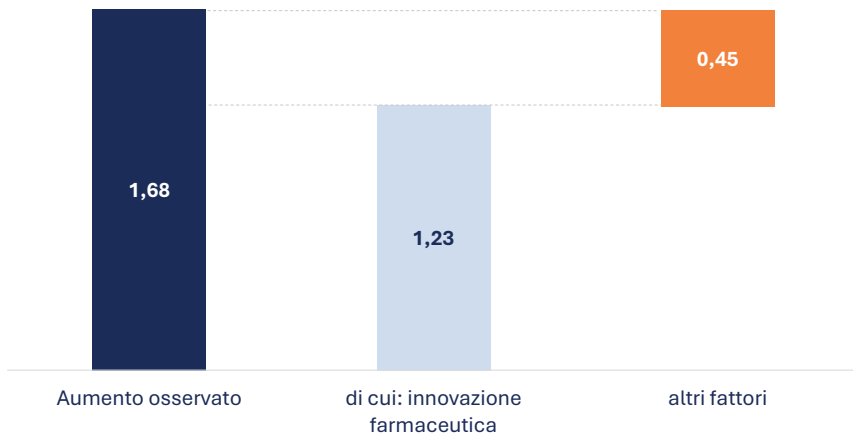


Figura 2. Contributo dell'innovazione farmaceutica all'aumento della longevità nei Paesi ad alto reddito (anni di aumento dell'età media al decesso), 2006 – 2016

Fonte: TEHA Group su dati Lichtenberg, F.R. (2022), "The effect of pharmaceutical innovation on longevity: evidence from the US and 26 high-income countries". Economics & Human Biology

Le evidenze disponibili mostrano inoltre come i benefici associati al miglioramento dello stato di salute della popolazione si estendano anche alla sfera economica e sociale. Una popolazione più sana partecipa più a lungo al mercato del lavoro, presenta livelli più elevati di produttività, richiede minori interventi assistenziali e contribuisce ad accrescere il capitale umano disponibile per il sistema economico.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)[3] ha più volte sottolineato come gli investimenti in salute costituiscano un prerequisito per uno sviluppo economico sostenibile e inclusivo, mentre l'OCSE evidenzia il ruolo della salute nel sostenere la partecipazione al lavoro, la produttività e la resilienza delle economie avanzate. Analogamente, la Commissione Lancet sugli investimenti in salute[4] ha stimato

1 Lichtenberg F.R. (2013), "The effect of pharmaceutical innovation on longevity: patient level evidence from the 1996–2002 medical expenditure panel survey and linked mortality public-use files". In Forum for Health Economics and Policy (Vol. 16, No. 1, pp. 1-33). De Gruyter.
2 Lichtenberg, F. R. (2022), "The effect of pharmaceutical innovation on longevity: evidence from the US and 26 high-income countries". Economics & Human Biology.
3 OMS/Europa (2026), "Health and the Economy: The Impact of Health on Productivity and Economic Growth".
4 Lancet Commission on Investing in Health (2013), "Global Health 2035: A World Converging within a Generation".

che circa un quarto della crescita del "reddito pieno"[5] registrata nei Paesi a basso e medio reddito tra il 2000 e il 2011 sia attribuibile ai miglioramenti della salute della popolazione, confermando come la salute sia anche una delle determinanti fondamentali dello sviluppo.

Per lungo tempo la salute è stata considerata prevalentemente come un obiettivo delle politiche pubbliche: un ambito da tutelare attraverso adeguati livelli di finanziamento, l'organizzazione dei servizi e la garanzia dell'accesso alle cure. Questa prospettiva resta un pilastro imprescindibile dei moderni sistemi di welfare, ma non è più sufficiente a cogliere la portata delle trasformazioni demografiche, epidemiologiche, economiche e geopolitiche in corso. La salute amplia così il proprio perimetro: da obiettivo delle politiche pubbliche diventa una leva trasversale per affrontare sfide in rapido mutamento.

Questa evoluzione supera la tradizionale contrapposizione tra salute come diritto e salute come costo. La tutela della salute resta un diritto fondamentale e un elemento qualificante del welfare; al tempo stesso, le evidenze richiamate mostrano che essa incide sul capitale umano, sulla competitività e sulla capacità di risposta del Paese. Ne deriva la necessità di una visione di sistema e di investimenti orientati al lungo periodo.

1.1 LA SALUTE AL CENTRO DELLA NUOVA AGENDA STRATEGICA EUROPEA

Negli ultimi anni la salute ha assunto una rilevanza crescente nell'agenda strategica dell'Unione Europea, oltre il tradizionale perimetro delle politiche sanitarie e sociali. Le trasformazioni demografiche, le pressioni sulla disponibilità di forza lavoro, l'aumento delle patologie croniche e della non autosufficienza e le vulnerabilità delle filiere strategiche ne hanno evidenziato il ruolo per la crescita, l'innovazione e la resilienza dell'Europa.

Tale evoluzione si riflette nell'integrazione della salute nelle principali politiche economiche e strategiche europee. Pur rimanendo prevalentemente una competenza dei Paesi membri, essa viene sempre più considerata un fattore trasversale che incide sul mercato del lavoro, sulla produttività, sulla capacità innovativa, sulla sostenibilità delle finanze pubbliche e sulla tenuta sociale dell'Unione.

Particolarmente significativo è il crescente rilievo assunto dal tema della salute nell'ambito della governance economica europea. Negli ultimi anni le diverse Presidenze di turno del Consiglio dell'UE che si sono succedute hanno progressivamente ampliato, anche nell'ambito del Semestre Europeo, l'attenzione verso aspetti quali la sostenibilità e la resilienza dei sistemi sanitari, la capacità di risposta ai bisogni di una popolazione che invecchia, la disponibilità di personale sanitario e sociosanitario, il rafforzamento della prevenzione e la gestione della non autosufficienza. Nel ciclo 2026 del Semestre Europeo[6], la salute continua a essere affrontata all'interno delle "Raccomandazioni Specifiche per Paese" non soltanto in relazione agli equilibri di finanza pubblica, ma anche con riferimento alla sostenibilità dei sistemi di assistenza sanitaria e socioassistenziale, alla long-term care, all'active ageing e alla capacità dei sistemi di welfare di sostenere crescita e coesione sociale nel lungo periodo.

Questo orientamento appare destinato a consolidarsi ulteriormente nel ciclo 2027. Le priorità emerse nel dibattito europeo degli ultimi mesi hanno infatti evidenziato una crescente consapevolezza del ruolo della salute quale determinante della capacità produttiva e del potenziale di crescita dell'Europa.

5 Il "reddito pieno" (full income) somma alla crescita del reddito rilevata dalla contabilità nazionale il valore economico degli anni di vita guadagnati nel periodo considerato. Considerando la sola crescita del reddito nazionale, la riduzione della mortalità spiega circa l'11% della crescita economica dei Paesi a basso e medio reddito. Fonte: Jamison D.T., Summers L.H. et al. (2013), "Global health 2035: a world converging within a generation", The Lancet, 382(9908), 1898–1955.

6 Commissione Europea (Giugno 2026), "European Semester 2026: the Commission proposes health-related recommendations to 16 Member States".

Contestualmente, il tema della salute ha assunto una posizione sempre più rilevante nel più ampio dibattito europeo sulla competitività e sulla sicurezza economica. Le recenti riflessioni sul futuro dell'Unione, a partire dal Rapporto di Mario Draghi sulla competitività europea[7] e dal rapporto di Enrico Letta sul futuro del mercato unico[8], hanno sottolineato la necessità per l'Europa di rafforzare i propri asset strategici, investire nel capitale umano, sostenere l'innovazione e ridurre le vulnerabilità che caratterizzano filiere e tecnologie critiche. In questo contesto, il settore delle Scienze della Vita viene progressivamente considerato come un ecosistema strategico capace di contribuire simultaneamente alla tutela della popolazione, allo sviluppo tecnologico, alla ricerca, all'occupazione qualificata, all'attrazione di investimenti e alla resilienza economica del continente.

La crescente attenzione verso la salute emerge inoltre nelle iniziative sviluppate negli ultimi anni dalle Istituzioni europee per rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari, la preparazione alle crisi, la ricerca biomedica, l'innovazione e la cooperazione tra Paesi membri. La costruzione della European Health Union ha rappresentato uno dei principali sviluppi di questa evoluzione, promuovendo il rafforzamento della capacità europea di preparedness e risposta alle emergenze sanitarie e una maggiore collaborazione tra i Paesi membri. Parallelamente, programmi quali EU4Health, lo Europe's Beating Cancer Plan, il Safe Hearts Plan, il Fondo Sociale Europeo Plus e Horizon Europe hanno mobilitato risorse significative per sostenere prevenzione, diagnosi precoce, promozione della salute, innovazione, ricerca, workforce sanitaria e rafforzamento dei sistemi sanitari.

Il settore delle Life Sciences è inoltre sempre più considerato un ambito nel quale convergono politica sanitaria, politica industriale e innovazione. In questa prospettiva si inseriscono le iniziative europee rivolte al rafforzamento della disponibilità e dell'accesso a farmaci, vaccini, dispositivi medici e tecnologie sanitarie strategiche, nonché il processo di revisione della legislazione farmaceutica europea, volto a coniugare competitività, capacità innovativa e accesso alle cure. L'obiettivo è rafforzare la capacità dell'Europa di mantenere una base scientifica e produttiva competitiva a livello globale, riducendo al contempo le vulnerabilità emerse negli anni recenti nelle catene di approvvigionamento e rafforzando la resilienza delle filiere strategiche della salute.

A rafforzare la capacità innovativa e la resilienza dell'ecosistema europeo della salute concorre anche la trasformazione digitale, che costituisce un ulteriore tassello di questa evoluzione (maggiori dettagli sono contenuti nel Capitolo 8 del presente Rapporto). L'European Health Data Space rappresenta una delle iniziative più rilevanti in questo ambito, con l'obiettivo di favorire l'utilizzo sicuro dei dati sanitari per finalità di assistenza, ricerca e innovazione. Più in generale, la digitalizzazione dei sistemi sanitari, lo sviluppo di infrastrutture interoperabili, la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico, delle prescrizioni digitali e della telemedicina sono sempre più considerati elementi necessari per migliorare qualità ed efficienza dei servizi sanitari e, al contempo, sostenere la capacità innovativa europea. A tali obiettivi contribuiscono anche gli investimenti realizzati nell'ambito della Recovery and Resilience Facility, del programma Digital Europe e delle iniziative europee dedicate alla ricerca e all'innovazione.

Anche le Istituzioni tradizionalmente più orientate alla governance economica e fiscale stanno progressivamente incorporando questa prospettiva. Un esempio recente emerge dal Rapporto della Direzione Generale per gli Affari Economici e Finanziari della Commissione Europea di settembre 2026[9], che identifica la salute tra le principali categorie di spesa pubblica in grado di sostenere la crescita economica di lungo periodo, insieme all'istruzione, alla ricerca e sviluppo e alle infrastrutture di trasporto e comunicazione.

7 Commissione Europea (2024), "The Future of European Competitiveness (Draghi Report)".
8 Letta E. (2024), "Much More Than a Market".
9 Commissione Europea, Directorate-General for Economic and Financial Affairs - DG ECFIN (2026), "Report on Public Finances in EMU 2026".

1.2 LE DIMENSIONI DEL VALORE GENERATO DALL'ECOSISTEMA DELLA SALUTE

La valenza sistemica della salute diventa concreta osservando le dimensioni attraverso cui sostiene il funzionamento delle attività produttive, educative e relazionali. Il suo contributo, meno visibile rispetto a quello delle infrastrutture fisiche, energetiche e digitali, emerge nella capacità delle persone di apprendere, lavorare, innovare, generare valore economico, prendersi cura degli altri e partecipare alla vita delle comunità.

Gli investimenti in salute producono effetti che travalicano il sistema sanitario e interessano sicurezza e autonomia strategica, coesione sociale, innovazione e attrattività, capitale umano e produttività, finanze pubbliche e welfare. La salute si configura così come un fattore abilitante per affrontare le trasformazioni demografiche, economiche, tecnologiche e geopolitiche dei prossimi decenni.



Figura 3. Canali attraverso cui la salute genera valore

Fonte: TEHA Group, 2026

Una prima dimensione in cui si manifesta il valore generato dalla salute riguarda la sicurezza e l'autonomia strategica del Paese. Le crisi degli ultimi anni hanno evidenziato come la salute non possa essere considerata esclusivamente un obiettivo sociale o una componente delle politiche di welfare, ma rappresenti una dimensione essenziale della sicurezza nazionale e della resilienza economica. La pandemia da COVID-19 ha mostrato chiaramente come la disponibilità di capacità assistenziali, personale sanitario qualificato, infrastrutture di ricerca e filiere produttive resilienti per farmaci, vaccini, dispositivi medici e tecnologie sanitarie costituisca un requisito fondamentale per garantire la continuità economica e sociale in situazioni di crisi.

Le difficoltà emerse durante la pandemia, unite alle successive tensioni geopolitiche e alle interruzioni delle catene globali di approvvigionamento, hanno inoltre evidenziato i rischi associati a una dipendenza eccessiva da fornitori esterni per beni e tecnologie sanitarie strategiche. In questo contesto, la capacità di sviluppare competenze scientifiche, sostenere la ricerca biomedica, attrarre investimenti e mantenere una base produttiva nazionale ed europea nei settori della salute diventa una componente dell'autonomia strategica del Paese e dell'Unione Europea.

Non a caso, negli ultimi anni la sicurezza sanitaria è entrata stabilmente nel dibattito internazionale sulla sicurezza economica e strategica. La Commissione Europea ha richiamato i rischi che catene di approvvigionamento altamente concentrate pongono alla sicurezza economica dell'Unione e ha riconosciuto nella disponibilità di farmaci critici e nel rafforzamento delle Scienze della Vita una componente della resilienza strategica dell'UE[10], mentre l'OMS ha sottolineato come il rafforzamento dei sistemi sanitari rappresenti un investimento essenziale per la resilienza delle società e delle economie[11].

In questa prospettiva, investire nella salute significa rafforzare la capacità del Paese di anticipare, assorbire e gestire shock sanitari, economici e geopolitici, riducendo vulnerabilità strutturali e aumentando la resilienza del sistema produttivo e sociale. La salute si configura quindi come una vera e propria infrastruttura strategica, al pari delle infrastrutture energetiche, digitali e logistiche, contribuendo a garantire la sicurezza, la stabilità e la capacità di sviluppo del Paese.

Una seconda dimensione riguarda il contributo della salute alla coesione sociale e alla riduzione delle condizioni di vulnerabilità. Le condizioni di salute influenzano infatti il rischio di vulnerabilità economica, esclusione sociale e dipendenza assistenziale, contribuendo a determinare le opportunità di partecipazione alla vita economica e comunitaria lungo tutto il corso della vita. Migliori livelli di salute sono generalmente associati a una maggiore autonomia individuale e a una più elevata partecipazione sociale, con benefici che si estendono alle famiglie, alle comunità e all'intero sistema di welfare.

La letteratura internazionale evidenzia come il rapporto tra salute e coesione sociale sia bidirezionale. Da un lato, contesti caratterizzati da elevati livelli di fiducia interpersonale, partecipazione civica e capitale sociale tendono a registrare migliori esiti di salute; dall'altro, una popolazione più sana è maggiormente in grado di partecipare alla vita sociale e di contribuire attivamente al benessere collettivo.

Una revisione sistematica della letteratura[12] ha mostrato come il capitale sociale sia associato a migliori livelli di salute fisica e mentale e a un effetto protettivo rispetto alla mortalità, confermando il ruolo delle relazioni sociali come determinante rilevante del benessere individuale. Evidenze più recenti indicano inoltre che migliori condizioni di salute si associano a una maggiore fiducia nelle Istituzioni e a una più elevata partecipazione civica, mentre limitazioni nelle attività quotidiane e patologie croniche tendono a ridurre nel tempo l'impegno in attività di volontariato[13]. Anche la Commissione Europea sottolinea il ruolo del benessere individuale nel favorire inclusione e senso di appartenenza, rafforzando la tenuta del tessuto sociale anche nelle fasi di crisi e trasformazione[14].

10 Commissione Europea (2023), "European Economic Security Strategy", JOIN(2023) 20 final, 20 giugno 2023; Commissione Europea (2025), "Proposal for a Regulation laying down a framework for strengthening the availability and security of supply of critical medicinal products (Critical Medicines Act)", COM(2025) 102 final, 11 marzo 2025; Commissione Europea (2025), "Choose Europe for life sciences: A strategy to position the EU as the world's most attractive place for life sciences by 2030", COM(2025) 525 final, 2 luglio 2025.

11 OMS (2021), "Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond".

12 Ehsan A., Klaas H.S., Bastianen A., Spini D. (2019), "Social capital and health: A systematic review of systematic reviews". SSM Popul Health.

13 Mattila M. (2020), "Does poor health mobilize people into action? Health, political trust, and participation". European Political Science Review; Weziak-Bialowolska D., Skiba R., Bialowolski P. (2024), "Longitudinal reciprocal associations between volunteering, health and well-being: evidence for middle-aged and older adults in Europe". European Journal of Public Health.

14 Commissione Europea (2023), "Culture, Social Cohesion and Well-being".

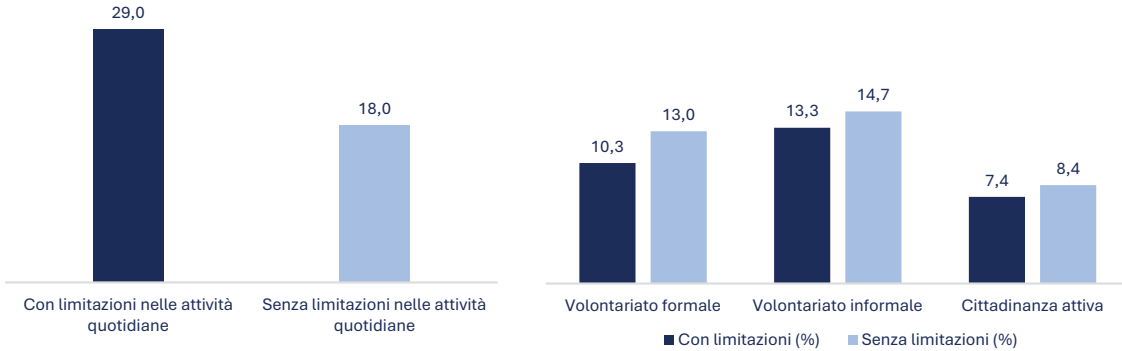


Figura 4. A sinistra: Rischio di povertà o esclusione sociale per stato di salute a livello UE (% popolazione), 2024.
A destra: Partecipazione alla vita sociale per stato di salute a livello UE (% popolazione), 2024

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat, 2026

La salute contribuisce dunque ad alimentare il capitale sociale: si associa a una maggiore fiducia nelle Istituzioni, partecipazione civica e inclusione, rafforzando la capacità delle comunità di affrontare nel tempo cambiamenti e crisi. Questa dimensione completa il valore generato dal sistema sanitario, traducendo migliori condizioni di salute in un tessuto sociale più coeso e capace di sostenere uno sviluppo equo e duraturo.

Le disuguaglianze territoriali, sociali ed economiche negli esiti di salute e nell'accesso a prevenzione, diagnosi e cure riducono tuttavia la partecipazione al lavoro, accrescono i bisogni assistenziali e indeboliscono la coesione sociale. L'equità, oltre che un obiettivo del sistema sanitario, è quindi una condizione per valorizzare pienamente il capitale umano e assicurare che i benefici degli investimenti in salute si traducano in crescita inclusiva e resilienza diffusa nei territori.

Una terza dimensione riguarda il contributo della salute all'innovazione, alla competitività e all'attrattività del sistema-Paese. Oltre che un ambito di erogazione di servizi e di impiego di risorse pubbliche, la salute è al centro di un vero e proprio ecosistema economico che contribuisce alla crescita, all'occupazione e alla capacità innovativa del Paese. Strutture ospedaliere e sanitarie, centri di ricerca, università, aziende della filiera di produzione e distribuzione di farmaci e tecnologie convivono all'interno dello stesso sistema. Il concetto di "Health Economy" consente di leggere questa rete di attori come un ecosistema integrato, nel quale la componente assistenziale, quella della ricerca e quella industriale si rafforzano reciprocamente, generando valore economico e sociale e accelerando lo sviluppo dell'innovazione.

Anche gli investimenti nei servizi sanitari assumono, in questo quadro, una valenza economica oltre che sanitaria. Ospedali e strutture territoriali rappresentano infatti non solo infrastrutture essenziali per il benessere collettivo, ma anche importanti generatori di occupazione qualificata, domanda di innovazione, sviluppo tecnologico e attrazione di investimenti. La capacità del sistema sanitario di adottare nuove tecnologie, favorire la ricerca, sperimentare modelli organizzativi innovativi e diffondere competenze avanzate costituisce un fattore determinante per la competitività complessiva del Paese.

La salute costituisce inoltre un importante fattore di attrattività territoriale. La qualità e l'efficienza del sistema sanitario rappresentano infatti elementi sempre più determinanti nelle decisioni di localizzazione di investimenti produttivi, centri di ricerca, attività ad alta intensità di conoscenza e personale qualificato, al pari della qualità complessiva del contesto imprenditoriale. In un contesto caratterizzato da una

crescente competizione internazionale per attrarre capitale umano e investimenti innovativi, la disponibilità di infrastrutture sanitarie avanzate, elevate competenze professionali, ecosistemi di ricerca dinamici e servizi in grado di garantire elevati standard di salute e qualità della vita contribuisce a rafforzare la capacità di un Paese di attrarre e trattenere talenti, imprese e capitali. La salute diviene così anche una componente del posizionamento competitivo dei territori, incidendo sulla loro capacità di attrarre attività economiche ad alto valore aggiunto e di partecipare alle catene globali dell'innovazione.

Secondo alcune stime, la Health Economy globale genera annualmente oltre 6.300 miliardi di dollari di valore aggiunto, pari al 7,6% del PIL mondiale, sostenendo circa 194 milioni di posti di lavoro, equivalenti al 5,7% dell'occupazione globale[15]. Questi numeri mostrano come la salute rappresenti anche una delle principali economie del mondo, una filiera integrata che include attività assistenziali, industriali e di servizio e che contribuisce direttamente alla crescita economica, alla produttività, alla resilienza e alla capacità di innovazione dei sistemi Paese.



Figura 5. Schema dell'economia della salute

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2026

15 WifOR Institute (2025), "Healthy Returns: A Catalyst for Economic Growth and Resilience".

Il valore della salute si riflette anche sul capitale umano e sulla produttività del lavoro. In economie sempre più fondate sulla conoscenza, sulle competenze e sulla capacità di innovazione, la salute rappresenta un fattore produttivo essenziale, in grado di influenzare direttamente la partecipazione al mercato del lavoro, la produttività individuale e la resilienza complessiva del sistema economico. Persone in buona salute hanno maggiori probabilità di rimanere attive più a lungo, registrano minori assenze, sviluppano una maggiore capacità di adattamento ai cambiamenti organizzativi e tecnologici e contribuiscono in modo più stabile alla creazione di valore economico. Al contrario, condizioni di salute fisica e mentale non buone determinano una minor partecipazione al mondo del lavoro, con fenomeni di assenteismo e presenteismo, e una minore capacità di generare innovazione e crescita.

L'importanza di tale relazione è destinata ad aumentare nei prossimi decenni alla luce delle profonde trasformazioni demografiche che stanno interessando l'Europa e, in particolare, l'Italia. Il progressivo invecchiamento della popolazione e la persistente riduzione della natalità stanno infatti determinando una contrazione della popolazione in età lavorativa e un aumento dell'indice di dipendenza strutturale, ossia del rapporto tra popolazione in età non attiva e popolazione in età attiva. In questo contesto, la crescita economica non potrà più contare sull'espansione quantitativa della forza lavoro, ma dipenderà sempre più dalla produttività del lavoro, dalla capacità di valorizzare il capitale umano disponibile e di preservarne la salute lungo tutto l'arco della vita. L'OCSE evidenzia come l'invecchiamento rappresenti una delle principali sfide alla crescita economica dei Paesi avanzati e come il mantenimento di elevati livelli di partecipazione e produttività della popolazione adulta e anziana sarà determinante per sostenere la crescita del PIL nei prossimi decenni.

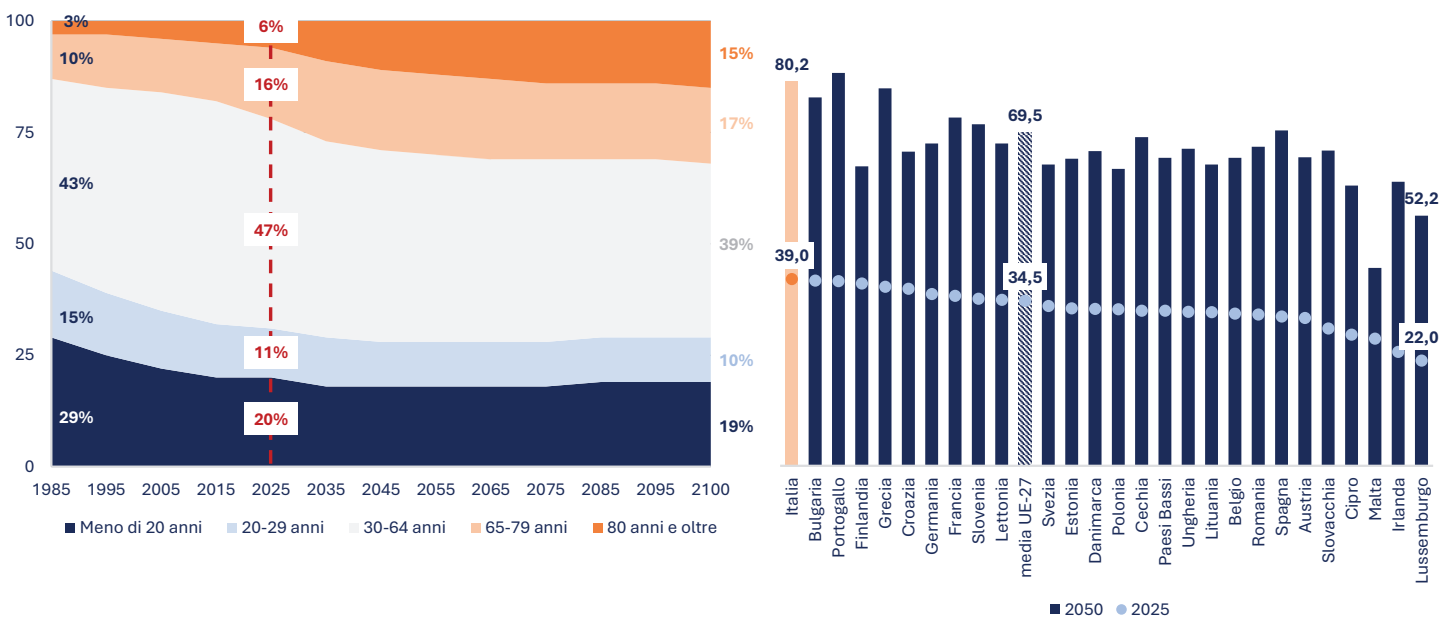


Figura 6. A sinistra: Popolazione per fasce d'età a livello UE (% su totale), 1985 – 2100.
A destra: Indice di dipendenza degli anziani nei Paesi UE-27 (%), 2025 e 2050

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat, 2026

Investire nella salute non significa quindi soltanto ridurre il peso della malattia, ma anche preservare la capacità produttiva di una forza lavoro sempre più limitata dal punto di vista numerico. La promozione dell'invecchiamento attivo e in buona salute, la prevenzione delle patologie croniche e il miglioramento della salute mentale diventano leve decisive sia per il benessere individuale sia per la competitività del sistema produttivo e per la sostenibilità dei sistemi di welfare. Un anziano in buona salute può infatti contribuire più a lungo al mercato del lavoro, alle attività sociali e al supporto familiare.

La dimensione economica di questo fenomeno è rilevante. Secondo i dati dell'OMS, la perdita di output associata alle principali malattie non trasmissibili e ai disturbi della salute mentale ammonta a circa 2.000 miliardi di dollari ogni anno a livello globale. Tale evidenza mostra come la mancata tutela della salute produca effetti che vanno ben oltre i costi sanitari diretti, incidendo sulla capacità produttiva dei sistemi economici, sulla crescita del PIL e sulla sostenibilità fiscale e sociale nel lungo periodo.

Gli effetti della salute si estendono infine alla sostenibilità delle finanze pubbliche e dei sistemi di welfare. Una popolazione che vive più a lungo in buona salute richiede meno prestazioni assistenziali intensive, mantiene più a lungo la propria autonomia e determina una minore pressione sui sistemi sanitari, socioassistenziali e previdenziali.

Questa relazione assume particolare rilevanza in Paesi come l'Italia, caratterizzati da un rapido processo di invecchiamento demografico. Secondo le più recenti proiezioni ISTAT, la quota di popolazione con oltre 65 anni passerà dal 24,7% del 2025 al 34,6% del 2050, mentre gli over 85 quasi raddoppieranno, passando dal 4,1% al 7,2% della popolazione. Contestualmente, la crescita dei bisogni assistenziali e della non autosufficienza è destinata ad aumentare la domanda di servizi sanitari e di long-term care, ponendo una crescente pressione sulla sostenibilità dei sistemi di welfare.

In tale contesto, investire in prevenzione, promozione della salute e invecchiamento attivo assume anche una valenza economica e finanziaria. Le evidenze della Commissione Europea[16] mostrano come l'impatto dell'invecchiamento sulla sostenibilità dei sistemi sanitari dipenda in misura significativa dalle condizioni di salute con cui vengono vissuti gli anni aggiuntivi di vita. Le proiezioni indicano infatti che, a livello europeo, la spesa sanitaria pubblica potrebbe passare dal 6,6% del PIL nel 2024 al 7,3% nel 2070 nello scenario di riferimento. Tuttavia, qualora i guadagni di longevità fossero accompagnati da un corrispondente miglioramento dello stato di salute della popolazione, la spesa raggiungerebbe il 6,9% del PIL, con un incremento inferiore di 0,4 punti percentuali rispetto allo scenario di riferimento. Al contrario, in uno scenario caratterizzato da un'espansione degli anni vissuti con malattia e fragilità, la spesa sanitaria salirebbe fino al 7,7% del PIL, e fino all'8,1% nello scenario di rischio. Le analisi della Commissione evidenziano quindi come la promozione dell'healthy ageing, della prevenzione e del mantenimento dell'autonomia funzionale rappresenti una delle principali leve per contenere la pressione sulle finanze pubbliche e, più in generale, preservare la capacità dei sistemi di welfare di rispondere ai bisogni della popolazione.

16 Commissione Europea, Directorate-General for Economic and Financial Affairs - DG ECFIN (2026), "The Impact of Ageing on the Fiscal Sustainability of EU Health Care Systems: Projections and Policy Response".

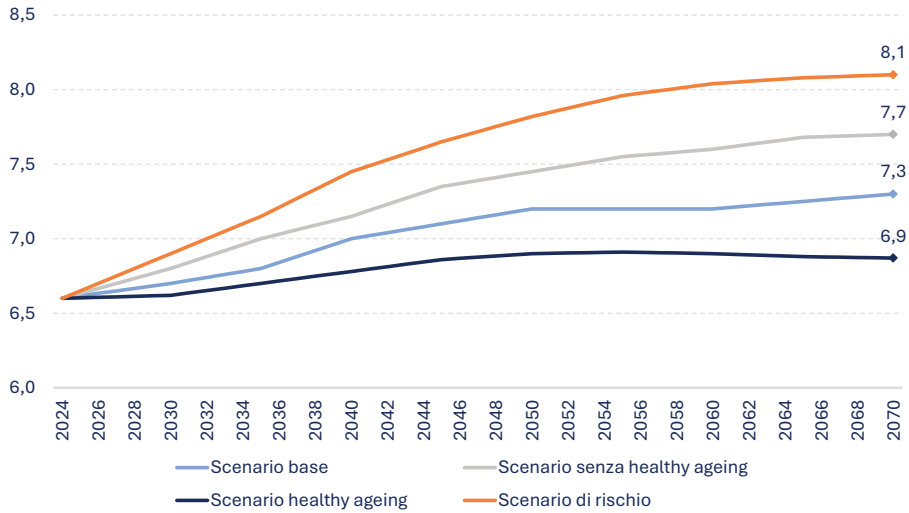


Figura 7. Proiezione della spesa sanitaria pubblica a livello europeo (% su PIL), 2024 – 2070

Fonte: TEHA Group su dati Commissione Europea, 2026

La relazione tra salute e sostenibilità si estende tuttavia oltre la dimensione strettamente fiscale e riguarda la capacità complessiva dei sistemi di welfare di continuare a garantire protezione, inclusione e accesso ai servizi nel tempo. La salute non rappresenta infatti soltanto uno degli ambiti di intervento del welfare, ma una condizione che ne influenza il funzionamento complessivo: preservare più a lungo il benessere e l'autonomia delle persone contribuisce a ridurre le condizioni di vulnerabilità e a rendere più sostenibile la risposta ai bisogni sociali.

Le analisi dell'OCSE[17] evidenziano inoltre la necessità di rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari e la loro capacità di rispondere a bisogni in evoluzione e a possibili shock, sottolineando l'importanza di investimenti in grado di sostenerla nel tempo. La sostenibilità del welfare non dipende quindi soltanto dalla disponibilità di risorse, ma anche dalla capacità di prevenire e intercettare per tempo i bisogni di salute.

Una popolazione più sana contribuisce così ad ampliare gli spazi di intervento delle politiche pubbliche, favorendo una più efficace allocazione delle risorse tra le diverse componenti del welfare, dalla sanità all'istruzione, dalle politiche per la famiglia all'inclusione sociale e al contrasto delle disuguaglianze. Investire nella salute significa quindi rafforzare la sostenibilità del sistema sanitario e socioassistenziale e, al tempo stesso, accrescere la capacità dell'intero sistema di protezione sociale di accompagnare i cambiamenti demografici e sociali e di rispondere in modo equo ai bisogni delle generazioni presenti e future.

17 OCSE (2023), "Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience".

1.3 LA POLICRISI COME AMPLIFICATORE DELLE FRAGILITÀ DEI SISTEMI SANITARI

Pandemie, conflitti geopolitici, instabilità economica, cambiamento climatico e transizione demografica interagiscono e producono effetti a cascata sui sistemi sanitari. In questo contesto, carenza di personale, sottofinanziamento dei sistemi sanitari, disuguaglianze territoriali, vulnerabilità delle catene di approvvigionamento e difficoltà di accesso alle cure vengono amplificati e diventano più difficili da gestire.

Per lungo tempo, il miglioramento degli indicatori di salute è stato interpretato come una traiettoria sostanzialmente lineare e irreversibile, caratterizzata dall'aumento dell'aspettativa di vita, dalla riduzione della mortalità evitabile, dall'ampliamento dell'accesso alle cure e dal progresso delle tecnologie mediche. Gli eventi degli ultimi anni hanno tuttavia dimostrato che tali avanzamenti non possono essere dati per scontati.

Le crisi succedutesi dalla fine degli anni Duemila hanno progressivamente modificato il contesto nel quale operano i sistemi sanitari. La crisi finanziaria globale del 2008 e quella del debito sovrano europeo hanno compresso gli spazi di intervento pubblico; la pandemia da COVID-19 ha mostrato l'interdipendenza tra salute, economia e società; il conflitto russo-ucraino, le tensioni in Medio Oriente e la crescente instabilità geopolitica e commerciale hanno infine aggravato le vulnerabilità energetiche e produttive. Più che una semplice successione di shock, emerge così un quadro di crisi ravvicinate e interconnesse, con effetti significativi sulla stabilità economica, sociale e sanitaria.

L'impatto di questi shock è visibile anche sull'andamento dei mercati finanziari globali: il FTSE All-World Index[18] ha registrato una contrazione superiore al 50% durante la crisi finanziaria del 2007-2009[19], di circa il 34% nei primi mesi del 2020 con la pandemia da COVID-19 e del 26% tra il 2021 e il 2022[20], in un contesto segnato dalla ripresa dell'inflazione, dall'inasprimento delle politiche monetarie e dal conflitto russo-ucraino.

Se tra la crisi finanziaria globale e la crisi del debito sovrano europeo trascorsero circa tre anni, nel periodo più recente gli intervalli temporali tra gli shock si sono progressivamente ridotti. Alla pandemia sono infatti seguiti, in rapida successione, il conflitto russo-ucraino, l'acuirsi delle tensioni in Medio Oriente, nuove misure protezionistiche, tensioni commerciali e crescenti forme di competizione strategica tra le principali economie mondiali. Il risultato è una riduzione sempre più marcata del tempo disponibile per il recupero e l'adattamento dei sistemi economici e sociali tra una crisi e la successiva.

La letteratura definisce «policrisi»[21] questa crescente tendenza delle crisi a manifestarsi simultaneamente e a rafforzarsi reciprocamente: shock sanitari, economici, finanziari, geopolitici, energetici e ambientali interagiscono, producendo effetti a cascata che amplificano fragilità preesistenti e riducono la capacità di adattamento e recupero. In questo scenario, la salute assume una rilevanza strategica quale componente della resilienza, della sicurezza e dello sviluppo delle società contemporanee.

Le radici di questa dinamica precedono la pandemia da COVID-19. Già nei primi due decenni del secolo, l'emergere di epidemie ad elevato impatto come l'influenza H1N1, Ebola e Zika aveva mostrato come la diffusione di minacce sanitarie fosse sempre più influenzata da fenomeni globali quali urbanizzazione, mobilità internazionale, cambiamento climatico e disuguaglianze sociali. Come evidenziato dalla letteratura, tali eventi hanno colpito in misura sproporzionata le popolazioni più vulnerabili, dimostrando che fattori economici e sociali rappresentano determinanti essenziali della capacità di risposta alle crisi sanitarie.

18 Si tratta di un indice azionario globale che, al 31 marzo 2026, comprendeva 4.264 titoli di società a grande e media capitalizzazione in quasi 50 Paesi, sia sviluppati sia emergenti. Le variazioni riportate misurano le flessioni dai massimi precedenti ai minimi successivi; i dati relativi al 2020 e al 2021-2022 si riferiscono all'indice Total Return in dollari statunitensi, che include il reinvestimento dei dividendi.

19 Fund Evaluation Group (2016), "Evaluating Options for Enhanced Risk-Adjusted Returns".

20 FTSE Russell (2026), "FTSE All-World Index Factsheet".

21 Wypych-Ślusarska A., Krupa-Kotara K., Słowiński J., Yanakieva A., Grajek M. (2025), "The impact of polycrisis on healthcare systems-analyzing challenges and the role of social epidemiology". Healthcare.

La pandemia da COVID-19 ha successivamente reso evidente la portata sistemica di queste vulnerabilità. Secondo il World Health Statistics 2026[22], tra il 2020 e il 2023 sono stati registrati 22,1 milioni di decessi in eccesso a livello globale (vs. 7 milioni di decessi direttamente attribuiti al COVID-19) e l'aspettativa di vita ha subito un arretramento che ha cancellato quasi un decennio di progressi. Oltre 31 milioni di ricoveri ospedalieri sono stati inoltre rinviati o non effettuati nel biennio 2020-2021, con ripercussioni durature sugli esiti di salute, sulla gestione delle patologie croniche e sulla continuità assistenziale.

Lo shock pandemico si è rapidamente trasformato in una crisi economica e produttiva globale, mettendo in luce la fragilità delle catene internazionali di approvvigionamento. Carenze di principi attivi, dispositivi medici, semiconduttori, materie prime e componentistica industriale hanno evidenziato come la ricerca dell'efficienza produttiva abbia spesso ridotto la resilienza dei sistemi. Negli anni successivi, il conflitto russo-ucraino ha ulteriormente aggravato tali criticità, alimentando la più significativa crisi energetica registrata in Europa negli ultimi decenni, con conseguenze dirette sull'inflazione, sulla crescita economica e sulla sostenibilità dei conti pubblici.

Parallelamente, il deterioramento dello scenario geopolitico globale ha ampliato i fattori di rischio. Secondo i più recenti dati dell'Uppsala Conflict Data Program (UCDP)[23], nel 2025 sono stati registrati 65 conflitti armati che hanno coinvolto almeno uno Stato, il numero più elevato dall'inizio delle rilevazioni nel 1946; di questi, 8 sono stati conflitti tra Stati, anch'esso un valore record. Accanto ai conflitti in Ucraina e Medio Oriente, le crescenti tensioni nello Stretto di Taiwan e nell'Indo-Pacifico hanno riportato l'attenzione sulla vulnerabilità di rotte commerciali e filiere strategiche dalle quali dipendono settori chiave dell'economia globale. Analogamente, l'instabilità in diverse aree del continente africano – dal Sudan al Sahel – continua ad alimentare crisi umanitarie, migrazioni forzate e difficoltà di accesso ai servizi essenziali, con rilevanti conseguenze sanitarie e sociali. In aggiunta, i conflitti moderni colpiscono sempre più direttamente infrastrutture sanitarie, operatori e programmi di prevenzione, trasformando la tutela della salute in una componente della sicurezza nazionale e internazionale.

Le recenti tensioni in Medio Oriente hanno ulteriormente mostrato come la sicurezza energetica e la stabilità delle supply chain siano diventate questioni strettamente connesse alla tenuta delle economie avanzate. Lo Stretto di Hormuz rappresenta uno dei principali colli di bottiglia del commercio globale, attraverso il quale transita circa il 20% del consumo mondiale di petrolio. Le crescenti tensioni nell'area hanno riacceso i timori di interruzioni nelle forniture energetiche e di forti oscillazioni dei prezzi delle materie prime. Anche le perturbazioni delle rotte marittime tra Asia ed Europa hanno evidenziato la vulnerabilità delle catene globali del valore: secondo la Banca Mondiale, circa il 30% del traffico mondiale di container attraversa abitualmente il Canale di Suez e il Mar Rosso, rendendo eventuali interruzioni particolarmente rilevanti per il commercio internazionale. In questo contesto, conflitti localizzati possono rapidamente tradursi in effetti globali sui prezzi dell'energia, sulla disponibilità di materie prime strategiche, sulla produzione industriale e sulla continuità degli approvvigionamenti sanitari.

A queste tensioni si aggiunge la crescente pressione esercitata dal cambiamento climatico. Oggi oltre il 40% della popolazione globale (circa 3,6 miliardi di persone) vive in aree altamente vulnerabili agli impatti climatici e l'OMS stima che tra il 2030 e il 2050 il cambiamento climatico possa determinare circa 250.000 decessi aggiuntivi all'anno per malnutrizione, malaria, diarrea e stress termico. Allo stesso tempo, oltre l'86% della popolazione urbana mondiale è esposta a livelli dannosi di inquinamento atmosferico, responsabili di circa 1,8 milioni di morti ogni anno. Eventi estremi sempre più frequenti – alluvioni, incendi, ondate di calore e siccità – non incidono soltanto sulla salute delle popolazioni, ma compromettono il funzionamento delle infrastrutture sanitarie, interrompono attività economiche e aggravano le vulnerabilità sociali esistenti.

22 OMS (2026), "World health statistics 2026 - Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals".
23 Uppsala Conflict Data Program (UCDP), disponibili qui: https://ucdp.uu.se/encyclopedia.

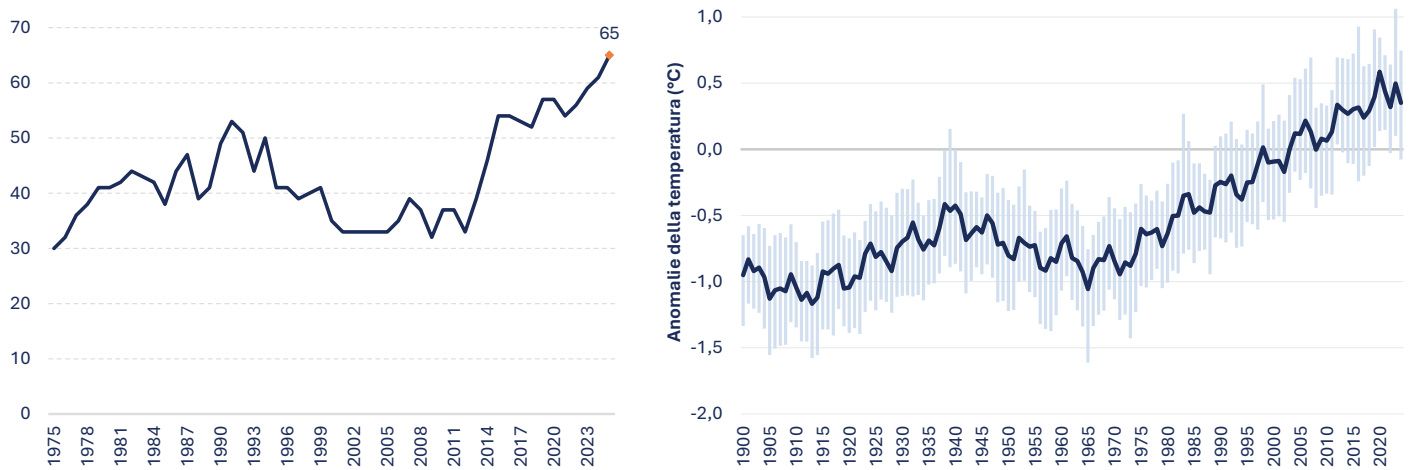


Figura 8. A sinistra: Numero di conflitti armati che coinvolgono almeno uno Stato (numero), 1975 – 2025. A destra: Anomalie della temperatura nel tempo (variazione °C), 1900 - 2024

Fonte: TEHA Group su dati UCDP, OMS e Wellcome Trust, 2026

Nel loro insieme, queste crisi mostrano come salute, economia, clima, energia e sicurezza siano strettamente interdipendenti. Una pandemia può propagarsi all'economia; una guerra può produrre effetti energetici e inflazionistici; un evento climatico può compromettere infrastrutture sanitarie e produttive; una tensione geopolitica può interrompere filiere essenziali. La priorità non è quindi prepararsi a singole emergenze, ma rafforzare la capacità dei sistemi di far fronte a shock simultanei senza interrompere servizi, attività produttive e protezione sociale.



Figura 9. Schema delle crisi interconnesse che generano effetti a cascata sulla salute

Fonte: TEHA Group su dati Wypych-Ślusarska A., Krupa-Kotara K., Słowiński J., Yanakieva A., Grajek M. (2025), "The impact of polycrisis on healthcare systems-analyzing challenges and the role of social epidemiology". Healthcare

La natura interconnessa delle crisi rende necessario adottare un approccio *Health in All Policies*, che integri sistematicamente la valutazione degli impatti sulla salute nelle decisioni assunte in ambiti quali economia, lavoro, ambiente, energia, istruzione, politiche sociali e pianificazione urbana. A questa prospettiva si affianca il principio *Health for All Policies*, che riconosce come il miglioramento della salute possa contribuire al conseguimento degli obiettivi delle altre politiche pubbliche, sostenendo produttività, inclusione, coesione sociale e resilienza. La salute diventa così una responsabilità condivisa e, al tempo stesso, uno strumento per costruire risposte più coordinate ed efficaci alle sfide sistemiche.

L'applicazione di questi principi richiede meccanismi di governance capaci di superare la frammentazione settoriale: obiettivi condivisi tra amministrazioni, valutazione preventiva degli impatti sulla salute, coordinamento tra livelli istituzionali e sistemi di monitoraggio che rendano misurabili gli effetti sanitari, economici e sociali delle decisioni pubbliche. In questo modo, la produzione di salute non è affidata esclusivamente alle politiche sanitarie, ma diventa un criterio trasversale di programmazione e valutazione dell'azione pubblica.

1.4 LA RESILIENZA DEL SISTEMA SANITARIO COME ASSET STRATEGICO PER IL PAESE

Se la salute rappresenta un'infrastruttura invisibile che sostiene il funzionamento delle società e delle economie, la resilienza dei sistemi sanitari costituisce la capacità di preservarne il valore anche in contesti caratterizzati da incertezza, shock e trasformazioni profonde. Per molti anni il dibattito sulle performance dei sistemi sanitari si è concentrato prevalentemente su efficienza, sostenibilità finanziaria, qualità delle cure e capacità di erogazione dei servizi. Queste dimensioni restano essenziali, ma non sono più sufficienti a descrivere il valore di un sistema sanitario nel contesto attuale. In un'epoca caratterizzata dalla coesistenza di crisi sanitarie, climatiche, economiche, energetiche e geopolitiche, la domanda non è soltanto quanto un sistema sia efficiente in condizioni ordinarie, ma quanto sia capace di continuare a produrre salute e protezione sociale quando tali condizioni vengono meno.

L'OCSE identifica oggi la resilienza come una delle caratteristiche fondamentali dei sistemi sanitari, definendola come la capacità di prepararsi a shock quali pandemie, cambiamenti climatici, conflitti geopolitici, cyberattacchi o crisi economiche, di assorbirli, di riprendersi e di adattarsi, preservando la continuità dei servizi e gli esiti di salute della popolazione. In questa prospettiva, la resilienza non rappresenta una funzione aggiuntiva del sistema sanitario, ma una componente strutturale della sua capacità di generare valore nel lungo periodo.

La Banca Mondiale[24] sintetizza tali caratteristiche in quattro capacità fondamentali: comprendere e monitorare le minacce e i fattori di rischio; assorbire gli shock senza interrompere i servizi essenziali; adattarsi a bisogni e condizioni mutevoli; mantenere nel tempo la continuità dell'assistenza. La resilienza richiede quindi investimenti coordinati in preparedness, governance, forza lavoro, sistemi informativi, infrastrutture, assistenza territoriale, sanità pubblica e coinvolgimento delle comunità. Non si tratta di costruire sistemi progettati esclusivamente per affrontare la prossima pandemia, ma di rafforzare la capacità complessiva di operare efficacemente in un contesto di policrisi permanente.

Un primo pilastro della resilienza dei sistemi sanitari è rappresentato dalla disponibilità di una forza lavoro sanitaria e sociosanitaria adeguatamente dimensionata, qualificata e sostenuta. La pandemia da COVID-19 ha mostrato come il capitale umano costituisca una risorsa strategica tanto quanto le infrastrutture, le tecnologie o la disponibilità di farmaci e dispositivi medici. L'OCSE ha infatti identificato tra le principali vulnerabilità emerse durante l'emergenza sanitaria proprio la carenza di professionisti sanitari, risultato di criticità strutturali che precedevano la pandemia e che negli anni successivi si sono ulteriormente accentuate.

24 Banca Mondiale (2022), "Change Cannot Wait: Building Resilient Health Systems in the Shadow of COVID-19".

Le difficoltà di reclutamento e retention del personale sanitario rappresentano oggi una sfida comune a gran parte dei Paesi occidentali. Secondo le stime dell'OMS, in assenza di interventi strutturali il deficit globale di professionisti sanitari potrebbe raggiungere gli 11 milioni di unità entro il 2030. Alla base di tale fenomeno concorrono diversi fattori: il cronico sottoinvestimento nella formazione di medici, infermieri e altre professioni sanitarie in alcuni Paesi, il mancato allineamento tra programmazione dei percorsi formativi e fabbisogni dei sistemi sanitari, le difficoltà di attrarre personale nelle aree periferiche e svantaggiate e la crescente competizione internazionale per il reclutamento delle competenze.

Tali criticità risultano particolarmente rilevanti in Italia, dove alle carenze già esistenti si aggiunge il progressivo invecchiamento della forza lavoro sanitaria. Una quota significativa di medici e professionisti sanitari si avvicina infatti all'età pensionabile, mentre il ricambio generazionale fatica a tenere il passo dell'evoluzione dei fabbisogni assistenziali. L'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento della domanda di cure contribuiscono ulteriormente ad ampliare il divario tra bisogni di salute e disponibilità di personale.

La carenza di professionisti si traduce non soltanto in una minore capacità di risposta alle emergenze, ma anche in impatti diretti sulla qualità e sulla continuità dell'assistenza, sull'allungamento delle liste d'attesa e sulla sostenibilità organizzativa delle strutture sanitarie. La crescente pressione sui professionisti è inoltre associata a elevati livelli di stress lavoro-correlato, fenomeni di burnout, maggiore rischio di abbandono della professione e riduzione dell'attrattività delle carriere sanitarie, alimentando un circolo vizioso che tende ad aggravare le carenze esistenti.

Per far fronte alle difficoltà di reperimento del personale, molti Paesi OCSE hanno progressivamente aumentato il ricorso al reclutamento internazionale. Sebbene questa strategia consenta di attenuare nel breve periodo le tensioni sul mercato del lavoro sanitario, essa non rappresenta una soluzione strutturale e può contribuire ad amplificare le carenze nei Paesi di origine. Nel 2023 i Paesi OCSE impiegavano oltre 600.000 medici formati all'estero, con un incremento superiore al 50% rispetto al 2010. La loro presenza rappresentava in media il 20% della forza lavoro medica complessiva, con quote particolarmente elevate in Svizzera, Nuova Zelanda, Irlanda, Norvegia e Israele. Al contrario, l'Italia continua a registrare una delle percentuali più basse di medici formati all'estero, inferiore all'1%, evidenziando una limitata capacità di compensare le carenze interne attraverso flussi migratori internazionali.

Queste dinamiche assumono particolare rilevanza in una fase in cui il settore sanitario e sociosanitario continua ad espandersi. Nel 2023, nei Paesi OCSE circa un lavoratore su nove era impiegato nei servizi sanitari e sociali, una quota in crescita rispetto al decennio precedente. Tra il 2013 e il 2023 l'occupazione nel settore è aumentata mediamente del 30%, a un ritmo doppio rispetto alla crescita dell'occupazione complessiva. Tale espansione riflette l'effetto combinato dell'invecchiamento demografico, dell'aumento delle aspettative di salute e della crescente complessità dei bisogni assistenziali, confermando come la disponibilità di una forza lavoro adeguata rappresenti una delle principali condizioni per garantire la resilienza e la sostenibilità dei sistemi sanitari nel tempo.

Un secondo pilastro riguarda la capacità di raccogliere, integrare e utilizzare dati affidabili per orientare decisioni e interventi. Il World Health Statistics 2026[25] sottolinea come dati tempestivi, completi e disaggregati su mortalità, morbosità e determinanti di salute siano essenziali per monitorare l'evoluzione dei bisogni e prepararsi alle crisi future. Tuttavia, alla fine del 2025 soltanto il 18% dei Paesi riportava dati di mortalità entro dodici mesi e il 32% non aveva mai trasmesso all'OMS informazioni relative alle cause di morte. Dei circa 61 milioni di decessi stimati nel 2023, solo 21 milioni risultavano notificati con informazioni sulle cause di morte e appena 12 milioni con una codifica ICD[26] sufficientemente dettagliata. Questi dati evidenziano come la qualità delle informazioni disponibili rappresenti ancora

25 OMS (2026), "World health statistics 2026 - Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals".

26 International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (Classificazione internazionale delle malattie), standard globale sviluppato dall'OMS per raggruppare malattie, traumatismi e problemi di salute correlati.

oggi uno dei principali fattori limitanti della preparedness globale e della capacità dei sistemi di anticipare e gestire gli shock. La resilienza dipende quindi non solo dalla disponibilità di dati, ma dalla capacità di trasformarli in conoscenza utile per la programmazione, la prevenzione e l'allocazione delle risorse.

La resilienza, inoltre, non riguarda il solo sistema sanitario. Supply chain globali, tensioni geopolitiche, crisi energetiche, eventi climatici estremi e pressioni sulla finanza pubblica mostrano quanto il funzionamento dei sistemi sanitari dipenda da fattori esterni. Essa diventa quindi una caratteristica dell'intero ecosistema della salute e richiede il coordinamento tra politiche sanitarie, industriali, digitali, ambientali e sociali per garantire continuità dei servizi, sicurezza degli approvvigionamenti e tutela della popolazione anche in condizioni di elevata incertezza.

La resilienza sanitaria ha dunque una valenza sistemica: il deterioramento della salute pubblica può tradursi rapidamente in fragilità economica, instabilità sociale e minore capacità produttiva, mentre shock esterni possono compromettere continuità assistenziale e accesso alle cure. Proteggere la salute significa quindi sostenere anche le attività economiche, la coesione sociale e la fiducia nelle Istituzioni.

Questa interdipendenza emerge con particolare evidenza nei contesti di conflitto e crescente competizione geopolitica. Un recente contributo pubblicato su The Lancet[27] evidenzia come l'aumento della spesa militare possa tradursi in una riduzione delle risorse destinate alla salute: a livello globale, ogni incremento dell'1% della spesa per la difesa è associato a una riduzione dello 0,62% della spesa sanitaria pubblica, percentuale che sale allo 0,96% nei Paesi a basso reddito. Gli autori stimano inoltre che i conflitti armati abbiano contribuito a circa 29,4 milioni di morti indirette tra il 1990 e il 2017, principalmente a causa dell'interruzione dei servizi sanitari essenziali. Più recentemente, le tensioni in Medio Oriente hanno evidenziato come la distruzione di infrastrutture sanitarie, il blocco delle catene di approvvigionamento e la contrazione dei finanziamenti alla salute possano compromettere rapidamente la capacità di risposta dei sistemi sanitari e aggravare le disuguaglianze di accesso alle cure.

Riconoscere la salute come ecosistema strategico richiede infine di superare indicatori concentrati esclusivamente sui livelli di spesa o sui volumi di prestazioni. La valutazione degli investimenti dovrebbe considerare congiuntamente esiti di salute, qualità e accessibilità dell'assistenza, riduzione delle disuguaglianze, capacità innovativa e produttiva, partecipazione al lavoro, impatti sulle finanze pubbliche e resilienza agli shock. Una misurazione multidimensionale consente di rendere visibile il valore generato dall'ecosistema della salute e di orientare le risorse verso gli interventi con i maggiori benefici sanitari, economici e sociali nel lungo periodo.

Alla luce di queste evidenze, investire nella resilienza significa rafforzare in modo integrato capacità assistenziale e territoriale, prevenzione, capitale umano, ricerca, innovazione, infrastrutture digitali e filiere produttive. La solidità di queste componenti consente di garantire continuità delle cure e degli approvvigionamenti, preservare il capitale umano e mantenere la capacità di risposta anche durante shock prolungati o simultanei. La resilienza sanitaria diventa così un criterio con cui orientare programmazione, investimenti e coordinamento dell'intero ecosistema della salute.

27 Khogali A., Badri E. (2026), "War economies and collapsing health systems". The Lancet.

2. LONGEVITÀ E BENESSERE: LA SFIDA DELL'HEALTHY AGEING

Mai come oggi in Italia è stato possibile contare su una vita così lunga. È il frutto di decenni di progressi nella medicina, nelle condizioni di vita e nella capacità di prevenire e curare. Proprio mentre la vita si allunga, però, cambia la domanda che la accompagna. Conta sempre meno quanto a lungo si vive e sempre di più quanta parte di quel tempo si riesce a trascorrere in salute, in autonomia e dentro le proprie relazioni e i propri progetti.

La longevità si intreccia con una natalità che non trova più slancio e disegna un Paese più piccolo e più maturo, in cui l'equilibrio tra le generazioni sta cambiando. Gli anni guadagnati non sono uguali per tutti. Dipendono dal territorio in cui si vive, dal genere, dalle opportunità di istruzione e di lavoro, e portano con sé una convivenza sempre più lunga con la malattia cronica. Le fragilità, del resto, non riguardano soltanto l'età avanzata. Cambiano volto lungo tutto il corso della vita, dall'infanzia agli anni dello studio e del lavoro, fino alla vecchiaia, e chiedono a ogni fase risposte specifiche e appropriate.

Ne emerge una prospettiva in cui la salute non riguarda più soltanto la sanità. Diventa una condizione necessaria per la sostenibilità economica e sociale del Paese: per un mercato del lavoro destinato a contrarsi, per le famiglie e i caregiver che si fanno carico della cura e per le giovani generazioni, che della longevità saranno insieme le principali beneficiarie e le prime chiamate a sostenerla. Per trasformare questo cambiamento in una risorsa servono scelte capaci di guardare lontano e di investire oggi nella salute delle persone, lungo tutto il corso della vita, perché vivere più a lungo significhi anche vivere più a lungo in buona salute e autonomia.

2.1 I NUOVI EQUILIBRI DEMOGRAFICI

Il miglioramento delle condizioni di vita e una crescente capacità di prevenire e curare molte patologie hanno reso l'età avanzata un traguardo alla portata della maggior parte delle persone. All'aumento della longevità si accompagna, tuttavia, una persistente denatalità, che sta modificando profondamente la struttura demografica del Paese. La longevità diventa così una sfida per il sistema nel suo complesso, chiamato a ripensare la propria organizzazione per stare al passo con un cambiamento, quello socio-demografico ed epidemiologico, già in atto.

Secondo i dati ISTAT, in vent'anni l'Italia ha guadagnato oltre tre anni e mezzo di vita attesa per gli uomini e più di due per le donne: tra il 2005 e il 2025 la speranza di vita alla nascita è salita da 78,1 a 81,7 anni per i primi e da 83,5 a 85,7 anni per le seconde. La pandemia da COVID-19 ha interrotto per un breve periodo questa traiettoria positiva, ricordando quanto i risultati raggiunti siano costantemente esposti agli shock sanitari; il recupero successivo ha però riportato la speranza di vita oltre i livelli precedenti alla crisi.

Il miglioramento ha riguardato tutto il territorio italiano, senza tuttavia annullare le differenze preesistenti. Nel 2025 un uomo residente in Campania può contare su 80,1 anni di vita attesa, uno residente nella P.A. di Trento su 83; per le donne, i valori vanno da 84,1 a 87,2 anni negli stessi territori. Quasi tre anni separano, per entrambi i generi, le aree più e meno favorite.

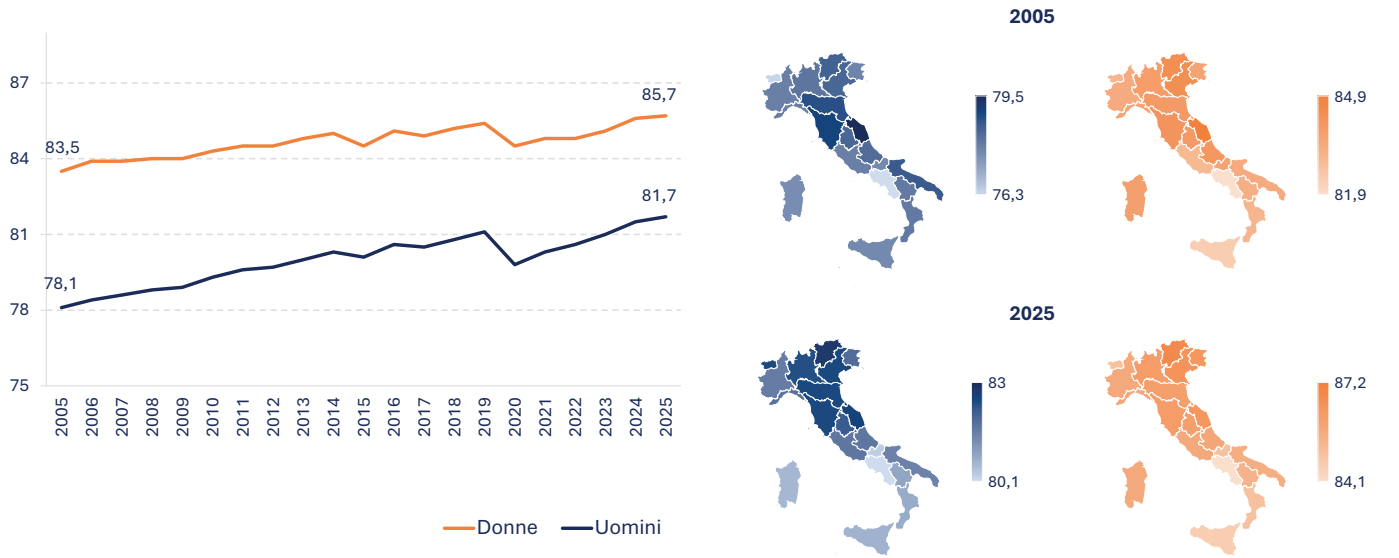


Figura 1. A sinistra: Aspettativa di vita alla nascita in Italia per sesso (anni), 2005–2025.
A destra: Aspettativa di vita alla nascita nelle Regioni italiane per sesso (anni), 2005 e 2025

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2026

L'allungamento della vita, la persistente bassa natalità e il progressivo invecchiamento delle generazioni più numerose stanno cambiando la struttura della popolazione. Tra il 2005 e il 2025, la percentuale di residenti con almeno 65 anni è salita dal 19,5% al 24,7%: oggi circa una persona su quattro ha almeno 65 anni. Nello stesso periodo, la quota di bambini e ragazzi fino a 14 anni è scesa dal 14,1% all'11,9%, un valore pari a quello della sola fascia tra 65 e 74 anni.

All'interno della popolazione anziana, aumentano soprattutto le fasce più elevate. I 65–74enni sono passati dal 10,5% all'11,9% dei residenti, i 75–84enni dal 7,1% all'8,8%, mentre il peso degli over 85 è più che raddoppiato, dall'1,9% al 4,1%. Gli anziani stessi, in altre parole, stanno invecchiando, e descriverli come un gruppo omogeneo ha sempre meno senso: sotto la stessa etichetta convivono gruppi di persone caratterizzate da condizioni, aspirazioni e necessità molto diverse tra loro. Ne è il simbolo la crescita dei centenari, che al 1° gennaio 2025 erano 23.548, più del doppio rispetto al 2009, e oltre otto su dieci erano donne[1].

Anche l'invecchiamento ha le sue geografie e le sue velocità. Nel 2025 la Liguria si conferma la Regione più anziana, con il 29,2% di residenti over 65 e il 5,6% over 85, contro il 21,4% e il 2,8% della Campania. Alcuni territori che un tempo potevano contare su una popolazione relativamente giovane stanno vivendo un rapido invecchiamento: in Sardegna la quota di over 65 è salita in vent'anni dal 17,2% al 27,5%. La distribuzione territoriale della popolazione anziana non coincide necessariamente con quella della speranza di vita; dipende anche dall'andamento delle nascite nel tempo e dai flussi migratori, che possono accentuare o attenuare l'invecchiamento attraverso la partenza o l'arrivo di persone giovani.

1 ISTAT (2025), "I centenari in Italia".

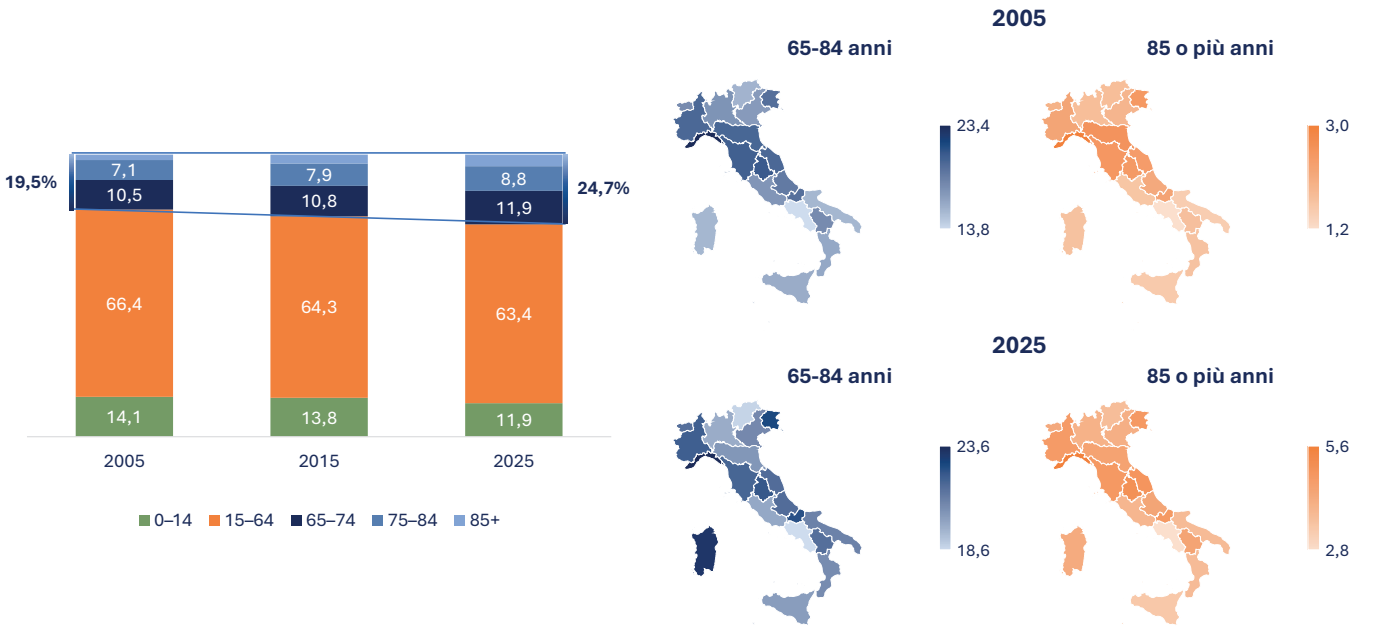


Figura 2. A sinistra: Popolazione residente in Italia per fascia d'età (% sul totale), 2005, 2015 e 2025.
A destra: Quota di popolazione di 65-84enni e almeno 85 anni nelle Regioni italiane (% sul totale), 2005 e 2025

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2026

Il calo delle nascite, in particolare, contribuisce a ridefinire gli equilibri demografici. Nel 2025 in Italia sono nati 355.772 bambini, il 3,8% in meno rispetto al 2024 e il 38,3% in meno rispetto al 2008. Il numero medio di figli per donna è sceso a 1,14, il valore più basso mai registrato, e i primi dati provvisori del 2026 confermano questa tendenza[2]. Per cogliere la portata del fenomeno basta un confronto: ai ritmi attuali, occorrono circa tre anni per eguagliare il numero di nascite registrate nel solo 1964.

Su questo calo incide anzitutto la struttura per età della popolazione: le generazioni che oggi hanno l'età per diventare genitori sono meno numerose, perché nate quando la fecondità era già in calo. A questo si sommano il rinvio e il ridimensionamento dei progetti familiari. L'età media alla nascita del primo figlio ha raggiunto i 32 anni nel 2025, contro i 28,1 del 1995, anche perché si lascia la casa dei genitori in media a 30,1 anni, quasi quattro anni più tardi rispetto alla media europea[3]. Percorsi formativi più lunghi, precarietà lavorativa, difficoltà di accesso all'abitazione e di conciliazione tra vita e lavoro, oltre a un progressivo assottigliamento delle reti familiari di sostegno, spostano in avanti l'autonomia e la scelta di avere figli, insieme al mutare delle preferenze individuali.

La distanza tra i progetti familiari e le concrete possibilità di realizzarli emerge con chiarezza dalle indagini ISTAT. Il numero di figli desiderati resta vicino a due, ma tra le persone di 18–49 anni che non intendono avere figli o altri figli, nemmeno in futuro, il 62,2% riconduce questa scelta alle difficoltà incontrate nel realizzare i propri desideri di genitorialità[4]. Il 5,5% dichiara invece che avere figli non rientra nel

2 ISTAT, 2026.
3 Eurostat, 2026.
4 ISTAT (2025), "Intenzioni di fecondità – Anno 2024".

proprio progetto di vita. Tra chi rinuncia ad avere figli, circa un terzo indica ragioni economiche e l'11,5% la necessità di occuparsi dei genitori anziani: un dato che intreccia natalità e longevità, mostrando come i bisogni di assistenza di una generazione possano condizionare i progetti familiari di quella successiva. A pesare sono anche le conseguenze attese sul lavoro: la metà delle donne ritiene che una nascita peggiorerebbe le proprie opportunità professionali, mentre la stessa preoccupazione è espressa da meno di un uomo su quattro. Il divario tra intenzioni e nascite effettive si coglie anche nelle stime aggregate: se pienamente realizzate, le intenzioni espresse dalle donne nel 2024 avrebbero corrisposto a circa 760.000 nascite l'anno nel triennio successivo, più del doppio di quelle registrate nel 2025[5].

Dal massimo recente del 2010, quando si contavano 1,44 figli per donna, la fecondità è diminuita di oltre un quinto, nonostante la presenza di misure di sostegno alle famiglie, tra cui l'assegno unico e universale per i figli a carico, il bonus asilo nido e le indennità dei congedi parentali. La denatalità riflette così anche le difficoltà nel costruire il proprio futuro, e richiama la necessità di politiche strutturali per il lavoro, l'abitazione e i servizi per l'infanzia, considerando che oggi i posti nei nidi e nei servizi educativi, pubblici e privati, coprono meno di un terzo dei bambini sotto i tre anni[6].

Gli effetti di questi cambiamenti si proiettano ben oltre il presente. Secondo le previsioni ISTAT con base al 1° gennaio 2025, nello scenario mediano la popolazione residente è destinata a scendere dagli attuali 59 milioni circa a 55 milioni nel 2050 e a 45,8 milioni nel 2080. L'entità della contrazione resta tuttavia incerta: il numero futuro di residenti varia a seconda di come evolveranno le nascite, la sopravvivenza e i flussi migratori. Nello scenario meno favorevole, i residenti nel 2080 sarebbero appena 39 milioni. Il saldo migratorio con l'estero, pur previsto positivo, non basterebbe a compensare il persistente squilibrio tra nascite e decessi.

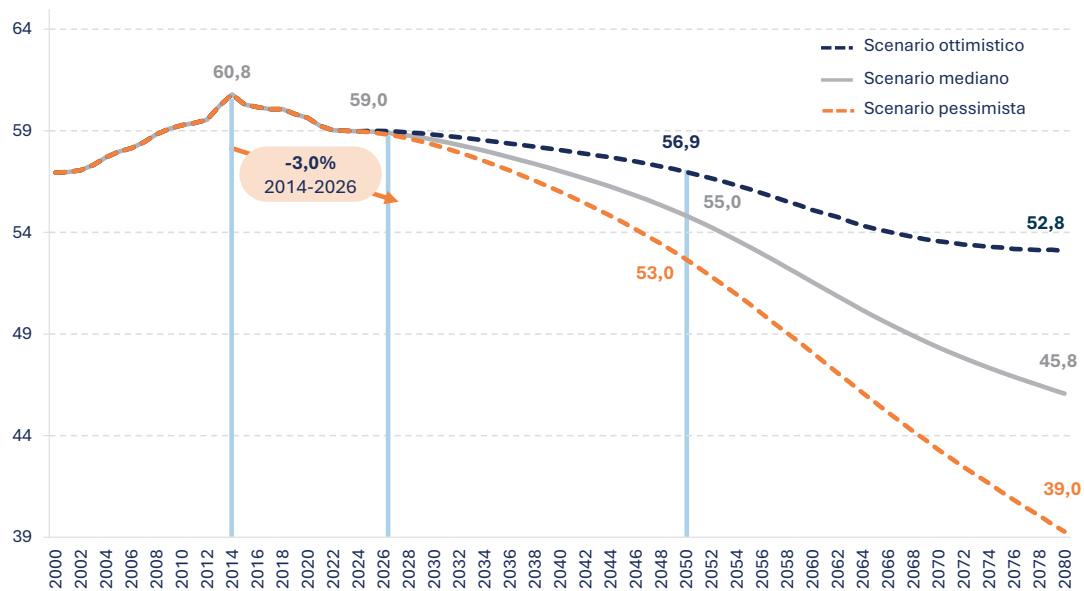


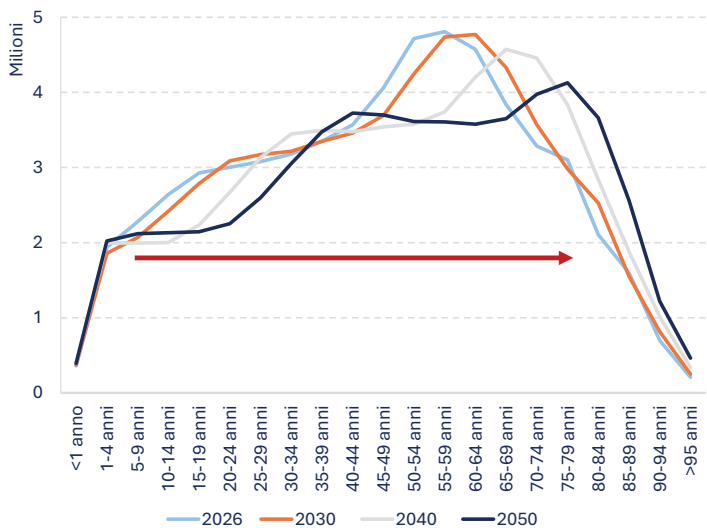
Figura 3. Andamento della popolazione residente in Italia e scenari previsionali (milioni di abitanti), 2000-2080

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati ISTAT, 2026

5 ISTAT (2026), "Rapporto annuale 2026".
6 ISTAT, 2026.

La popolazione non sarà soltanto meno numerosa: al suo interno aumenterà ulteriormente la quota di persone anziane. Nei prossimi decenni, le generazioni più numerose, oggi nelle fasce di età centrali, raggiungeranno progressivamente le fasce più anziane. Entro il 2050 le persone con almeno 65 anni arriverebbero al 34,5% della popolazione e gli over 85 supererebbero il 7%, mentre la quota dei 15–64enni scenderebbe al 55,3%.

Cambierà di conseguenza anche il rapporto numerico tra generazioni. L'indice di dipendenza degli anziani, ossia il numero di persone con almeno 65 anni ogni cento residenti tra 15 e 64 anni, passerebbe dai circa 40 di oggi a circa 62 nel 2050. L'indicatore descrive la struttura demografica e non misura direttamente né la dipendenza assistenziale né il rapporto tra pensionati e occupati, ma segnala con chiarezza quanto stia cambiando il contesto entro cui organizzare il lavoro, finanziare il welfare e rispondere alla domanda di salute.



Anno	2026	2050	Variazione
Età media (anni)	47,1	51,2	**+8,7%**
Popolazione over 65 anni (%)	25,2	34,5	**+9,3 p.p.**
Aspettativa di vita (anni)	84,0	85,9	**+2,3%**
Indice di dipendenza degli anziani (%)	40,0	62,0	**+22 p.p.**

Figura 4. A sinistra: Popolazione residente in Italia per fascia d'età (numero di abitanti), 2026, 2030, 2040 e 2050. A destra: Principali indicatori demografici in Italia (anni o %), 2026 e 2050

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2026

Longevità crescente, generazioni giovani sempre meno numerose, territori che invecchiano a velocità diverse: sono tre aspetti dello stesso cambiamento, e come tali richiedono una lettura integrata. Una vita più lunga moltiplica le occasioni di apprendere, partecipare e contribuire allo sviluppo della comunità, ma modifica anche i tempi e le forme del bisogno di cura e assistenza. Per questo, accanto a quanti anni si vivono, conta sempre di più come si vivono: dalla possibilità di preservare salute e autonomia dipendono tanto il benessere delle persone quanto la capacità della società di valorizzare gli anni di vita guadagnati.

2.2 VIVERE PIÙ A LUNGO, VIVERE MEGLIO

L'allungamento della vita è una conquista indiscussa, ma non si traduce necessariamente in anni vissuti in buona salute. La letteratura internazionale ha dato un nome a questa distinzione. Accanto al lifespan, la durata complessiva della vita, si osserva l'healthspan, il periodo vissuto in buona salute; la differenza tra i due misura gli anni trascorsi con malattie e limitazioni ed è diventata negli anni uno degli indicatori più significativi della qualità della longevità. Un'analisi sui 183 Paesi membri dell'OMS ha stimato che nel 2019 questo divario raggiungeva in media 9,6 anni a livello globale, il 13% in più rispetto al 2000, con un'ampiezza superiore di 2,4 anni tra le donne[7]. All'ampliamento di questo divario contribuiscono soprattutto le malattie croniche non trasmissibili, tra le quali spiccano condizioni, come le malattie neurodegenerative, che possono compromettere l'autonomia dell'individuo per molti anni prima di incidere sulla sopravvivenza.

In Italia il confronto tra sopravvivenza e buona salute mostra che, mentre la vita si allunga, la proporzione di anni vissuti in buona salute rimane pressoché invariata. Nel 2010 gli anni attesi in buona salute rappresentavano circa il 71% della vita complessiva; quindici anni dopo la proporzione è sostanzialmente la stessa. Tra il 2010 e il 2025 la speranza di vita alla nascita è aumentata di 1,9 anni, quella in buona salute di 1,4 (da 57,7 a 59,1), e la differenza tra le due è passata da 24,1 a 24,6 anni. Sopravvivenza e salute sono cresciute entrambe, ma non abbastanza da ridurre il tempo vissuto in condizioni meno favorevoli. Il recupero registrato nel 2025, dopo le flessioni degli anni precedenti, è un segnale incoraggiante ma ancora insufficiente a modificare il bilancio di lungo periodo.

Tra uomini e donne la longevità assume tratti differenti. Nel 2025 le donne vivono in media quattro anni più degli uomini, ma possono contare su 2,2 anni in meno di buona salute[8]. Dal 2010 il loro guadagno in salute ha superato quello in sopravvivenza, senza però colmare una distanza tra durata e qualità della vita che, come nel resto del mondo, resta più ampia per la componente femminile. Il fenomeno non è un'eccezione italiana: anche in Europa la gran parte degli anni in più vissuti dalle donne trascorre convivendo con limitazioni nelle attività quotidiane: secondo Eurostat, nel 2023, nell'Unione Europea il vantaggio delle donne in anni di vita senza limitazioni era di appena mezzo anno, contro oltre cinque anni di vita complessiva.

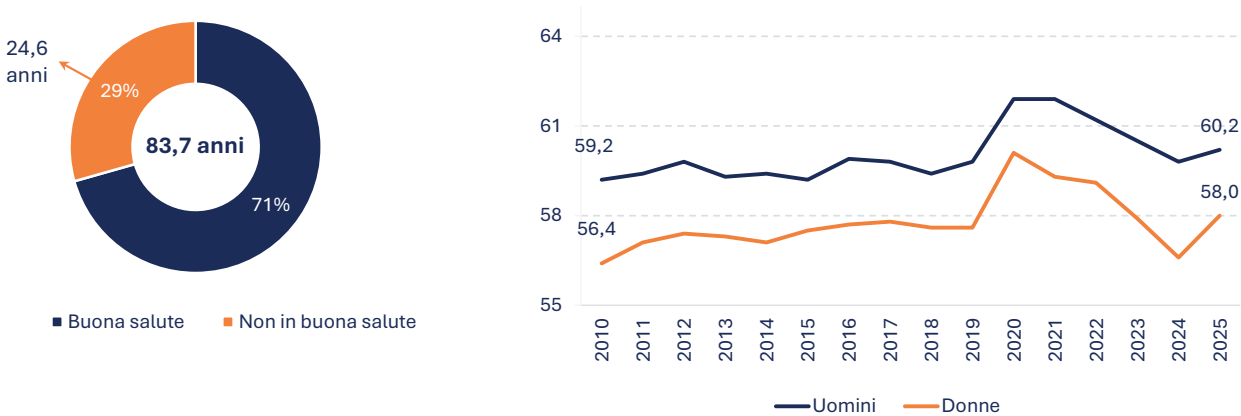


Figura 5. A sinistra: Distribuzione dell'aspettativa di vita tra vita in buona salute e non in buona salute in Italia (%), 2025.
A destra: Aspettativa di vita in buona salute alla nascita in Italia per sesso (numero di anni), 2010-2025

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2026

7 Garmany A. et al. (2024), "Global Healthspan-Lifespan Gaps Among 183 World Health Organization Member States". JAMA Netw Open.
8 Per approfondire il tema della medicina di genere si rimanda al Capitolo 3 del presente Rapporto.

Le differenze territoriali riguardano non soltanto la durata della vita, ma anche gli anni che ci si può attendere di vivere in buona salute. Il confronto tra le diverse macroaree del Paese evidenzia questa distinzione. Nel 2025 tra Nord e Sud la speranza di vita differisce di 1,4 anni, ma il divario sale a 3,6 anni se si considerano gli anni in buona salute. La disuguaglianza è quindi più marcata negli anni attesi in buona salute che nella durata complessiva della vita, e per comprenderla occorre guardare alle opportunità e alle risorse su cui le persone possono contare ogni giorno.

Mettendo in relazione buona salute, istruzione, occupazione, reddito disponibile e rischio di povertà emerge una frequente concentrazione degli svantaggi[9]: dove il lavoro scarseggia e le risorse economiche sono più fragili, anche gli anni vissuti in buona salute tendono a ridursi. La Sicilia ne offre un esempio evidente. Oltre un terzo della popolazione è a rischio di povertà (38,4%, contro il 18,6% nazionale)[10], appena la metà delle persone tra 20 e 64 anni è occupata (51,4%) e al diploma scolastico arriva il 56,6% dei 25–64enni, a fronte del 67% italiano. A questo profilo si associa una vita attesa in buona salute di 55,9 anni, oltre tre anni sotto la media nazionale di 59,1. Il confronto tra le grandi ripartizioni completa il quadro: nel Sud il reddito disponibile lordo pro capite è di 17.688 euro, circa un terzo in meno dei 26.620 euro del Nord[11].

Il legame tra condizioni socioeconomiche e salute non è peraltro univoco: alle differenze osservate possono concorrere, ad esempio, anche l'ambiente, i comportamenti individuali e l'accessibilità dei servizi[12].

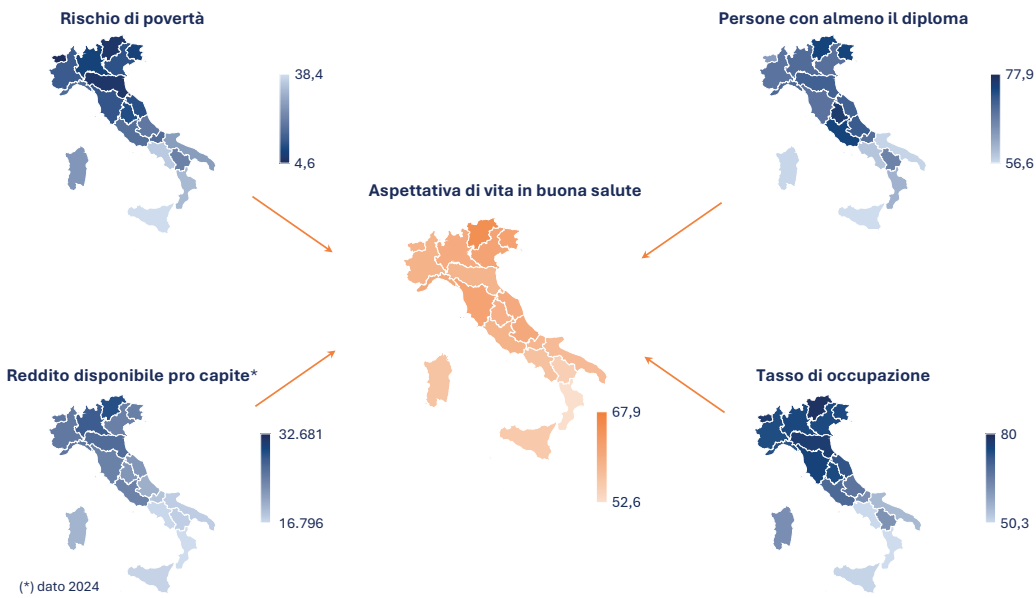


Figura 6. Al centro: Aspettativa di vita in buona salute alla nascita nelle Regioni italiane (anni), 2025.
Attorno: Rischio di povertà (%), persone con almeno il diploma tra i 25–64enni (%), tasso di occupazione dei 20–64enni (%), reddito disponibile lordo pro capite (euro a prezzi correnti), 2025

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2026

9 Per i dati che seguono si è fatto riferimento ai dati dell'ultimo Rapporto sul benessere equo e sostenibile in Italia (BES) di ISTAT, pubblicato ad Ottobre del 2026.
10 Il rischio di povertà misura la quota di persone appartenenti a famiglie il cui reddito netto equivalente è inferiore al 60% della mediana nazionale. Il reddito equivalente tiene conto della dimensione e della composizione familiare, consentendo il confronto tra famiglie diverse. Il dato del 2025 si riferisce ai redditi percepiti nel 2024.
11 Il reddito disponibile lordo pro capite indica le risorse economiche mediamente disponibili per residente, calcolate dividendo il reddito disponibile lordo complessivo delle famiglie consumatrici per la popolazione residente. È espresso in euro a prezzi correnti.
12 Per approfondire sui determinanti dello stato di salute e sulle capacità di risposta ai bisogni di salute dei Servizi Sanitari Regionali si rimanda al Capitolo 10 del presente Rapporto.

Istruzione, lavoro e disponibilità economiche "costruiscono" la salute lungo tutto il corso della vita, perché influenzano le condizioni abitative, l'esposizione ai rischi e la possibilità di accedere alle risorse necessarie al benessere. È la prospettiva richiamata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2025, che riconduce una parte fondamentale delle disuguaglianze di salute alle condizioni in cui le persone nascono, crescono, lavorano e invecchiano[13]. Le evidenze italiane danno concretezza a questo legame: nel 2022, a trent'anni, gli uomini con un basso livello di istruzione avevano una speranza di vita inferiore di 4,2 anni rispetto ai coetanei laureati; tra le donne il divario era di 2,8 anni[14]. Le disuguaglianze sociali si traducono dunque in differenze sugli esiti di salute.

Rispondere a questo legame significa coordinare politiche che spesso nascono separate. Va in questa direzione la Charta di Padova sulla Salute d'Insieme, "In Universum Salus", un documento di indirizzo[15] elaborato da venti esperti e studiosi in ambito medico e presentato nel dicembre 2025 al Circular Medical Expo di Padova. Articolata in quattordici principi, la Charta propone di considerare insieme le dimensioni fisica, mentale, ambientale e sociale della salute e di orientare la collaborazione tra Istituzioni, servizi sanitari, scuole, comunità e imprese. La Regione del Veneto ne ha condiviso i principi come riferimento per favorire interventi coordinati tra ambito sanitario, sociale ed economico.

Il legame con la longevità riguarda anzitutto il quando e il dove si costruiscono le basi per vivere in salute. L'attenzione ai primi mille giorni di vita e il coinvolgimento delle scuole riconoscono il peso delle esperienze precoci sulla salute futura e possono tradursi, per esempio, in percorsi che aiutino studenti e famiglie, a partire da quelle con minori risorse educative, a comprendere e utilizzare le informazioni sanitarie. L'inclusione del fattore "H", Health, nelle strategie aziendali accanto ai criteri ESG porta lo stesso sguardo nei luoghi di lavoro, dove può tradursi nell'adattamento delle mansioni alle capacità dei lavoratori più anziani o in una maggiore flessibilità per chi affronta un percorso di cura.

Istruzione, condizioni di lavoro attente allo stato di salute della persona e accesso ai servizi diventano così leve complementari per promuovere la salute lungo tutto il corso della vita. La responsabilità intergenerazionale richiamata dalla Charta invita inoltre a valutarne gli effetti nel tempo: le scelte compiute oggi determineranno la salute di chi sarà anziano domani.

Questa impostazione è coerente con l'approccio dell'OMS all'invecchiamento in salute (healthy ageing), che pone al centro il mantenimento delle capacità che permettono a ciascuno di vivere secondo le proprie aspirazioni[16]: anche in presenza di patologie croniche, cure appropriate e ambienti favorevoli possono sostenere benessere e partecipazione. Per l'Italia, ridurre il divario esistente tra healthspan e lifespan significa agire tanto sulle malattie quanto sui fattori che ne favoriscono l'insorgenza e ne amplificano le conseguenze. L'analisi della mortalità e del carico di malattia nelle diverse età della vita aiuta a capire dove concentrare questo impegno.

2.2.1 I bisogni di salute lungo l'arco della vita

Uno degli effetti più evidenti dell'invecchiamento della popolazione è la crescente diffusione delle malattie croniche non trasmissibili e, con l'avanzare dell'età, della multimorbilità. Patologie cardio-metaboliche, tumori, malattie respiratorie e neurologiche possono accompagnare le persone per molti anni, modificando progressivamente i bisogni di salute e assistenza.

13 OMS (2025), "World report on social determinants of health equity".
14 ISTAT (2026), "Rapporto annuale 2026".
15 Regione del Veneto, Deliberazione della Giunta regionale n. 75 del 25 febbraio 2026.
16 OMS (2020), "Healthy ageing and functional ability".

Con la cronicizzazione della malattia, la cura entra nella vita quotidiana. Controlli, terapie e gestione dei sintomi diventano appuntamenti ricorrenti che possono accompagnare una persona per decenni, incidendo sulla possibilità di lavorare, coltivare relazioni e conservare la propria autonomia. Per comprendere la domanda di salute non basta allora contare quante persone sono malate: occorre considerare la durata delle patologie, la loro compresenza e il loro impatto sulle attività di ogni giorno. Bisogni e condizioni di salute cambiano inoltre profondamente con l'età: prevenirne o limitarne l'impatto richiede quindi di accompagnare le persone lungo tutto il corso della vita, intervenendo in modo diverso nelle sue diverse fasi.

Nel 2025 il 39,7% della popolazione italiana ha dichiarato di essere affetto da almeno una malattia cronica, mentre il 21,1% ne riferisce almeno due. Oltre un quinto degli italiani convive quindi con più patologie, una condizione che richiede di coordinare esigenze cliniche talvolta sovrapposte, dalle terapie continuative alla prevenzione e gestione delle complicanze[17]. L'età fa però la differenza: tra i 55 e i 59 anni circa una persona su due (48,4%) riferisce almeno una patologia cronica; tra chi ha almeno 75 anni la quota sale all'84,4%, quasi nove su dieci, mentre il 64,9% convive con due o più malattie. Di fatto, nelle età avanzate la multimorbilità è la regola, più che l'eccezione.

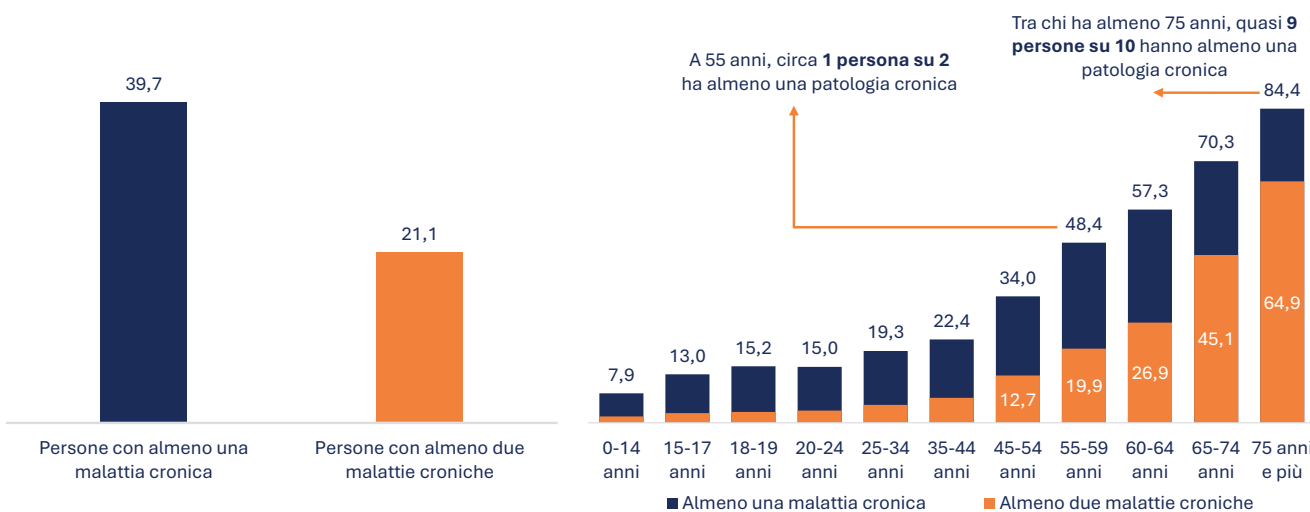


Figura 7. A sinistra: Persone con almeno una e almeno due malattie croniche in Italia (%), 2025.
A destra: Persone con almeno una e almeno due malattie croniche in Italia per fascia di età (% sul totale della fascia di età)

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2026

Secondo un'elaborazione di ISTAT, nel 2025 le persone con multimorbilità sono 12,8 milioni. Di queste, più di 7 milioni dichiarano limitazioni nelle attività quotidiane, una combinazione che riguarda il 35,4% degli anziani e che avvicina il bisogno di cura a quello di sostegno nella vita di tutti i giorni[18].

17 ISTAT, 2026

18 ISTAT (2026), "Rapporto annuale 2026". La stima del Rapporto annuale considera una selezione di 15 patologie croniche autoriferite, comprendente anche tumori, cirrosi e calcolosi, ed è associata a una prevalenza del 22,8%. Non rappresenta quindi la traduzione in valori assoluti del 21,1% riportato nell'indicatore.

È in questo passaggio, dalla presenza di più patologie alla progressiva riduzione delle capacità funzionali e dell'autonomia, che assume particolare rilevanza la necessità di riconoscere e gestire la fragilità, una condizione che aumenta la vulnerabilità della persona e può accrescere il bisogno di assistenza sanitaria, sociale e familiare. Il suo impatto si estende infatti oltre la persona coinvolta, interessando le famiglie e, in particolare, i caregiver che sostengono quotidianamente le attività di cura e assistenza.

La crescita della cronicità nella popolazione complessiva non implica però un peggioramento a parità di età. Un altro approfondimento ISTAT[19] mostra che nel lungo periodo, al netto dell'invecchiamento, la prevalenza della multimorbilità si è ridotta. I due andamenti possono coesistere: sulla dimensione complessiva del bisogno incide anche il numero crescente di persone che raggiungono le età in cui convivere con più patologie è più frequente.

L'evoluzione del numero di persone con malattie croniche dipenderà quindi sia dall'invecchiamento della popolazione sia dall'andamento della prevalenza nelle diverse fasce d'età. In questo contesto diventa essenziale un'assistenza capace di seguire l'evoluzione dei bisogni nel tempo. Questa è la strada percorsa dal Piano Nazionale della Cronicità (PNC), approvato ad ottobre 2025[20], a nove anni dal documento precedente. Il Piano riconosce esplicitamente il legame tra invecchiamento, multimorbilità e rischio di perdita dell'autonomia e punta a rafforzare una presa in carico precoce, continuativa e personalizzata. Un elemento centrale è la stratificazione della popolazione, ossia l'identificazione di gruppi con differenti livelli di rischio e complessità, per programmare interventi proporzionati ai bisogni. A questa si affiancano il coordinamento tra assistenza primaria, specialisti e servizi sociali e il coinvolgimento di pazienti e caregiver nella definizione del piano di cura. L'obiettivo comprende il mantenimento delle capacità funzionali e la prevenzione delle complicanze che compromettono la vita quotidiana. Tra le novità, l'inserimento di obesità, epilessia ed endometriosi amplia inoltre l'attenzione verso condizioni che possono accompagnare le persone già nelle età giovani e adulte, confermando la necessità di affrontare la cronicità lungo tutto il corso della vita.

Per comprendere l'impatto delle diverse patologie occorre considerare non soltanto i decessi, ma anche gli anni di salute perduti: le principali cause di morte non coincidono necessariamente con quelle che determinano il maggiore carico di malattia. I DALY (Disability-Adjusted Life Year) che sommano gli anni persi per morte prematura e quelli vissuti con disabilità, permettono di cogliere entrambe le dimensioni e fanno emergere condizioni che, pur pesando poco sulla mortalità, accompagnano a lungo la vita delle persone e ne limitano il benessere[21].

Lo scarto è evidente fin dall'infanzia. Nel 2023, tra 0 e 14 anni, oltre la metà dei decessi si concentra in due soli gruppi di cause, ossia le patologie materne e neonatali e le anomalie congenite, sia nei maschi sia nelle femmine. Quando però si guarda agli anni di salute persi, il quadro cambia. Al primo posto si collocano i disturbi mentali, responsabili del 25,5% dei DALY nei maschi e del 29,7% nelle femmine. Alla tutela della sopravvivenza nei primi anni di vita deve quindi affiancarsi la capacità di intercettare per tempo condizioni che, pur comportando un rischio di morte contenuto, possono segnare in profondità lo sviluppo e il benessere di bambini e ragazzi.

Con l'ingresso nell'età giovane e adulta, emergono differenze significative nelle cause di morte tra uomini e donne. Tra i 15 e i 49 anni, negli uomini le lesioni involontarie causano da sole il 24,9% dei decessi. Se si aggiungono incidenti da trasporto, autolesionismo e violenza interpersonale, la quota sale al 44,3%. Quasi una morte su due è dunque riconducibile a cause esterne, che delineano un'area di mortalità prematura su cui la prevenzione può agire in modo mirato. Tra le donne della stessa fascia d'età la prima causa di morte è invece rappresentata dalle neoplasie, che spiegano quasi la metà dei decessi (49,7%).

19 Ibid.
20 Ministero della Salute (2025), "Piano Nazionale della Cronicità". Accordo in Conferenza Stato-Regioni del 23 ottobre 2025.
21 Per i valori di DALY e decessi attribuibili alle varie malattie che vengono presentati nel resto del Paragrafo si è fatto riferimento alle stime 2023 di Global Burden of Disease.

È però guardando ai DALY che emerge il volto meno visibile di questa fase della vita. Tra le donne di 15-49 anni i disturbi mentali assorbono il 20,3% del carico di malattia e quelli muscoloscheletrici il 16,5%. Seguono i disturbi neurologici (11,3%) e le malattie ginecologiche (10,3%). Tra gli uomini i disturbi mentali (16,1%) pesano quasi quanto le lesioni involontarie (16,2%), mentre i disturbi muscoloscheletrici raggiungono il 13,4%. Sono bisogni che attraversano gli anni dello studio, del lavoro e della costruzione di una famiglia, e che rischiano di restare in ombra quando lo sguardo si ferma alla mortalità.

Tra i 50 e i 69 anni le neoplasie diventano la causa di morte dominante, con il 44,4% dei decessi negli uomini e il 58,5% nelle donne. Il loro peso sul carico complessivo di malattia si ferma tuttavia a circa un quarto dei DALY in entrambi i sessi. Una quota rilevante degli anni di salute perduti dipende infatti da altre condizioni, come i disturbi muscoloscheletrici nelle donne (18,4%) e le malattie cardiovascolari negli uomini (14,8%). In questa fase allungare la sopravvivenza non è sufficiente: conta altrettanto preservare la funzionalità fisica, contenere il dolore e garantire continuità alla vita personale e professionale.

Dopo i 70 anni le malattie cardiovascolari diventano prima causa di morte e di DALY, negli uomini come nelle donne, seguite dalle neoplasie. Il peso delle altre patologie sugli anni di salute persi varia però a seconda del sesso. Negli uomini patologie cardiovascolari e neoplasie valgono ciascuna circa un quarto dei DALY. Nelle donne, dopo le malattie cardiovascolari (25% dei DALY), si collocano con un peso quasi equivalente le neoplasie (16,7%) e i disturbi neurologici (16%). Questi ultimi incidono in misura significativa anche sulla mortalità femminile, con il 17,3% dei decessi[22].

0 – 14 anni

	MASCHI		FEMMINE	
1	Patologie materne e neonatali	29,6%	Patologie materne e neonatali	28,5%
2	Anomalie congenite	24,7%	Anomalie congenite	28,2%
3	Neoplasie	12,2%	Neoplasie	12,8%
4	Lesioni involontarie	10,2%	Lesioni involontarie	7,7%
5	Disturbi endocrini, metabolici, ematologici e immunitari	4,5%	Disturbi endocrini, metabolici, ematologici e immunitari	4,3%

15 – 49 anni

	MASCHI		FEMMINE	
1	Lesioni involontarie	24,9%	Neoplasie	49,7%
2	Neoplasie	22,5%	Lesioni involontarie	12,9%
3	Malattie cardiovascolari	13,9%	Malattie cardiovascolari	9,0%
4	Incidenti da trasporto	10,1%	Autolesionismo e violenza interpersonale	5,4%
5	Autolesionismo e violenza interpersonale	9,3%	Incidenti da trasporto	3,8%

50 – 69 anni

	MASCHI		FEMMINE	
1	Neoplasie	44,4%	Neoplasie	58,5%
2	Malattie cardiovascolari	21,4%	Malattie cardiovascolari	14,4%
3	Lesioni involontarie	8,5%	Disturbi neurologici	6,2%
4	Malattie dell'apparato digerente	5,8%	Lesioni involontarie	5,1%
5	Disturbi neurologici	3,8%	Malattie dell'apparato digerente	4,1%

≥ 70 anni

	MASCHI		FEMMINE	
1	Malattie cardiovascolari	31,5%	Malattie cardiovascolari	36,1%
2	Neoplasie	29,9%	Neoplasie	20,5%
3	Disturbi neurologici	10,0%	Disturbi neurologici	17,3%
4	Malattie respiratorie croniche	6,5%	Diabete e malattie renali	6,0%
5	Diabete e malattie renali	6,2%	Infezioni respiratorie e tubercolosi	5,1%

Figura 8. Prime cinque cause di decessi per fascia di età e per sesso (% sul totale), 2023

Fonte: TEHA Group su dati Global Burden of Disease, 2026

22 Tra le persone di almeno 70 anni, il confronto tra uomini e donne risente anche della diversa composizione per età dei due gruppi: le differenze osservate non possono quindi essere interpretate direttamente come differenze di rischio a parità di età.

0 – 14 anni

	MASCHI		FEMMINE	
1	Disturbi mentali	25,5%	Disturbi mentali	29,7%
2	Patologie materne e neonatali	13,4%	Anomalie congenite	11,3%
3	Anomalie congenite	12,3%	Patologie materne e neonatali	10,5%
4	Malattie della cute e sottocute	7,7%	Disturbi neurologici	7,7%
5	Lesioni involontarie	7,3%	Malattie della cute e sottocute	6,2%

15 – 49 anni

	MASCHI		FEMMINE	
1	Lesioni involontarie	16,2%	Disturbi mentali	20,3%
2	Disturbi mentali	16,1%	Disturbi muscoloscheletrici	16,5%
3	Disturbi muscoloscheletrici	13,4%	Disturbi neurologici	11,3%
4	Neoplasie	8,2%	Malattie ginecologiche	10,3%
5	Malattie cardiovascolari	5,8%	Neoplasie	8,7%

50 – 69 anni

	MASCHI		FEMMINE	
1	Neoplasie	25,5%	Neoplasie	24,4%
2	Malattie cardiovascolari	14,8%	Disturbi muscoloscheletrici	18,4%
3	Disturbi muscoloscheletrici	10,7%	Disturbi mentali	8,5%
4	Lesioni involontarie	10,1%	Disturbi neurologici	8,0%
5	Diabete e malattie renali	5,5%	Malattie cardiovascolari	7,0%

≥ 70 anni

	MASCHI		FEMMINE	
1	Malattie cardiovascolari	25,1%	Malattie cardiovascolari	25,0%
2	Neoplasie	25,0%	Neoplasie	16,7%
3	Disturbi neurologici	9,7%	Disturbi neurologici	16,0%
4	Diabete e malattie renali	6,6%	Disturbi muscoloscheletrici	7,3%
5	Malattie respiratorie croniche	5,8%	Diabete e malattie renali	5,9%

Figura 9. Prime cinque cause di DALY per fascia di età e per sesso (% sul totale), 2023

Fonte: TEHA Group su dati Global Burden of Disease, 2026

Tra i disturbi neurologici delle età avanzate un ruolo preminente spetta alle malattie neurodegenerative. In Italia si stima che oltre 1,4 milioni di persone convivano con una forma di demenza, la cui causa più comune è la malattia di Alzheimer: si tratta del 2,4% della popolazione totale, la quota più alta dell'Unione Europea; per effetto dell'invecchiamento potrebbero diventare circa 2,2 milioni entro il 2050, e due su tre sono donne[23]. Un'altra patologia neurodegenerativa di rilievo è la malattia di Parkinson, con cui convivono circa 300.000 persone in Italia[24]. Sono patologie che erodono progressivamente l'autonomia e generano bisogni assistenziali prolungati che coinvolgono direttamente le famiglie e i caregiver. La prevenzione può tuttavia incidere anche su queste patologie: secondo la Commissione Lancet, quasi la metà dei casi di demenza potrebbe essere prevenuta o ritardata intervenendo su 14 fattori di rischio modificabili distribuiti lungo tutta la vita, dalla bassa scolarità all'ipertensione, dalla perdita dell'udito all'isolamento sociale[25]. Per rispondere all'impatto sanitario e sociale delle demenze, la proposta di Piano Nazionale Demenze (PND) 2027–2031 punta a rendere più tempestiva la diagnosi e a costruire percorsi di assistenza che colleghino domicilio, centri diurni e strutture residenziali lungo l'evoluzione della malattia. Il documento prevede il rafforzamento del personale dedicato, interventi di formazione e sostegno ai caregiver e indicatori comuni per verificare l'attuazione delle azioni e i risultati raggiunti[26].

La longevità riguarda da vicino anche le giovani generazioni, perché ne saranno le principali beneficiarie e al tempo stesso saranno chiamate a confrontarsi con le conseguenze economiche e sociali di una popolazione sempre più anziana. Sono generazioni meno numerose di quelle che le hanno precedute, che entrano più tardi nel mercato del lavoro e costruiscono la propria autonomia attraverso

23 Alzheimer Europe (2026), "The Prevalence of Dementia in Europe 2025". Le stime applicano tassi di prevalenza per età e sesso alle proiezioni demografiche delle Nazioni Unite.
24 Istituto Superiore di Sanità, 2026.
25 Livingston G. et al. (2024), "Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission". Lancet.
26 Proposta di Piano presentata a Roma il 21 settembre 2026 da parte del Ministero della Salute. Il testo è stato approvato dal Tavolo permanente sulle demenze l'8 settembre 2026. Il piano dovrà passare dall'approvazione della Conferenza Unificata.

percorsi spesso discontinui. Nel 2025 oltre 1,1 milioni di ragazzi tra 15 e 29 anni non studiano, non lavorano e non seguono percorsi di formazione: il 13,3% dei coetanei, una quota in calo negli ultimi anni ma ancora lontana dall'obiettivo europeo del 9%[27]. A pesare sono anche bisogni di salute meno visibili, ma non per questo meno profondi. In Italia oltre 700.000 giovani convivono con disturbi come ansia e depressione, e circa tre problemi di salute mentale su quattro si manifestano entro i 24 anni[28]: è in questa fase della vita, dunque, che il riconoscimento precoce e l'intervento tempestivo assumono particolare rilevanza. Sono condizioni che incidono sullo studio, sul lavoro e sulla capacità di pianificare il futuro, e che possono accompagnare la persona per decenni se non vengono riconosciute per tempo. È per questo che il Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale (PASM) 2025-2030, approvato nel dicembre 2025 dopo oltre dieci anni dal precedente, dedica un'attenzione particolare all'infanzia, all'adolescenza e alla delicata transizione verso l'età adulta, puntando su una presa in carico precoce del disagio psicologico prima che evolva in forme più complesse[29].

A bisogni che cambiano con l'età devono corrispondere interventi di prevenzione lungo tutto il corso della vita. Tra questi rientra l'immunizzazione. Il Calendario nazionale vaccinale italiano, uno dei più completi al mondo, accompagna la persona sin dall'infanzia, con offerte dedicate all'età adulta e anziana e alle categorie a rischio, a protezione da virus e infezioni come influenza, pneumococco ed herpes zoster, che negli anziani e nei malati cronici possono aggravare le patologie esistenti e concorrere a una perdita di autonomia che, con l'avanzare dell'età, diventa sempre più difficile recuperare. I tassi di copertura restano però lontani dagli obiettivi definiti dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale[30].

Un ruolo altrettanto rilevante per la prevenzione e la diagnosi precoce spetta agli screening, che si rivolgono a persone apparentemente sane in modo da diagnosticare una malattia, o individuare il rischio di svilupparla, prima che si manifesti. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce gratuitamente, con chiamata attiva, i programmi organizzati per i tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto, insieme a uno screening neonatale tra i più estesi al mondo; anche qui, però, l'adesione è spesso insufficiente e disomogenea sul territorio[31].

Ridurre i decessi prematuri resta dunque essenziale, ma occorre anche prevenire le complicanze e preservare autonomia e capacità funzionali quando la malattia è presente. Da questi esiti dipendono anche l'intensità e la durata dei bisogni assistenziali e le possibilità di partecipazione alla vita lavorativa e sociale.

2.3 L'IMPATTO ECONOMICO E SOCIALE DELLA NON BUONA SALUTE

La convivenza prolungata con la malattia ha conseguenze economiche e sociali che coinvolgono le famiglie, il sistema sanitario e il mercato del lavoro. Alle risorse assorbite dall'assistenza sanitaria e sociale si aggiungono la perdita di autonomia, il tempo dedicato alla cura da parte dei familiari e dei caregiver e, nelle età lavorative, le assenze e la riduzione della capacità di partecipare alla vita lavorativa.

La prima dimensione di questo impatto riguarda senza dubbio la domanda di assistenza sanitaria. Il modello previsionale di Meridiano Sanità, approfondito nel Capitolo 9 del presente Rapporto, mette in relazione fattori economici, come l'andamento del PIL e della spesa

27 ISTAT, 2026. Il target del 9% è stato stabilito dalla Commissione Europea nel Piano d'azione sul pilastro europeo dei diritti sociali (2021), che prevede di ridurre entro il 2030 la quota di giovani tra 15 e 29 anni che non studiano e non lavorano dal 12,6% registrato nel 2019 a livello europeo al 9%.
28 OCSE (2025), "Promoting good mental health in children and young adults".
29 Ministero della Salute (2025), "Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM) 2025-2030". Accordo in Conferenza Unificata del 29 dicembre 2025.
30 Per approfondire il tema delle campagne di immunizzazione in Italia si rimanda al Capitolo 4 del presente Rapporto.
31 Osservatorio Nazionale Screening, 2026

sanitaria pro capite, fattori demografici, legati alla consistenza e alla struttura per età della popolazione, e fattori epidemiologici, relativi alla prevalenza delle patologie e dei principali fattori di rischio[32]. Il confronto tra il profilo ricostruito per il 2019 e quello stimato per il 2026 mostra come la spesa si distribuisce nelle diverse fasi della vita.

La spesa sanitaria pro capite, elevata nel primo anno di vita, si mantiene su livelli contenuti nell'infanzia e nella giovinezza, per poi aumentare nell'età adulta e crescere più rapidamente dopo i 65 anni. Nel 2026 la spesa sanitaria annua pro capite stimata è di circa 2.029 euro tra i 60 e i 64 anni, più che raddoppia tra i 65 e i 69, con 4.269 euro, e raggiunge 5.712 euro tra gli 80 e gli 84 anni, circa 2,8 volte il valore dei 60–64enni.

Rispetto al 2019 i valori nelle età anziane risultano in crescita: la spesa pro capite passa da 3.820 a 4.269 euro tra i 65 e i 69 anni (+11,8%), da 3.914 a 4.496 euro tra i 70 e i 74 (+14,9%) e da 5.041 a 5.712 euro tra gli 80 e gli 84 (+13,3%). Nel modello, all'aumento della popolazione nelle fasce con maggiori bisogni assistenziali si somma dunque un aumento della spesa per persona.

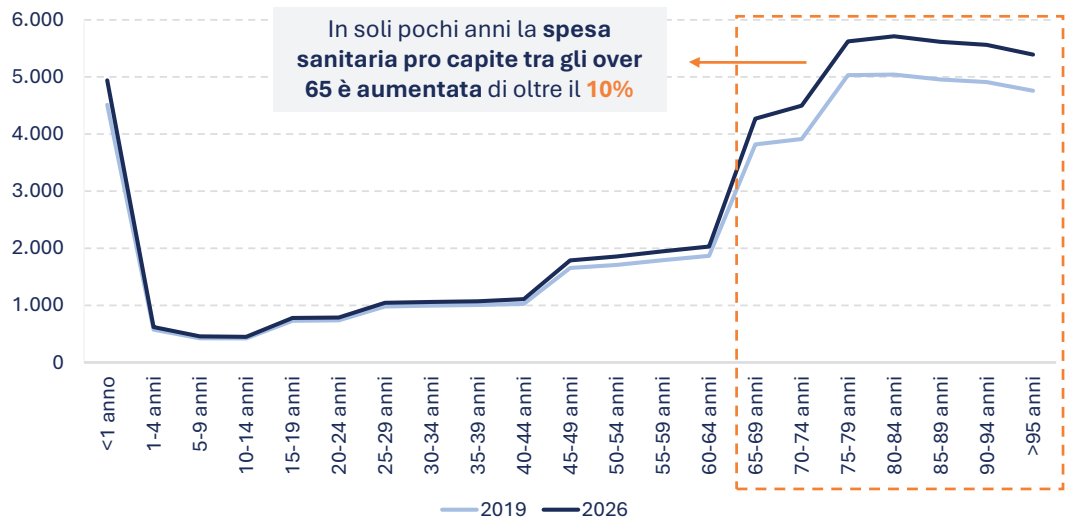


Figura 10. Spesa sanitaria pubblica annua pro capite per fascia d'età secondo il modello previsionale di Meridiano Sanità (euro), 2019 e 2026

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati ISTAT, Eurostat, Ragioneria Generale dello Stato e Global Burden of Disease, 2026.

L'invecchiamento può quindi accrescere il fabbisogno di risorse sanitarie anche in presenza di una diminuzione dei residenti: la spesa complessiva dipende sia dalla spesa media per persona in ciascuna fascia d'età sia dal numero di persone che vi appartengono. Alla pressione sulla spesa si affianca quella sulle risorse disponibili per finanziarla, legata alla prevista riduzione della forza lavoro e alle sue conseguenze sulle entrate fiscali e contributive.

32 Per un approfondimento sul modello previsionale di Meridiano Sanità si rimanda al Capitolo 9 del presente Rapporto. Per la metodologia e le ipotesi iniziali, si veda il Capitolo 8 del XVIII Rapporto Meridiano Sanità.

Nello scenario mediano ISTAT la forza lavoro di età compresa tra 15 e 64 anni scenderebbe da 24,8 milioni nel 2025 a 21,4 milioni nel 2050[33], nonostante l'aumento previsto della partecipazione, e già entro il 2029 circa 3 milioni di occupati andranno sostituiti, in larga parte per pensionamento[34]. L'effetto sulle entrate pubbliche dipenderà anche da occupazione effettiva, produttività e redditi: in questo scenario, migliorare la salute durante la vita lavorativa significa preservare anche una delle risorse su cui poggia la sostenibilità economica e sociale del Paese.

Nelle età lavorative, la cattiva salute può inoltre ridurre la produttività. Una stima di Meridiano Sanità permette di dare una dimensione economica a questo legame. Nel 2023 le malattie infettive e non trasmissibili erano responsabili in Italia di quasi 19 milioni di DALY: circa 8,8 milioni, poco meno della metà, riguardano la popolazione in età lavorativa, con un carico maggiore tra le donne.

La valorizzazione economica di questa componente restituisce un impatto stimato di 96 miliardi di euro, pari al 4,2% del PIL italiano[35]. Si tratta, peraltro, soltanto di una parte dell'impatto economico e sociale della cattiva salute. Oltre metà degli anni di salute persi si colloca però al di fuori dell'età lavorativa, includendo una quota rilevante di anni di salute persi nelle età anziane. In queste fasce d'età, il costo della malattia si manifesta soprattutto attraverso una maggiore domanda di assistenza e la perdita di autonomia, con conseguenze che ricadono anche sulle famiglie e sulle reti informali di cura e che non sono catturate dalla stima della produttività.

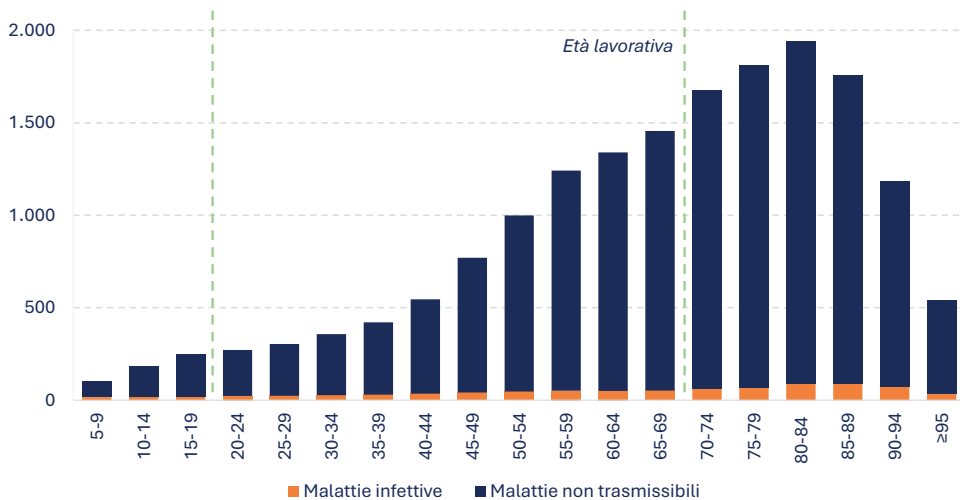


Figura 11. Numero di DALY attribuibili alle malattie infettive e non trasmissibili per fascia di età in Italia (migliaia), 2023

Fonte: TEHA Group su dati Global Burden of Disease, 2026

È proprio sul terreno della perdita di autonomia che l'impatto della cattiva salute incontra quello delle trasformazioni familiari. La dimensione economica è strettamente legata a quella delle reti di sostegno. Secondo le previsioni ISTAT, le persone con almeno 65 anni che vivono sole potrebbero passare da 4,6 milioni nel 2025 a 6,6 milioni nel 2050, e in circa sette casi su dieci si tratta di donne. Vivere soli non

33 ISTAT (2026), "Previsioni della popolazione residente, delle famiglie e delle forze di lavoro".
34 Dati del Sistema Informativo Excelsior di Unioncamere.
35 Valorizzazione economica degli anni persi (in forma di DALY) calcolata come il Valore Aggiunto generato da ciascun individuo, allo status occupazionale (occupato, disoccupato) e alle ore lavorate (8 ore al giorno).

equivale a essere privi di relazioni o di autonomia, ma può sicuramente rendere più difficile rispondere ai crescenti bisogni assistenziali. Parallelamente, famiglie meno numerose implicano reti potenzialmente più ristrette su cui distribuire i compiti di cura.

Servizi domiciliari e sostegni ai caregiver assumono perciò un rilievo sempre maggiore, perché l'organizzazione della cura non dipenda soltanto dalle possibilità della singola famiglia. Già oggi l'assistenza informale riveste nel nostro Paese un ruolo determinante: nel 2024 un adulto su quattro (oltre 12 milioni di persone) presta attività di cura a familiari o conoscenti, con un carico che ricade soprattutto sulle donne[36]. ISTAT descrive efficacemente questa trasformazione parlando di reti familiari sempre più "strette e lunghe": più generazioni convivono nel tempo, ma ciascuna può contare su un numero inferiore di persone con cui condividere responsabilità e bisogni di cura.

Preservare la salute e l'autonomia nelle età avanzate non soltanto riduce il bisogno di assistenza, ma consente alle persone di continuare a contribuire alla vita familiare e sociale. Nel biennio 2023-2024 il 29% delle persone con almeno 65 anni rappresentava una risorsa per la famiglia o per la comunità, attraverso attività di aiuto, accudimento o volontariato[37]. Si tratta di un contributo che gli indicatori economici colgono in minima parte, ma che sostiene la vita quotidiana delle famiglie, a partire dalla cura dei nipoti che consente a molti genitori di conciliare lavoro e famiglia, e alimenta la continuità delle relazioni tra generazioni. Aumentare gli anni vissuti in buona salute significa quindi prolungare il tempo nel quale le persone possono continuare a essere autonome e parte attiva delle proprie comunità.

La crescente attenzione alle diverse generazioni emerge anche da due interventi annunciati nell'ambito del disegno di legge di Bilancio per il 2027 approvato dal Consiglio dei Ministri il 28 ottobre scorso. Per gli over 75 con una pensione fino a 28.000 euro annui si propone un voucher sanitario di 300 euro, destinato a sostenere spese non coperte dal SSN, tra cui farmaci e visite specialistiche. Per i nuovi nati è stata invece annunciata l'apertura di una posizione presso l'INPS, con un contributo pubblico iniziale di 100 euro e la possibilità per i familiari di alimentarla nel tempo; le risorse accumulate potranno essere utilizzate una volta raggiunta la maggiore età per lo studio, l'avvio di un'attività o la previdenza complementare. Pur con finalità differenti, i due strumenti portano l'attenzione su esigenze che una società sempre più longeva è chiamata ad affrontare congiuntamente: sostenere i bisogni delle persone anziane e ampliare le opportunità delle generazioni che avranno davanti una vita più lunga.

Il valore di questi interventi dipenderà anche dalla loro integrazione con servizi e politiche di lungo periodo. Il sostegno alle spese sanitarie deve accompagnarsi alla disponibilità di cure accessibili e appropriate; l'accumulo di risparmi per i giovani non può prescindere dall'offerta di istruzione e lavoro di qualità.

36 ISTAT (2026), "Aiuti dati, ricevuti e reti di solidarietà - Anno 2024".
37 ISS – Sorveglianza PASSI d'Argento.

3. SALUTE DELLE DONNE: L'EQUITÀ COME LEVA DI INNOVAZIONE

Le donne rappresentano una risorsa fondamentale per il benessere, la coesione sociale e la crescita economica del Paese. Eppure, in Italia così come in molti altri Paesi continuano a scontare un paradosso sanitario: pur vivendo più a lungo degli uomini, trascorrono un numero maggiore di anni convivendo con malattie croniche, disabilità e limitazioni funzionali. Una condizione che assume un rilievo ancora maggiore se si considera il ruolo crescente e centrale svolto nella società e nell'economia: oggi le donne sono il 43% della forza lavoro, circa il 70% degli occupati nel settore sanitario[1] e continuano a sostenere gran parte delle attività di cura rivolte a figli, genitori anziani e familiari fragili.

In molti casi, le fragilità che limitano il potenziale di benessere e salute femminile emergono precocemente, stratificandosi e accompagnando le donne lungo tutto il corso della vita. Un esempio riguarda proprio le giovani generazioni in cui, tra le ragazze, si osservano livelli di benessere psicologico inferiori rispetto ai coetanei maschi, una maggiore diffusione di ansia e disagio emotivo e un'esposizione più marcata a pressioni sociali che influenzano salute, stili di vita e percezione di sé. Con l'avanzare dell'età, il peso delle patologie croniche aumenta e si somma a un fenomeno ancora poco visibile: molte condizioni che interessano prevalentemente le donne continuano a essere diagnosticate tardi, sottovalutate o non adeguatamente riconosciute.

Dal dolore cronico alle malattie cardiovascolari, fino ad alcune patologie neurologiche e autoimmuni, le differenze biologiche e di genere faticano ancora a trovare piena integrazione nella ricerca, nella pratica clinica e nell'organizzazione dei servizi. Ne derivano ritardi diagnostici, percorsi di cura meno efficaci e opportunità mancate sul piano della prevenzione, con effetti che incidono sulla qualità della vita delle persone e sulla sostenibilità complessiva del sistema.

Anche per questo, guardare alla salute delle donne significa osservare con chiarezza alcune delle principali trasformazioni che stanno interessando non solo il Servizio Sanitario Nazionale ma anche il futuro della sanità italiana e del nostro sistema socio-economico. Le sfide che oggi emergono con maggiore evidenza nella fascia femminile – dall'invecchiamento demografico e l'aumento delle cronicità alla crescente domanda di supporto psicologico, dalla gestione della non autosufficienza al peso del caregiving – sono le stesse che, nei prossimi anni, interesseranno quote sempre più ampie della popolazione.

Comprenderle e affrontarle rappresenta un'opportunità per costruire un sistema sanitario più forte e più inclusivo, maggiormente capace di rispondere alle esigenze di tutti i cittadini. In questo senso, la salute femminile può essere letta come una cartina tornasole dell'abilità del sistema di rispondere ai bisogni – nuovi o ancora irrisolti – di una parte importante della popolazione, un banco di prova della capacità del sistema sanitario di essere più equo e sostenibile.

1 ISTAT, 2025.

3.1 LA SALUTE DELLE DONNE COME INDICATORE DI EQUITÀ E DI BENESSERE SOCIO-ECONOMICO

Per lungo tempo la salute delle donne è stata letta principalmente attraverso la lente della maternità e della salute riproduttiva. Oggi questa visione appare insufficiente. Come anticipato in apertura del Capitolo, le principali sfide che interessano la popolazione femminile riguardano infatti temi sempre più centrali per l'intero SSN: la crescita delle cronicità, l'aumento dei disturbi mentali, l'invecchiamento della popolazione, la gestione della non autosufficienza e la necessità di sviluppare modelli di cura più personalizzati.

In questo senso, la salute delle donne è uno dei primi ambiti in cui diventano visibili le trasformazioni che stanno ridefinendo la domanda di salute del Paese. Molte delle condizioni che oggi emergono con maggiore evidenza nella popolazione femminile anticipano infatti bisogni destinati a interessare quote sempre più ampie della popolazione nei prossimi anni.

Un primo segnale arriva dalle giovani generazioni. In Italia, così come nel resto del continente europeo, le giovani donne tendono a valutare il proprio stato di salute in modo meno positivo rispetto ai coetanei maschi. Solo il 15% definisce «ottimo» il proprio stato di benessere generale, a fronte del 28,6% dei ragazzi, mentre il 21,7% valuta positivamente il proprio stato di salute fisica, contro il 31,4% dei coetanei. Anche la qualità dell'ambiente di vita viene percepita meno favorevolmente: il 53,2% delle giovani donne esprime una valutazione positiva rispetto al 67,1% dei ragazzi[2].

Queste percezioni sono profondamente legate al contesto socio-economico in cui sono inserite. Le giovani donne registrano infatti un divario salariale medio negativo di circa 737 euro al mese rispetto ai propri coetanei, una differenza che riflette una maggiore precarietà occupazionale e minore stabilità economica. Non sorprende quindi che il 68% delle donne ritenga di essere penalizzata nel lavoro quando prende un congedo, elemento che contribuisce a un senso diffuso di incertezza e vulnerabilità[3].

Le differenze emergono anche sul piano del benessere relazionale e psicologico. Oggi i disturbi d'ansia costituiscono la principale causa di perdita di anni di vita in buona salute tra le ragazze tra i 15 e i 24 anni[4], mentre oltre l'80% delle giovani donne dichiara di aver sentito negli ultimi cinque anni il bisogno di rivolgersi a un professionista della salute mentale. Tuttavia, una parte significativa di questo bisogno resta insoddisfatta: il 31,5% dichiara di non aver intrapreso un percorso terapeutico nonostante ne percepisse la necessità (contro il 24% dei ragazzi)[5]. La salute mentale emerge quindi come uno dei primi ambiti in cui si manifesta una distanza tra bisogni di salute e capacità di risposta del sistema.

La stessa evoluzione demografica del Paese assume una particolare rilevanza se osservata dal punto di vista femminile. Oggi circa i due terzi degli ultra-ottantacinquenni sono donne e oltre l'80% degli ultracentenari appartiene alla popolazione femminile. È per questo che la longevità, ad oggi, è soprattutto una sfida femminile. La maggiore longevità delle donne rispetto agli uomini è il risultato di diversi fattori biologici, comportamentali e sociali. Dal punto di vista biologico, alcune caratteristiche genetiche e ormonali offrono alle donne una maggiore protezione rispetto a determinate patologie e ai processi degenerativi legati all'invecchiamento. A questi si affiancano fattori legati agli stili di vita: le donne tendono infatti ad adottare comportamenti generalmente più attenti alla salute, con una maggiore propensione alla prevenzione e ai controlli medici e una minore esposizione a comportamenti a rischio. Anche le dimensioni sociali e culturali giocano un ruolo importante, poiché le donne sviluppano spesso reti relazionali e di supporto più solide, che favoriscono il benessere psicologico e la capacità di affrontare le difficoltà legate all'età.

2 Consiglio Nazionale Giovani (2025), "Indice Well-Fare | Terzo Rapporto: Benessere e stato di salute dei giovani".
3 Ibid.
4 Seguiti da sindrome da cefalea e malattie ginecologiche.
5 Consiglio Nazionale Giovani (2025), "Indice Well-Fare | Terzo Rapporto: Benessere e stato di salute dei giovani".

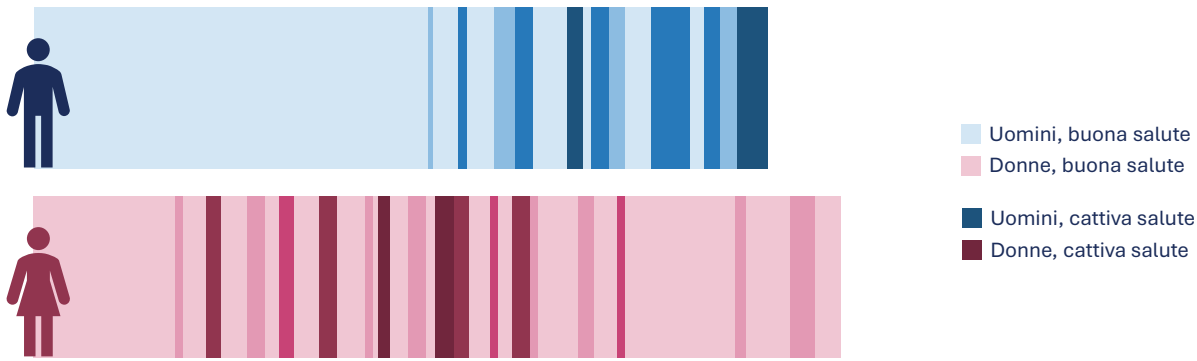


Figura 1. Stato di salute per genere e fase della vita (illustrativo, dati globali), 2025
Fonte: TEHA Group su dati WEF, 2026

Le dinamiche sociali assumono un rilievo ancora maggiore nelle età più avanzate, soprattutto alla luce delle tendenze demografiche che caratterizzano il Paese. In Italia, secondo i dati più recenti, circa 9,7 milioni di persone vivono sole, di cui 5,3 milioni sono donne, pari al 55% del totale. Un numero destinato ad aumentare in maniera più che proporzionale: le proiezioni indicano che entro il 2050 gli italiani che vivranno da soli potrebbero superare gli 11 milioni, di cui circa 6,2 milioni di donne[6].

La maggiore incidenza della solitudine femminile è strettamente collegata alla maggiore longevità delle donne che, vivendo mediamente più a lungo, restano più frequentemente senza partner e affrontano spesso situazioni di fragilità economica e sociale. Situazioni che influiscono non solo sul benessere emotivo ma anche sulla salute fisica, aumentando il rischio di depressione, declino cognitivo e sviluppo di demenze, malattie croniche (basti pensare che più di 1 donna over 75 su 2 convive con almeno 3 patologie croniche o con gravi limitazioni nelle attività quotidiane) e malnutrizione e alimentando un circolo vizioso di progressivo isolamento. L'invecchiamento, dunque, è sempre più una questione che riguarda la salute delle donne e la capacità dei servizi sanitari e sociali di accompagnare percorsi di vita più lunghi e più complessi.

Anche il mercato del lavoro racconta un cambiamento profondo. Le donne over 50 rappresentano oggi quasi il 40% delle lavoratrici dipendenti italiane, una quota che vent'anni fa era pari al 17%. Si tratta di uno dei gruppi occupazionali che sta crescendo più rapidamente in Europa[7]. Questo fenomeno riflette sia l'invecchiamento della popolazione, sia gli effetti delle riforme pensionistiche, che hanno esteso la permanenza nel mercato del lavoro con un impatto particolarmente rilevante sulla componente femminile. Tale evoluzione impone di guardare con maggiore attenzione a condizioni spesso sottovalutate come la menopausa, i disturbi muscoloscheletrici, le patologie cardiovascolari e la salute mentale, fattori che incidono sempre più direttamente sulla partecipazione lavorativa e sulla produttività.

6 ISTAT, 2026.
7 Eurostat, 2026.

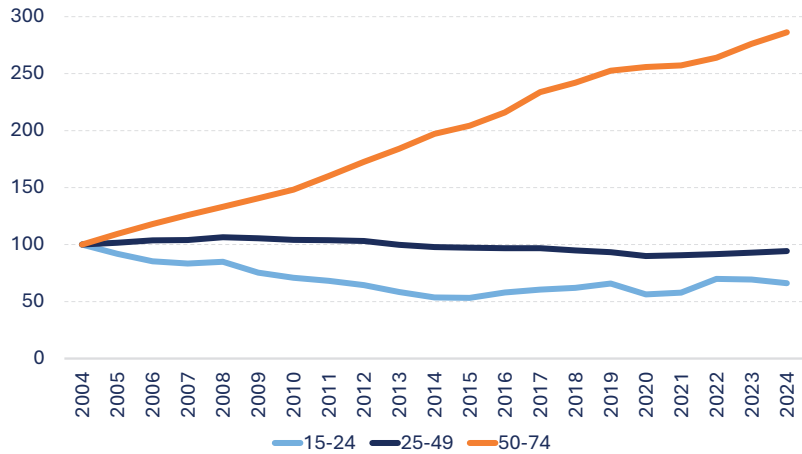


Figura 2. Occupazione femminile dipendente per classe d'età in Italia (valori in base 100, 2004 = anno indice), 2004-2024
Fonte: TEHA Group su dati Eurostat e ISTAT, 2026

Eppure, nonostante la crescente partecipazione, il contesto lavorativo non sempre è adeguatamente attrezzato per rispondere ai bisogni di salute specifici delle donne. Secondo dati recenti, il 60% delle donne ritiene che questo tipo di esigenze possa limitare la progressione di carriera; meno della metà (esattamente il 47%) si sente a proprio agio nel chiedere soluzioni come flessibilità o strumenti adeguati, mentre solo il 42% ritiene di lavorare in un ambiente in cui sia possibile parlare apertamente di temi e problematiche legate alla salute femminile, come dismenorrea, endometriosi o disturbi della menopausa[8].

Se le principali sfide della salute femminile riflettono l'evoluzione della domanda di salute, le criticità che caratterizzano i percorsi di diagnosi e cura evidenziano invece alcuni limiti strutturali ancora presenti nel sistema. Molte condizioni continuano a essere riconosciute tardivamente o a ricevere una risposta non pienamente adeguata. L'endometriosi, per la quale possono trascorrere 6-7 anni prima di arrivare a una diagnosi corretta, rappresenta probabilmente il caso più noto, ma non l'unico. Fenomeni analoghi emergono nella gestione del dolore cronico, nella salute cardiovascolare e in alcune patologie neurologiche, dove differenze biologiche e sintomi specifici femminili continuano a essere poco considerati.

La questione diventa ancora più rilevante se si considera che circa la metà del carico di cattiva salute femminile deriva da patologie comuni ai due sessi ma che colpiscono le donne in modo diverso, più frequente o con manifestazioni differenti. Questo dato suggerisce come la salute delle donne non possa essere affrontata esclusivamente attraverso politiche dedicate a specifiche condizioni ginecologiche o riproduttive. Al contrario, richiede una revisione più ampia del modo in cui vengono prodotti i dati, condotta la ricerca, organizzati i servizi e progettati i percorsi assistenziali.

Per questa ragione, la salute delle donne non rappresenta un tema settoriale, ma uno dei banchi di prova più concreti della capacità del SSN di evolvere verso modelli di cura più personalizzati. Le soluzioni necessarie per rispondere ai bisogni della popolazione femminile – maggiore integrazione tra salute fisica e mentale, attenzione ai determinanti sociali, valorizzazione delle differenze individuali e utilizzo sistematico di dati disaggregati – coincidono sempre più con le direttrici lungo cui dovrà svilupparsi l'intero sistema sanitario negli anni a venire.

8 Ipsos (2024), "The gender health gap: its impact on working women in Canada". Sun Life.

3.1.1 La salute delle donne nell'Agenda europea

Negli ultimi anni la salute delle donne ha assunto una crescente rilevanza nell'agenda europea, pur in assenza di una strategia dedicata e autonoma. Attraverso strumenti come EU4Health, la Roadmap for Women's Rights del 2025 e la nuova Gender Equality Strategy 2026-2030, la Commissione Europea ha progressivamente integrato il tema delle disuguaglianze di genere nelle politiche sanitarie, sostenendo oltre 1.000 progetti di ricerca e innovazione sulla salute femminile per un valore superiore a 2 miliardi di euro[9].

Parallelamente, il Parlamento europeo ha rafforzato il proprio impegno sul tema. Oltre all'avvio di un'iniziativa parlamentare dedicata alle disuguaglianze di genere in salute, nel 2026 è stata avviata una nuova fase di approfondimento e raccolta di evidenze con l'obiettivo di identificare le principali criticità che alimentano il gender health gap europeo e valutare possibili azioni di policy. Al centro del dibattito figurano temi come i ritardi diagnostici, il pain bias, la sottorappresentazione delle donne nella ricerca clinica, la salute cardiovascolare femminile, la menopausa e l'accesso alle cure lungo tutto il corso della vita[10].

In questo contesto si inserisce anche la proposta della società civile per una EU Women's Health Strategy, coordinata dall'European Institute of Women's Health e presentata nel 2026 al Parlamento europeo, che propone per la prima volta una visione organica della salute femminile lungo tutto l'arco della vita, integrando prevenzione, ricerca, salute mentale, malattie cardiovascolari, endometriosi, menopausa, raccolta di dati disaggregati e accesso alle cure[11]. La proposta rappresenta un tentativo concreto di costruire una cornice strategica europea dedicata al superamento del gender health gap.

Il dibattito assume inoltre una rilevanza particolare nel contesto della riforma della legislazione farmaceutica europea attualmente in corso, che mira a migliorare accesso, disponibilità e innovazione terapeutica. Pur non essendo specificamente orientata alla salute delle donne, la riforma potrebbe contribuire a rafforzare la produzione di evidenze cliniche più rappresentative, favorire una maggiore attenzione ai bisogni medici ancora insoddisfatti e promuovere un accesso più equo alle innovazioni nei diversi Paesi membri. Parallelamente, politiche europee dedicate all'innovazione, agli investimenti e alla competitività potrebbero sostenere la crescita di un ecosistema europeo della salute delle donne, incentivando lo sviluppo e la produzione locale di soluzioni FemTech, dispositivi medici, strumenti digitali e tecnologie diagnostiche.

Un segnale importante arriva anche dall'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA), che nel 2026 ha avviato un programma dedicato a individuare le principali lacune nella ricerca e nello sviluppo di farmaci per la salute delle donne, rafforzando l'attenzione europea verso una medicina più rappresentativa e maggiormente rispondente ai bisogni femminili[12].

Nel complesso, emerge un messaggio sempre più chiaro: la salute delle donne non può più essere affrontata esclusivamente attraverso singoli dossier, come salute riproduttiva o oncologia, ma richiede una visione integrata che comprenda prevenzione, ricerca, accesso alle cure, raccolta di dati, innovazione e gestione delle patologie croniche lungo tutto l'arco della vita.

9 Commissione Europea (2025), "Women's Health".
10 European Parliament Research Service (2025), "Gender gap in health and healthcare: Implications for women".
11 European Institute of Women's Health, 2026.
12 European Medicine Agency, 2026.

3.2 GENDER HEALTH GAP: DALLE DIAGNOSI TARDIVE AL CARICO INVISIBILE DELLA CURA

A livello globale, negli ultimi trent'anni, il carico complessivo di malattia ha mostrato una tendenza alla riduzione sia tra gli uomini sia tra le donne. Tuttavia, tale miglioramento è stato più marcato nella popolazione maschile, determinando un ulteriore ampliamento del divario di salute tra i generi. Questo andamento sembra riflettere, almeno in parte, l'efficacia degli interventi di prevenzione e promozione della salute, che sembrano aver prodotto benefici più rilevanti per gli uomini.

Il quadro italiano segue invece una traiettoria diversa. Mentre a livello globale la riduzione del gap è ostacolata da progressi più rapidi nella popolazione maschile, in Italia il restringimento del divario non è associato a un miglioramento relativo della salute femminile, bensì a un aumento del carico di malattia che interessa entrambi i generi e che risulta più pronunciato tra gli uomini. Gli ultimi dati nazionali, riportati anche dal database Global Burden of Disease, evidenziano infatti un aumento del carico di malattia per entrambi i generi, con una crescita relativamente più accentuata nella popolazione maschile, che contribuisce alla riduzione del divario di genere complessivo (dal 7,9% al 3,2% tra il 2021 e il 2023)[13]. La riduzione del divario osservata in Italia non rappresenta quindi necessariamente un segnale positivo. In questo caso, la convergenza tra uomini e donne deriva infatti da un peggioramento relativamente più rapido delle condizioni di salute maschili, e non da un miglioramento dello stato di salute femminile.

Questa dinamica può essere letta anche alla luce delle trasformazioni demografiche in atto[14]. L'Italia è infatti uno dei Paesi più anziani al mondo e l'invecchiamento della popolazione comporta un aumento del peso delle patologie croniche e degenerative, che incidono in misura crescente sui DALY (Disability-Adjusted Life Years)[15]. In questo contesto, l'incremento del carico di malattia osservato negli ultimi anni può riflettere non solo differenze nei profili di rischio e nell'accesso alla prevenzione, ma anche l'effetto strutturale della transizione demografica sulla popolazione.

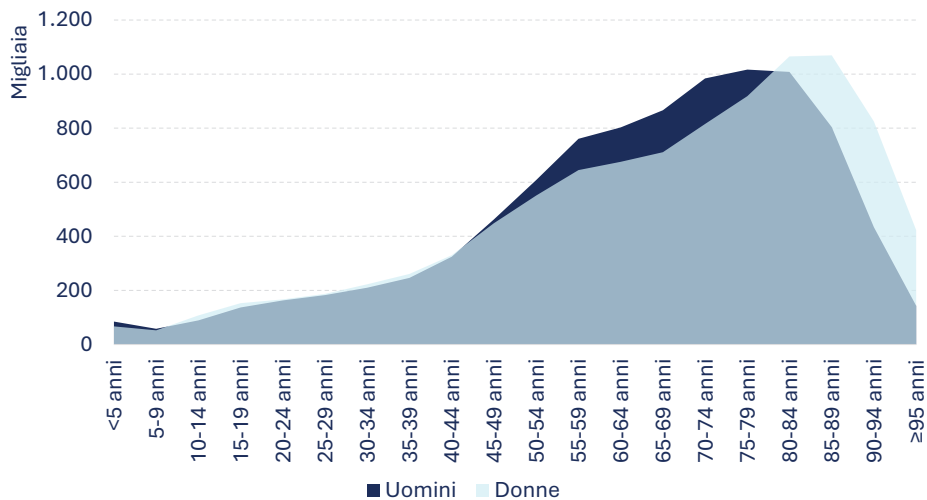


Figura 3. Distribuzione dei DALY della popolazione italiana per genere e fascia d'età (in migliaia), 2023

Fonte: TEHA Group su dati Global Burden of Disease, 2026

13 Global Burden of Disease, 2026.

14 L'interpretazione di tali trend richiede in ogni caso cautela, alla luce di possibili effetti legati a variazioni nei sistemi di rilevazione, aggiornamenti della metodologia di raccolta e classificazione dei dati a livello internazionale e shock esogeni recenti.

15 Il DALY sintetizza gli anni di vita persi a causa di malattia, disabilità o morte prematura, permettendo di delineare con maggiore precisione la distribuzione della cattiva salute tra i generi.

Se il gender health gap è il risultato di molteplici fattori che si accumulano nelle diverse fasi della vita, fattori biologici ma anche disuguaglianze sociali e lavorative, maggiore esposizione a determinati fattori di rischio, fino alla diversa percezione e gestione della salute fisica e mentale, è anche vero che non tutte le disuguaglianze sono immediatamente visibili. Alcune si manifestano attraverso tempi di diagnosi più lunghi, altre attraverso percorsi di cura meno appropriati, altre ancora attraverso un lavoro di assistenza e supporto che rimane largamente invisibile pur rappresentando una componente essenziale del welfare del Paese. Guardando alla salute delle donne, diagnosi tardive e carichi di cura costituiscono due facce della stessa medaglia: entrambe raccontano una difficoltà nel riconoscere bisogni che, pur essendo diffusi e impattanti, continuano spesso a rimanere ai margini del dibattito sanitario.

Alla base di molti ritardi diagnostici vi è una questione di conoscenza, ma anche di cultura. Per decenni la ricerca medica e la sperimentazione clinica hanno utilizzato il corpo maschile come modello prevalente di riferimento. Il risultato è che numerose patologie comuni a uomini e donne continuano a essere conosciute e interpretate principalmente attraverso manifestazioni cliniche tipicamente maschili, mentre condizioni che interessano prevalentemente la popolazione femminile hanno ricevuto minore attenzione scientifica e clinica.

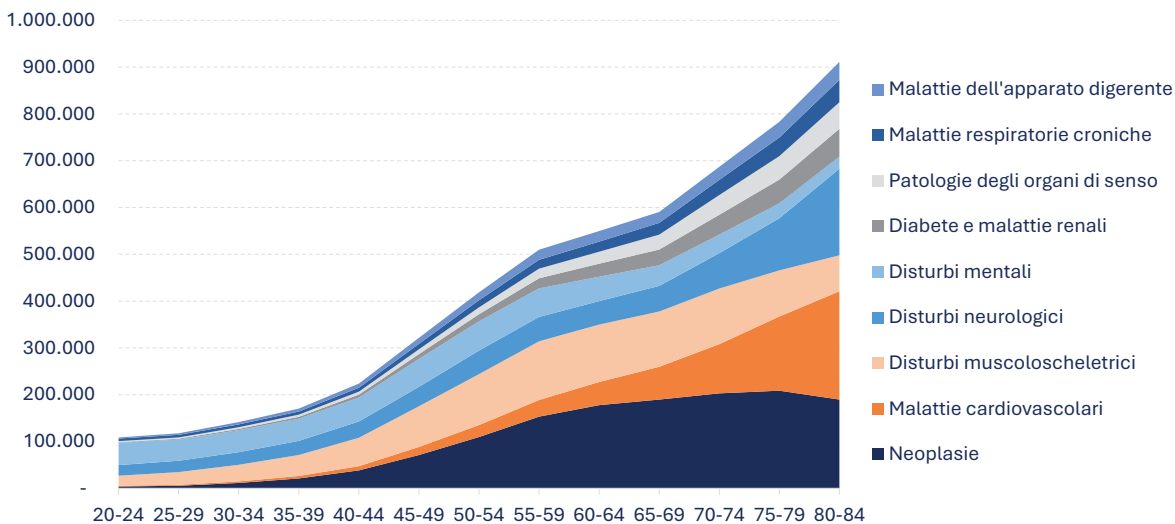


Figura 4. Distribuzione in termini di DALY delle principali classi di patologie non trasmissibili nella popolazione femminile in Italia (numero), 2023
Fonte: TEHA Group su dati Global Burden of Disease, 2026

Un primo esempio riguarda la sfera della brain health, dimensione centrale nella salute delle donne lungo tutto il corso della vita. Se nelle età più giovani e nella prima età adulta sono soprattutto i disturbi mentali a incidere in modo significativo sul benessere e sulla qualità della vita, con il passare degli anni aumenta progressivamente il peso delle patologie neurologiche. In questo contesto, molte condizioni neurologiche rimangono ancora sottodiagnosticate o vengono riconosciute tardivamente, anche a causa di una presentazione clinica che può differire rispetto a quella maschile.

Un esempio emblematico è rappresentato dalla malattia di Parkinson: nelle fasi iniziali, le donne tendono a manifestare sintomi meno tipici e quindi meno facilmente riconoscibili. Accanto ai segni più classici, come il tremore, possono infatti prevalere manifestazioni più aspecifiche, quali affaticamento, ansia o depressione, che vengono frequentemente ricondotte ad altre condizioni, come lo stress o la menopausa, ritardando così il corretto inquadramento diagnostico.

Nell'ambito delle patologie oncologiche, un'altra sfida centrale per la salute femminile con circa 175.000 nuove diagnosi nel solo 2024, nonostante i moltissimi passi avanti compiuti, rimangono diverse questioni aperte. A livello globale, almeno 1,5 milioni di decessi prematuri potrebbero essere evitati tra le donne attraverso una prevenzione più efficace e una diagnosi più precoce, mentre circa 800 mila pazienti potrebbero sopravvivere con cure ottimali[16].

Un fenomeno emergente che desta crescente preoccupazione riguarda l'aumento dei tumori aggressivi nelle fasce di età più giovani, in particolare tra i 18 e i 26 anni. Tra il 2000 e il 2020 si è infatti osservato un incremento del 9,4% per il tumore del pancreas, del 2,4% per il tumore dello stomaco, del 2,8% per il mieloma e del 6,2% per il tumore del colon-retto, valori superiori a quelli osservati negli uomini della stessa fascia di età[17]. Le cause di questo trend sono multifattoriali e non si limitano a fattori genetici o biologici. I cambiamenti nello stile di vita dei giovani negli ultimi due decenni, infatti, potrebbero aver aumentato l'esposizione a fattori di rischio tipici di adulti e anziani, in particolare per neoplasie gastrointestinali.

E nonostante la convinzione diffusa che le giovani siano sempre più vulnerabili, mancano studi sistematici basati su database estesi. Considerato l'aumento dei casi in queste fasce d'età, è necessario adottare una strategia complessiva che affronti la prevenzione in modo integrato, in grado allo stesso tempo di colmare le lacune nei programmi di screening tradizionali, soprattutto per le fasce d'età non coperte, ripensando i modelli organizzativi e sviluppando programmi di screening più personalizzati e stratificati per età e rischio.

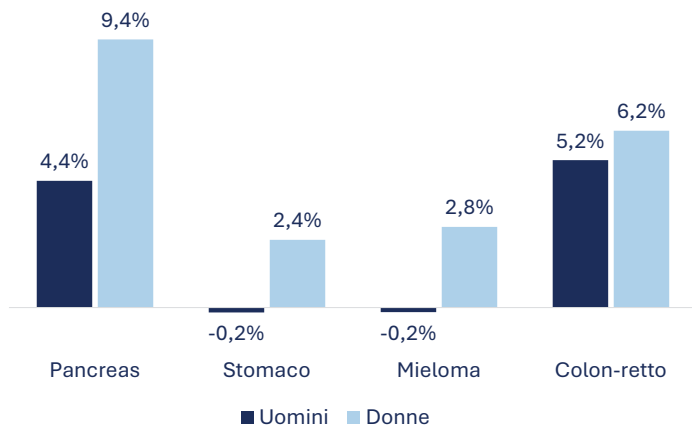


Figura 5. Tasso di aumento dei tumori più aggressivi nella popolazione tra i 18 e 26 anni (%), 2000-2020
Fonte: TEHA Group su dati BMC Medicine, 2026

Sebbene le patologie cardiovascolari siano la prima causa di morte e disabilità nel genere femminile, seguite dalle malattie oncologiche, queste continuano a essere ampiamente sottovalutate sia dall'opinione pubblica sia dalle stesse donne. Storicamente, infatti, il rischio cardiovascolare è stato associato prevalentemente al genere maschile, contribuendo a una minore consapevolezza del problema nella popolazione femminile. In realtà, il rischio cardiovascolare riguarda circa 9 donne su 10 nel corso della vita e si stima che il 43% delle donne lo sottovaluti o non ne sia consapevole[18].

16 AIRC, 2026.
17 Studio coordinato dall'Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE) e dall'Istituto di biochimica e biologia cellulare del Consiglio nazionale delle ricerche, su un campione di oltre 10 milioni di casi registrati nel database SEER tra il 2000 e il 2020 relativo alla popolazione statunitense.
18 Lillo A. et al. (2024), "The Cardiovascular Risk Awareness and Health Lifestyle of Italian Women". J Clin Med.

Questa discrepanza emerge chiaramente anche dai dati di percezione: le donne tendono a indicare come principali problemi di salute la sfera mentale (50%), i tumori (42%) e lo stress (33%), mentre solo una minoranza riconosce il peso delle malattie cardiovascolari (17%). Al contrario, gli uomini identificano queste patologie come causa principale di morte con una frequenza 3-5 volte maggiore[19]. Queste percezioni si scontrano con un quadro epidemiologico molto diverso, in cui le malattie cardiovascolari sono responsabili di oltre un terzo dei decessi femminili (34%) e dove cardiopatia ischemica, ictus e cardiopatia ipertensiva[20] sono ai primi posti tra le cause di mortalità, alimentando un divario tra percezione e realtà che evidenzia la necessità di rafforzare consapevolezza e prevenzione.

Accanto ai fattori di rischio tradizionali, sta poi emergendo con sempre maggiore evidenza il legame tra salute cardiovascolare e stato di salute mentale. Ansia, abusi, violenze e stress cronico sono fattori di rischio importanti, ma spesso sottovalutati nei percorsi di prevenzione[21]. In generale, il rischio interessa il 38% della popolazione, ma sale al 59% tra le persone con disturbi di ansia o depressione e raggiunge il 76% nelle donne sotto i 50 anni che presentano queste condizioni[22]. Il dato assume particolare rilievo in un contesto in cui, anche tra le giovani donne, aumentano gli infarti associati a condizioni di stress emotivo acuto. Situazioni di stress cronico e burnout – spesso legate alla pressione lavorativa, al carico mentale e alla sovrapposizione di responsabilità di cura – devono quindi essere riconosciute come fattori emergenti di rischio per la salute cardiovascolare femminile.

Più noto è invece il ruolo della depressione come predittore di eventi cardiovascolari. Numerosi studi longitudinali dimostrano che chi soffre di depressione ha un rischio di sviluppare infarto, ictus e altre patologie cardiache da 1,5 a 2 volte superiore rispetto alla popolazione generale. Questo effetto è ancora più marcato nelle donne, soprattutto nelle fasce di età più giovani, dove la depressione contribuisce all'insorgenza di eventi coronarici precoci[23]. Nonostante questo legame sia sempre più riconosciuto, la prevenzione cardiovascolare integrata con la salute mentale è ancora poco diffusa. Ad esempio, solo il 3% dei medici prescrive uno screening cardiovascolare in presenza di depressione, mentre nel 97% dei casi questo tipo di valutazione non viene effettuato.

La sottovalutazione di alcune patologie emerge anche nel modo in cui vengono registrate e interpretate le cause di morte. Un recente approfondimento dell'OMS Europa[24] evidenzia come le donne abbiano una maggiore probabilità rispetto agli uomini di essere associate a cause di morte poco specifiche o genericamente attribuite all'età avanzata, rendendo più difficile identificare il reale peso di alcune malattie e orientare adeguatamente strategie di prevenzione e intervento. Questo fenomeno contribuisce ad alimentare una rappresentazione incompleta della salute femminile e, in alcuni casi, a mantenere invisibili importanti determinanti di mortalità e disabilità.

E proprio rispetto alle dimensioni maggiormente sottovalutate, sia nella ricerca scientifica sia nella pratica clinica, è necessario menzionare il dolore femminile, con conseguenze rilevanti sulla capacità di comprenderlo e trattarlo in modo adeguato. Le evidenze mostrano infatti che le donne sperimentano il dolore più frequentemente, con maggiore intensità e per periodi più lunghi rispetto agli uomini, oltre a rispondere in modo diverso ai trattamenti farmacologici. A queste differenze biologiche si aggiungono criticità legate alla pratica clinica. Il dolore riferito dalle donne viene infatti più frequentemente minimizzato o attribuito a fattori psicologici, come stress, ansia o emotività. Dati internazionali mostrano, ad esempio, che le donne che accedono in ospedale con sintomi dolorosi attendono in media circa 30 minuti in più rispetto agli uomini prima di essere visitate e ricevono meno frequentemente trattamenti analgesici a parità di condizioni[25]. In altre parole, una parte rilevante del carico di malattia femminile continua a essere invisibile perché normalizzata.

19 Daponde-Codina A. et al. (2022), "Gender and Social Inequalities in Awareness of Coronary Artery Disease in European Countries". Int J Environ Res Public Health.
20 Global Burden of Disease, 2026.
21 La violenza di genere rappresenta uno dei più rilevanti determinanti di salute lungo l'intero corso della vita. Come dimostrato dalla letteratura scientifica, gli effetti non si limitano alle conseguenze fisiche immediate, ma si associano a un aumento del rischio di disturbi mentali, malattie cardiovascolari, dolore cronico e peggioramento dello stato di salute complessivo.
22 Civieri G. et al. (2024), "Anxiety and Depression Increase Cardiovascular Disease Risk by Accelerating the Development of Risk Factors: Effects of Age and Sex". JACC.
23 Ibid.
24 OMS/Europa (2026), "More than a mother: a deep dive into women's health and mortality".
25 Wilson T. et al. (2024), "Sex bias in pain management decisions". PNAS.

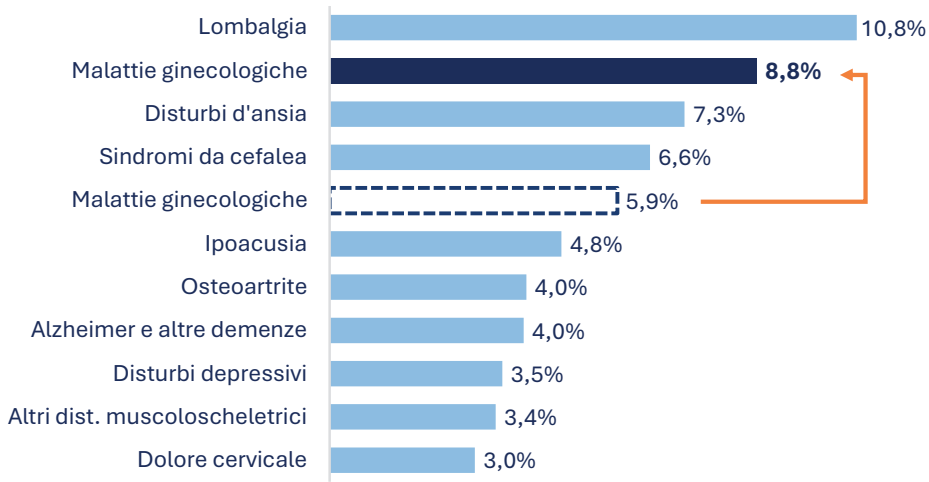


Figura 6. Prime 10 cause di disabilità nelle donne in Italia (YLD – Years Lived with Disability, % sul totale), 2023
Fonte: TEHA Group su dati Global Burden of Disease, 2026

Questa sottovalutazione risulta particolarmente evidente nell'ambito delle patologie ginecologiche, che, nonostante l'impatto significativo sulla qualità della vita (come nel caso di vulvodinia, adenomiosi, neuropatia del pudendo), restano ancora marginali sia nelle politiche sanitarie sia nella percezione sociale. In Italia, queste condizioni rappresentano una delle principali cause di disabilità femminile. Considerate complessivamente, e valutando il burden effettivo di condizioni come menopausa ed endometriosi[26], le condizioni ginecologiche si posizionano al 2° posto tra quelle con il maggiore impatto sulla qualità della vita. Tra queste, l'endometriosi è un esempio emblematico delle criticità esistenti: il tempo medio per arrivare a una diagnosi corretta è ancora di 6-7 anni, spesso a causa della normalizzazione del dolore mestruale e della difficoltà di riconoscerne precocemente i sintomi[27]. Un fenomeno analogo interessa altre condizioni ginecologiche croniche, poco riconosciute dall'opinione pubblica e, in alcuni casi, dagli stessi percorsi assistenziali.

Il tema dell'invisibilità emerge con forza anche in relazione alla menopausa. Pur interessando circa 17 milioni di donne in Italia ed essendo accompagnata da sintomi significativi in circa il 90% dei casi (compresi tra 45 e 55 anni), questa condizione fisiologica continua a essere trattata prevalentemente come un fatto privato piuttosto che come una fase della vita con importanti implicazioni sanitarie, sociali ed economiche. I disturbi del sonno, le difficoltà di concentrazione, le alterazioni dell'umore, i sintomi cognitivi e l'aumento del rischio cardiovascolare e metabolico hanno effetti concreti sulla qualità della vita e sulla partecipazione lavorativa. Tra questi rientrano un maggiore stress nello svolgimento delle attività professionali e difficoltà di concentrazione e memoria. Tali effetti, tuttavia, vengono raramente affrontati in modo strutturato nei percorsi di prevenzione e presa in carico[28].

26 Utilizzando i dati di letteratura ed epidemiologici più aggiornati, provenienti da OMS e Ministero della Salute.
27 ISS, 2026.
28 Fondazione Onda ETS (2025), "Menopausa e lavoro".

Al di là dei sintomi, che richiedono una gestione dedicata, la menopausa rappresenta un passaggio cruciale per la salute generale della donna. La comparsa di sintomi vasomotori – frequenti nelle forme sintomatiche – e di alterazioni metaboliche si associa infatti a una maggiore vulnerabilità nel lungo termine, con un aumento del rischio di malattie cardiovascolari, disturbi neurodegenerativi, patologie metaboliche e osteoporosi. In quest'ottica, la menopausa non dovrebbe essere considerata soltanto una fase fisiologica, ma un passaggio chiave in cui rafforzare e personalizzare le strategie di prevenzione.

Al tempo stesso, una narrazione esclusivamente centrata sui sintomi e sui rischi rischia di restituire un'immagine parziale della menopausa, riducendola ad una fase necessariamente da medicalizzare o problematizzare. Per molte donne questa fase coincide infatti con una maggiore consapevolezza del proprio stato di salute, una riduzione di alcune problematiche legate al ciclo mestruale e una maggiore attenzione agli stili di vita. Se adeguatamente accompagnata da informazione, prevenzione e supporto, la menopausa può quindi diventare un momento utile a rafforzare il benessere e promuovere una gestione più attiva della salute nel lungo periodo. In quest'ottica, il tema non riguarda soltanto la gestione dei sintomi, ma anche i benefici sociali ed economici che potrebbero derivare da un maggiore riconoscimento e da una gestione più efficace di questa fase della vita. Nel nostro Paese, infatti, le assenze dal lavoro correlate alla menopausa sono stimate in circa 112 milioni di euro l'anno[29]. A queste si aggiunge un impatto più ampio e meno visibile sulla traiettoria professionale: alcuni studi segnalano infatti una riduzione media del reddito intorno al 10% durante la transizione menopausale[30].

Esistono poi tabù ancora più radicati, che riguardano aspetti quotidiani della salute femminile e che finiscono per produrre conseguenze cliniche reali. La salute mestruale, la sessualità, le infezioni urinarie, i disturbi del pavimento pelvico o le problematiche legate alla fertilità sono spesso accompagnate da imbarazzo, disinformazione o reticenza. È significativo che molte donne dichiarino di ricorrere principalmente a internet o alla propria rete informale di conoscenze per ottenere informazioni sulla menopausa e sulla salute sessuale, segnale di una domanda di informazione che non sempre trova risposte adeguate nel sistema sanitario.

Il tema della comunicazione e dell'informazione relativa alla salute sessuale, in particolare, attraversa tutte le fasi della vita e i percorsi di malattia. Nelle donne con diagnosi oncologica, ad esempio, la sfera sessuale e relazionale resta spesso trascurata nei percorsi di cura, nonostante abbia un impatto rilevante sulla qualità della vita. I dati indicano che 6 donne su 10, dopo una neoplasia, dichiarano difficoltà sessuali e di relazione con il partner[31]. Eppure, la probabilità che l'équipe medica affronti esplicitamente il tema della salute sessuale durante il trattamento oncologico è molto più bassa nelle donne (22%) rispetto agli uomini (53%)[32].

Esiste poi una seconda macro-area di invisibilità, altrettanto rilevante per la salute e il benessere delle donne: il carico di cura informale. In Italia si stimano 8,5 milioni di caregiver, di cui circa l'80% donne, prevalentemente tra i 45 e i 64 anni[33]. In generale, il 34,6% dei caregiver tra i 18 e i 64 anni vive una condizione di doppio carico di assistenza, prendendosi cura contemporaneamente di figli e genitori anziani, con una prevalenza femminile[34].

29 Ibid.
30 Conti G. et al. (2026), "The Menopause Penalty". National Bureau of Economic Research.
31 Acto Italia, 2026.
32 Fondazione Veronesi, 2026.
33 ISTAT, 2026.
34 Brenna E. (2021), "Should I care for my mum or for my kid? Sandwich generation and depression burden in Italy". Health Policy.

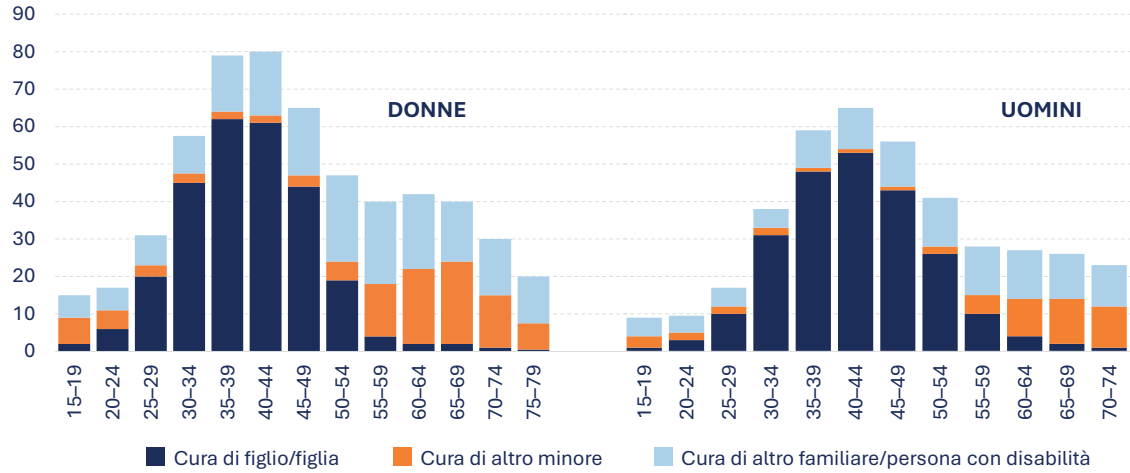


Figura 7. Responsabilità di cura per genere e fascia d'età (valori %, survey internazionale), 2021
Fonte: TEHA Group su dati Census ed e61 Institute, 2026

Un'indagine di Fondazione Onda ETS[35] mostra come nel 2025 quasi 7 donne su 10 si occupino della salute di almeno un familiare (contro il 58% nel 2005), in particolare figli, genitori o suoceri e partner. Le responsabilità di cura possono riguardare anche altri minori non appartenenti al proprio nucleo familiare diretto, come nipoti, figli del partner, figli di amici o membri della comunità, configurando forme di cura informale molto diffuse che svolgono una funzione essenziale per la tenuta del sistema di welfare.

Questa responsabilità tende a concentrarsi nella cosiddetta "generazione sandwich", composta da donne che si trovano contemporaneamente a sostenere la crescita dei figli, la cura di genitori anziani e la gestione della propria attività lavorativa. In questa fase della vita il tempo disponibile per la prevenzione, per l'attività fisica e per la cura di sé tende a ridursi, mentre aumentano stress, carico mentale e rischio di burnout.

Accanto al carico di cura esiste poi un carico meno visibile ma altrettanto rilevante: il carico mentale, ovvero l'insieme delle attività di pianificazione, organizzazione e coordinamento che accompagnano la gestione della vita quotidiana e familiare. Programmare visite e terapie, monitorare la salute dei figli o dei genitori anziani, gestire appuntamenti, scadenze e necessità assistenziali richiede tempo, attenzione e risorse cognitive che raramente vengono riconosciute come un fattore in grado di influenzare la salute. Eppure, le evidenze mostrano come questo sovraccarico si traduca in livelli più elevati di stress, affaticamento psicologico e riduzione del tempo dedicato alla cura di sé.

Come citato poco sopra, questo ruolo di cura si riflette inevitabilmente sugli stili di vita e sulle traiettorie professionali. Molte donne faticano a trovare tempo per prendersi cura della propria salute: survey mostrano come circa il 30% consideri i lavori domestici come una forma di esercizio fisico, sottovalutando il reale fabbisogno di attività fisica e di prevenzione[36]. Inoltre, in media, se le donne che si prendono cura dei propri familiari riducono l'attività lavorativa di 10 ore alla settimana, quando l'assistenza riguarda il partner il calo supera le 20 ore[37]. E mentre per gli uomini questa contrazione tende a essere temporanea, per le donne è spesso più persistente e strutturale.

35 Fondazione Onda ETS (2025), "Ventennale Fondazione Onda ETS - ricerca donne e salute: come è cambiato il rapporto delle donne con la salute negli ultimi 20 anni".
36 Lillo A. et al. su iniziativa di ARCA Carin Women Survey Investigators (2024), "The Cardiovascular Risk Awareness and Health Lifestyle of Italian Women". J Clin Med.
37 Akyol P. e Nolan M. (2025), "Effects of informal caring on labour market outcomes of carers: Evidence from HILDA". Journal of Health Economics.

Paradossalmente, chi si prende cura della salute degli altri rischia quindi di trascurare la propria. È un fenomeno che assume particolare rilevanza in una società che invecchia rapidamente e in cui il numero delle persone anziane e non autosufficienti è destinato ad aumentare nei prossimi decenni. Ignorare il ruolo dei caregiver significa trascurare una componente fondamentale dell'assistenza italiana.

A livello normativo, pur in presenza di una crescente attenzione istituzionale verso i caregiver familiari, solo recentemente si è iniziato a delineare un quadro più coerente di riconoscimento e tutela. Un passo significativo in questa direzione è rappresentato dal disegno di legge approvato dal Consiglio dei Ministri nel gennaio 2026, che mira a disciplinare in modo sistematico il caregiver familiare e a introdurre specifiche misure di sostegno economico e sociale. Tra queste, il testo del ddl prevede un contributo mensile fino a 400 euro per i caregiver con ISEE inferiore a 15.000 euro e con elevati carichi assistenziali[38].

Nonostante rappresenti un passo importante verso il riconoscimento istituzionale di una figura finora rimasta ai margini delle politiche di welfare, il provvedimento presenta alcuni limiti. I criteri di accesso risultano infatti particolarmente restrittivi e potrebbero ridurre in modo significativo la platea dei beneficiari effettivi, che secondo alcune stime rischia di rimanere limitata a poche decine di migliaia di persone rispetto ai milioni di caregiver presenti in Italia. Il dibattito resta quindi aperto sulla necessità di rafforzare ulteriormente gli strumenti di tutela e di sostegno.

In definitiva, ritardi diagnostici, tabù e carichi di cura raccontano una stessa sfida: la difficoltà di rendere visibili bisogni che per lungo tempo sono stati considerati secondari, privati o inevitabili. Superare queste barriere richiede certamente più ricerca e più dati, ma anche un cambiamento culturale. Riconoscere il valore della salute femminile significa ad esempio riconoscere che dolore, disagio psicologico, menopausa, fertilità, caregiving e salute sessuale non rappresentano temi marginali. Sono dimensioni che incidono direttamente sulla qualità della vita delle persone, oltre che sull'efficacia delle cure.

3.3 LE CONSEGUENZE ECONOMICHE DELLE DISUGUAGLIANZE NELLA SALUTE FEMMINILE

Per molti anni il dibattito sulla salute delle donne è stato affrontato prevalentemente come una questione di equità. Una prospettiva indispensabile, ma che rischia di cogliere solo una parte del fenomeno. Le differenze di salute tra donne e uomini producono infatti conseguenze che si estendono ben oltre la dimensione individuale, influenzando produttività, sostenibilità del welfare, domanda di assistenza e crescita economica.

Una delle principali criticità riguarda il fatto che molte condizioni ad elevato impatto sulla popolazione femminile non determinano necessariamente mortalità elevata, ma, come descritto in precedenza, generano lunghi periodi vissuti con dolore, limitazioni funzionali e ridotta qualità della vita. Disturbi muscoloscheletrici, depressione e ansia, sindromi da cefalea, malattie ginecologiche e numerose condizioni croniche producono un burden significativo che tende a rimanere meno visibile ma ad incidere profondamente sulla capacità delle persone di lavorare, studiare e partecipare alla vita sociale.

Questa evidenza richiama una delle principali sfide dei sistemi sanitari contemporanei. Storicamente, una quota rilevante delle risorse e dell'attenzione pubblica è stata orientata verso la riduzione della mortalità. Oggi, in società che vivono più a lungo, diventa sempre più importante intervenire anche sulle condizioni che compromettono gli anni vissuti in buona salute, allargando l'attenzione dalla sola sopravvivenza alla qualità della vita.

38 Al mese di ottobre 2026, il disegno di legge risulta tuttora all'esame del Parlamento. Risorse e coperture finanziarie non sono ancora state definitivamente approvate e potrebbero entrare a regime solo dal 2027.

Le conseguenze economiche derivano inoltre dalle già citate inefficienze generate da percorsi di diagnosi e cura non sempre adeguati alle differenze di sesso e genere. Condizioni riconosciute tardivamente, sintomi sottovalutati, maggiore esposizione a effetti collaterali e minore disponibilità di evidenze cliniche specifiche possono tradursi in un aumento degli anni vissuti con disabilità, in un maggiore utilizzo delle risorse sanitarie e in una riduzione della capacità di partecipazione sociale ed economica. In questo senso, la mancata integrazione delle differenze di sesso e genere rappresenta un problema di appropriatezza e di efficienza.

L'analisi realizzata dalla Community Salute delle Donne di TEHA[39] consente di quantificare la dimensione economica del fenomeno. Con riferimento ai dati 2023, il costo associato alla cattiva salute femminile è stimabile in circa 172 miliardi di euro all'anno, pari al 7,6% del PIL nazionale[40]. Oltre due terzi di questo impatto si concentra nella popolazione in età lavorativa, a conferma di quanto salute e sviluppo economico siano strettamente interconnessi.

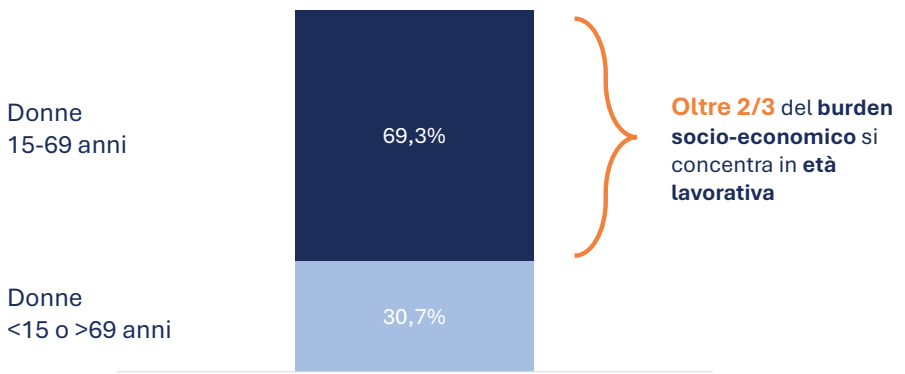


Figura 8. Distribuzione del costo del burden di malattia nella popolazione femminile in Italia, dettaglio per fascia d'età (% su totale), 2023
Fonte: TEHA Group su dati Global Burden of Disease, ISTAT e altre fonti, 2026

Ancora più interessante è osservare da dove origina questo costo. Le condizioni che generano il maggiore impatto economico non sono necessariamente quelle che ricevono maggiore attenzione nel dibattito pubblico. Disturbi muscoloscheletrici, depressione e ansia, cefalee, malattie ginecologiche e altre patologie croniche rappresentano una quota rilevante del burden complessivo, evidenziando come il principale costo per il sistema non derivi soltanto dalla morte prematura, ma dagli anni vissuti con limitazioni funzionali e ridotta produttività. Oltre a barriere culturali, sociali ed economiche, le condizioni di salute costituiscono ancora un ostacolo rilevante all'accesso e alla permanenza delle donne nel mercato del lavoro.

39 TEHA (2026), "Salute delle donne: Benessere presente, crescita futura – 2° edizione".
40 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.

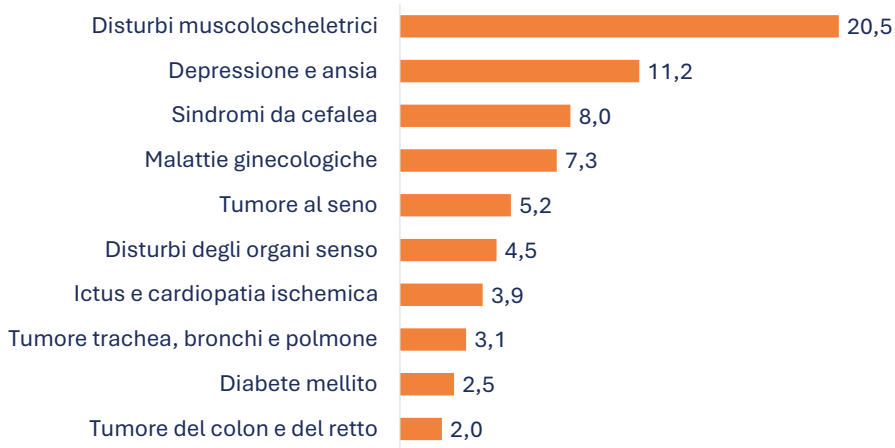


Figura 9. Costo del burden delle prime 10 patologie più impattanti in termini di DALY sulla popolazione femminile in età lavorativa in Italia (miliardi di euro), 2023
Fonte: TEHA Group su dati Global Burden of Disease e ISTAT, 2026

Guardando all'Italia, il carico di malattia femminile misurato attraverso i DALY continua ad essere particolarmente concentrato nella popolazione in età lavorativa. Si tratta della fase della vita in cui si esprime la quota più rilevante del contributo economico femminile, pari a circa il 90% del valore aggiunto generato. Non sorprende quindi che proprio questa fascia concentri il 69% dell'impatto socio-economico complessivo della cattiva salute[41].

Questa prospettiva porta a una conclusione rilevante per le politiche sanitarie. Migliorare la salute delle donne non significa esclusivamente ridurre una disuguaglianza. Significa intervenire su una delle aree con il maggiore potenziale di generazione di valore economico e sociale. Rafforzare prevenzione, diagnosi precoce, appropriatezza terapeutica e personalizzazione delle cure può contribuire simultaneamente a migliorare gli esiti di salute, ridurre il burden della disabilità e aumentare la capacità produttiva del Paese. In una società che invecchia e che deve fare i conti con una crescente pressione sulla spesa sanitaria e assistenziale, questo rappresenta un obiettivo di competitività oltre che di salute pubblica.

3.4 APPROCCI DI SALUTE PERSONALIZZATI: INNOVARE PARTENDO DALLE DIFFERENZE

Uno degli insegnamenti più importanti emersi negli ultimi anni è che la salute delle donne non rappresenta un tema "settoriale", ma un laboratorio attraverso cui ripensare il funzionamento complessivo dei sistemi sanitari. Molte delle criticità che hanno storicamente caratterizzato la salute femminile – dalla sottorappresentazione nella ricerca clinica alla scarsa attenzione alle differenze individuali, fino al peso dei determinanti sociali sulla salute – hanno infatti evidenziato limiti che riguardano l'intera popolazione.

41 Dal momento che le conseguenze si manifestano non solo in termini di assenze dal lavoro, ma anche attraverso fenomeni di "presenteismo" con una riduzione della produttività effettiva, per garantire una stima prudenziale, l'analisi applica un fattore di correzione ai DALY, considerando che non tutte le perdite di salute si traducono in una perdita totale di capacità lavorativa.

La crescente attenzione alla Medicina di Genere ha contribuito al superamento dell'idea di un paziente standard, mostrando come sesso, età, condizioni socioeconomiche e contesto di vita influenzino il rischio di malattia, la risposta ai trattamenti e gli esiti delle cure. Da questa esperienza sta progressivamente emergendo un approccio più ampio, definito "Medicina delle Differenze", che punta a comprendere e valorizzare le caratteristiche specifiche di ogni individuo per rendere la prevenzione e l'assistenza più efficaci.

Il primo ambito in cui questa trasformazione appare evidente è la ricerca. Nonostante i progressi degli ultimi anni, persistono ancora significativi squilibri tra il burden di malattia e gli investimenti destinati a comprenderlo e contrastarlo. Numerose condizioni che incidono in modo rilevante sulla qualità della vita delle donne – dalle malattie ginecologiche ai disturbi d'ansia e depressivi, fino alle sindromi da cefalea – continuano a ricevere risorse inferiori rispetto al loro impatto sanitario e sociale. La lezione che emerge è più ampia: quando una popolazione o una patologia rimangono sottorappresentate nei dati e negli investimenti, aumentano le probabilità di ritardi diagnostici, inappropriatezza terapeutica e bisogni non riconosciuti.

A livello mondiale, tra il 2019 e il 2023, gli investimenti privati dedicati alla salute femminile hanno rappresentato appena il 6% del totale (circa 175 miliardi di dollari su 2,9 trilioni), con una forte concentrazione in pochi ambiti: il 72% è assorbito dai tumori femminili, il 13% dalla salute riproduttiva e il 5% dalla salute materna.

In altre parole, circa il 90% dei capitali si concentra in tre sole aree, mentre restano ampiamente sottodimensionati ambiti ad alta prevalenza e alto impatto clinico, sociale ed economico, come malattie cardiovascolari e metaboliche, patologie autoimmuni, disturbi neurologici, dolore cronico, menopausa ed endometriosi. Emblematico, in questo senso, il fatto che sindrome premestruale, menopausa ed endometriosi, pur rappresentando complessivamente circa il 14% del carico sanitario femminile, abbiano ricevuto meno dell'1% dei finanziamenti cumulativi destinati alla ricerca sulle condizioni che contribuiscono al divario sanitario di genere[42].

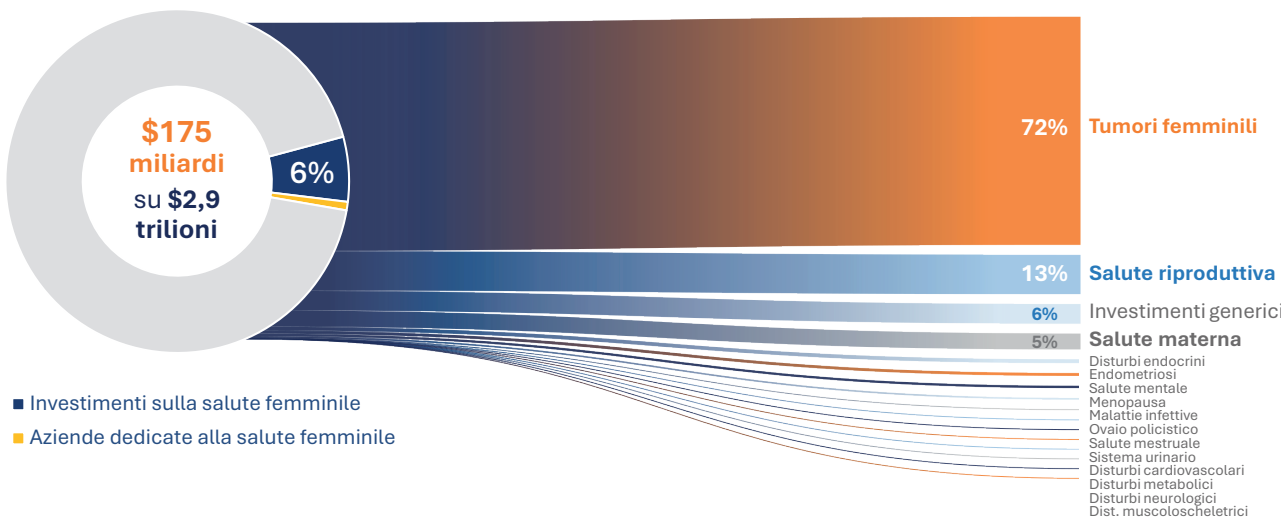


Figura 10. Investimenti privati dedicati alla salute femminile a livello globale (miliardi di dollari, % sul totale), 2019-2023
Fonte: TEHA Group su dati World Economic Forum, 2026

42 World Economic Forum (2026), "Women's Health Investment Outlook: 6% of Funding for Nearly 50% of the Population – Not Just a Gap, but Untapped White Space".

Questa asimmetria si riflette anche nella pipeline globale di ricerca e sviluppo farmaceutico. Nel 2025, su circa 23.875 farmaci in sviluppo a livello mondiale, solo 1.199 riguardano condizioni specifiche della salute femminile, pari a circa il 5% del totale. Anche in questo caso, la concentrazione in alcune aree specifiche è elevata: 558 riguardano il tumore al seno, 251 il tumore ovarico, 190 il tumore uterino, 95 le patologie ginecologiche, 83 il tumore delle tube di Falloppio e appena 22 la salute materna (condizioni legate a gravidanza e parto)[43].

Allo stesso tempo, proprio dalla salute delle donne arrivano esempi concreti di come ricerca e innovazione possano modificare l'organizzazione dei servizi e migliorare gli esiti clinici. Un caso emblematico riguarda il tumore della mammella. Le nuove Linee Guida italiane sull'impiego dell'intelligenza artificiale nello screening mammografico[44], tra le prime in Europa a prevederne un utilizzo strutturato, aprono la strada a modelli in grado di aumentare l'efficienza dei programmi di screening e supportare i professionisti nella lettura degli esami. Le evidenze disponibili mostrano che l'utilizzo dell'AI può contribuire a ridurre significativamente il rischio di falsi negativi e a migliorare la capacità di identificare precocemente le lesioni, con potenziali benefici sia per le pazienti sia per la sostenibilità dei programmi di screening. Questo approccio sarà anche al centro dello studio multicentrico Breast.AI, che coinvolgerà 75.000 donne, con l'obiettivo di valutare sicurezza, efficienza e sostenibilità di un modello di triage delle mammografie supportato dall'AI, anche con l'obiettivo di ottimizzare il carico di lavoro dei radiologi[45]. Le evidenze già disponibili a livello internazionale suggeriscono un potenziale rilevante: nella mammografia digitale, l'uso dell'AI è associato a una riduzione fino al 40% del rischio di falsi negativi, con possibili benefici in termini di diagnosi più precoce e migliore appropriatezza[46].

L'oncologia offre un secondo esempio di particolare interesse. Negli ultimi anni la crescente disponibilità di dati clinici e molecolari ha consentito di sviluppare percorsi sempre più personalizzati, basati sulle caratteristiche biologiche dei tumori e delle pazienti. Oltre a migliorare la sopravvivenza, questo approccio sta dimostrando come la personalizzazione delle cure possa aumentare l'appropriatezza terapeutica e ridurre trattamenti inutili o meno efficaci. La stessa logica, sviluppata inizialmente per rispondere ai bisogni di salute femminile, trova oggi applicazione in numerosi altri ambiti clinici.

L'intelligenza artificiale rappresenta una delle frontiere più promettenti di questa trasformazione. La capacità di integrare dati epidemiologici, clinici, genetici e comportamentali offre l'opportunità di identificare precocemente fattori di rischio, supportare la diagnosi e orientare la scelta terapeutica. Tuttavia, la storia della salute delle donne suggerisce anche una cautela importante. Algoritmi addestrati su dati incompleti o poco rappresentativi rischiano infatti di replicare gli stessi bias che per decenni hanno caratterizzato la ricerca clinica. Per questo motivo, la qualità e la rappresentatività dei dati diventano elementi tanto importanti quanto la stessa tecnologia.

43 Citeline Pharmaprojects database e Farmindustria, 2026.
44 Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità (2025), "Linee guida per lo screening e la diagnosi del tumore della mammella".
45 AIOM, 2026.
46 Hernström V. et al. (2025), "Screening performance and characteristics of breast cancer detected in the Mammography Screening with Artificial Intelligence trial (MASAI): a randomised, controlled, parallel-group, non-inferiority, single-blinded, screening accuracy study". The Lancet.

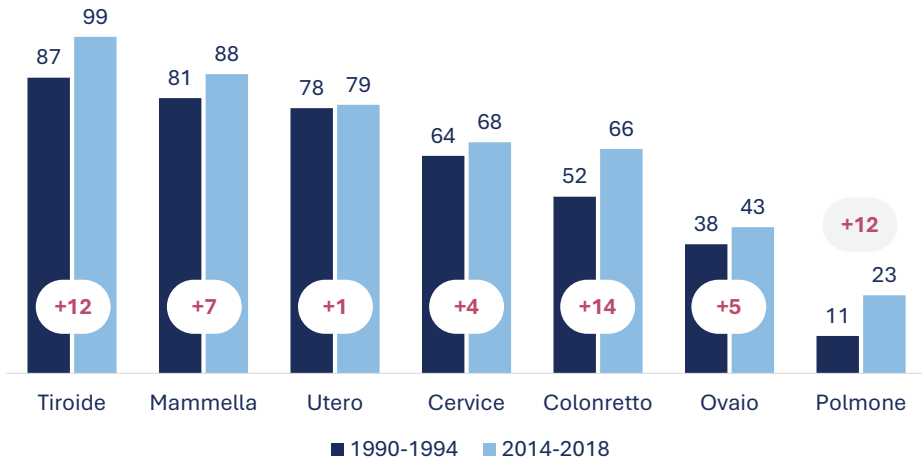


Figura 11. Sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi per alcuni dei principali tumori della popolazione femminile in Italia (% e p.p.), 1990-1994 vs. 2014-2018
Fonte: TEHA Group su dati AIOM e AIRTUM, 2026

Le sfide emerse nella salute femminile assumono particolare rilevanza anche per le nuove generazioni. L'aumento dei disturbi di ansia e depressione, la crescente attenzione ai determinanti sociali della salute e il ruolo sempre più centrale del benessere psicologico mostrano come molte delle innovazioni sviluppate per comprendere la salute delle donne abbiano già contribuito a trasformare il modo di fare prevenzione, ricerca e assistenza.

È il caso, ad esempio, della medicina cardiovascolare, dove lo studio delle differenze di genere ha evidenziato come sintomi, fattori di rischio e risposta alle terapie possano variare significativamente tra individui, contribuendo ad affermare modelli di cura più personalizzati. Allo stesso modo, l'attenzione alla salute mentale materna e agli effetti dei carichi di cura ha favorito approcci che integrano dimensioni cliniche, psicologiche e sociali, oggi sempre più utilizzati anche nella presa in carico di adolescenti, giovani e pazienti con patologie croniche. Anche l'innovazione digitale offre esempi significativi: le applicazioni nate per il monitoraggio del ciclo mestruale hanno contribuito a diffondere modelli di raccolta continua dei dati di salute e di partecipazione attiva del paziente, mentre la storica sottorappresentazione delle donne nella ricerca clinica ha reso evidente l'importanza di disporre di dati rappresentativi e privi di bias, tema oggi centrale nello sviluppo dell'intelligenza artificiale applicata alla salute.

In questa prospettiva, la salute delle donne rappresenta molto più di un ambito di intervento specifico. Costituisce un laboratorio di innovazione e un banco di prova per una medicina più personalizzata, data-driven e centrata sulla persona. Investire nella comprensione delle differenze biologiche e di genere, nella qualità dei dati, nell'innovazione tecnologica e in nuovi modelli di prevenzione significa costruire un sistema sanitario capace di rispondere in modo più efficace ai bisogni di tutta la popolazione, superando progressivamente l'approccio "one-size-fits-all" che ha caratterizzato gran parte della medicina del passato.

4. PREVENZIONE E SALUTE DELLA COMUNITÀ: UNA SCELTA DI LUNGO PERIODO

La prevenzione ha una caratteristica che la distingue da ogni altro intervento sanitario: il suo successo si misura in ciò che non accade. Infarti evitati, infezioni non trasmesse e tumori individuati in fase precoce non compaiono nelle statistiche dell'assistenza, mentre i costi necessari a ottenere questi risultati sono immediatamente visibili nei bilanci. È anche qui che emerge uno dei principali limiti nel modo in cui la prevenzione viene considerata nelle scelte pubbliche: risorse che producono benefici di salute, sociali ed economici nel medio-lungo periodo sono contabilizzate come spesa corrente e valutate prevalentemente nell'orizzonte dell'annualità di bilancio. Superare questa impostazione richiede un'evoluzione culturale e tecnica nella valutazione delle politiche pubbliche, capace di riconoscere la prevenzione come un investimento nel benessere e nella longevità delle persone e nella sostenibilità futura del sistema. Anche per questo, pur essendo tra gli interventi con le evidenze più solide in sanità pubblica, la prevenzione occupa ancora uno spazio limitato nelle scelte di spesa.

Questa prospettiva diventa ancora più rilevante mentre cresce la necessità di intervenire prima che il bisogno di salute si manifesti e, allo stesso tempo, si amplia progressivamente il campo d'azione della prevenzione. Accanto agli strumenti di prevenzione individuale – promozione di stili di vita sani fin dai primi anni di vita, immunizzazione e screening – acquista un peso crescente il contrasto ai determinanti ambientali e climatici e l'attenzione all'interdipendenza tra salute umana, animale ed ecosistemi, che l'antimicrobico-resistenza (AMR) rende particolarmente evidente. Prevenire significa quindi agire sempre più spesso anche al di fuori dei confini tradizionali del sistema sanitario, intervenendo sui molteplici fattori che concorrono a determinare la salute delle persone e delle comunità.

I dati restituiscono tuttavia l'immagine di un Paese che procede a velocità diverse. La probabilità di essere vaccinati nei tempi previsti, di ricevere un invito allo screening e di parteciparvi, di condurre una vita attiva o di mantenere un peso adeguato varia sensibilmente tra Regioni, tra grandi centri e piccoli comuni, tra livelli di istruzione. La prevenzione si conferma così anche una questione di equità. Anche l'Atto di indirizzo del Ministro della Salute per il 2026 individua tra le priorità il potenziamento degli interventi di prevenzione e tutela della salute pubblica, soprattutto per i gruppi di popolazione più esposti ai fattori di rischio.

I nuovi Piani nazionali ed europei fissano obiettivi per rafforzare la prevenzione e ridurre le differenze territoriali. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031, da declinare nei Piani Regionali entro la fine dell'anno, il percorso verso il primo Piano nazionale di immunizzazione 2027-2031, il primo Piano europeo per la salute cardiovascolare, da declinare in un Piano Nazionale entro il 2027, e il nuovo Piano d'azione globale contro l'AMR 2026-2036, tra gli altri, definiscono le priorità di intervento per i prossimi anni. Parallelamente si rafforza un modello di assistenza territoriale che porta i servizi più vicino ai luoghi di vita delle persone e che può facilitare l'accesso alle vaccinazioni e agli screening. Ne è un esempio la farmacia, sempre più importante in un'ottica di prevenzione di prossimità.

L'attuazione di questi indirizzi richiede risorse strutturali e servizi accessibili in maniera equa, per limitare le differenze territoriali e garantire benefici duraturi per la salute e la sostenibilità del sistema.

4.1 LA PREVENZIONE COME LEVA DI SOSTENIBILITÀ SANITARIA, ECONOMICA E FISCALE

L'Europa si trova da tempo in una congiuntura economica e demografica caratterizzata da vincoli strutturali sempre più stringenti. L'invecchiamento della popolazione, la riduzione della forza lavoro, l'elevato livello di debito pubblico in molti Paesi membri, la crescente competizione globale e l'aumento delle tensioni geopolitiche stanno ridefinendo le condizioni alla base della crescita e della sostenibilità dei sistemi di welfare. In questo nuovo contesto, il tema centrale per la sostenibilità dei servizi sanitari non riguarda più soltanto l'entità delle risorse pubbliche disponibili, ma la capacità degli investimenti pubblici di ridurre vulnerabilità future e rafforzare la resilienza economica e sociale dei Paesi.

Nello scenario attuale la prevenzione assume una rilevanza che trascende il tradizionale perimetro delle politiche sanitarie. È sempre maggiore, anche da parte delle Istituzioni, la consapevolezza che la prevenzione rappresenti uno strumento capace di rafforzare simultaneamente la sostenibilità dei sistemi sanitari, la resilienza economica e la tenuta delle finanze pubbliche. Ridurre l'incidenza delle patologie prevenibili significa limitare la domanda futura di cure, preservare gli anni di vita in buona salute, sostenere la partecipazione al mercato del lavoro e contenere i costi associati alla gestione della cattiva salute, alla perdita di produttività, alla non autosufficienza e all'assistenza informale.

Le evidenze disponibili confermano questa lettura. Una revisione sistematica degli interventi preventivi di sanità pubblica ha rilevato un ritorno economico mediano dell'investimento in prevenzione pari a 14,3[1] per ogni euro investito. Analogamente, uno studio dell'Office of Health Economics (OHE), pubblicato nel 2025, ha stimato che i programmi di immunizzazione degli adulti possano generare in media benefici socioeconomici pari a 19 volte i costi sostenuti[2].

Alcune stime di Meridiano Sanità[3] riportano come in Italia, raggiungendo gli obiettivi di copertura previsti dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV), si potrebbero evitare costi pari a 529 milioni di euro per le vaccinazioni dell'adolescente e fino a 10 miliardi di euro per quelle degli over 65 e dei pazienti oncologici, al netto del costo della vaccinazione. Anche un aumento prudenziale del 5% delle coperture per tre vaccini dell'adulto genera un rapporto benefici-costi superiore a 1: 3,8 per l'influenza, 1,7 per lo pneumococco e 1,5 per l'Herpes Zoster. Con riferimento invece agli screening, aumentare l'adesione alla mammografia a livello nazionale di 2,1 milioni di screening all'anno genera un rapporto benefici-costi anch'esso positivo (1,1)[4].

Nonostante ciò, la prevenzione continua ad assorbire una quota contenuta delle risorse sanitarie: nel 2024 le attività di prevenzione rappresentano il 3,3% della spesa sanitaria corrente complessiva dell'UE[5]. Anche per l'immunizzazione, si rileva un'incidenza media sulla spesa sanitaria complessiva pari allo 0,7% nel periodo 2020–2022[6].

Una delle ragioni per cui le evidenze sul valore della prevenzione faticano a tradursi in investimenti è il disallineamento tra costi e benefici. I costi di immunizzazione, screening e programmi sui fattori di rischio gravano nell'immediato sui bilanci sanitari. La maggior parte dei benefici si manifesta invece nel medio-lungo periodo e ricade su più ambiti, dalla domanda di cure alla partecipazione al lavoro fino ai conti pubblici. Inoltre, non tutti i benefici della prevenzione sono immediatamente visibili dal punto di vista contabile: per esempio, un'ospedalizzazione evitata non figura nei bilanci del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) come un risparmio. Le scelte di spesa tendono così a favorire gli interventi con risultati immediati.

1 Masters R. et al. (2017), "Return on investment of public health interventions: a systematic review". J Epidemiol Community Health. Il valore mediano si riferisce a interventi eterogenei, con rendimenti variabili secondo il programma e l'orizzonte temporale.
2 Chowdhury S. et al. (2025), "A cost-benefit analysis of adult immunization programs across ten countries". Hum Vaccin Immunother.
3 TEHA Group (2025), "XX Rapporto Meridiano Sanità".
4 Bordignon M., Turati G., Milani E. e Bianco D. (2024) "Spending for preventive healthcare and EU fiscal rules: Is there more room after the SGP reform?".
5 Eurostat, 2026.
6 Tunnicliffe E., Hayes H., O'Neill P. et al. (2025), "Analysing Global Immunisation Expenditure". Contract Research, Office of Health Economics.

Affinché il riconoscimento del valore della prevenzione si traduca in un effettivo rafforzamento degli investimenti in quest'area, è necessario sviluppare metodologie capaci di integrare gli esiti di salute con metriche economiche e fiscali. Rendere visibili e misurabili gli impatti della prevenzione anche in termini di spesa pubblica, produttività ed effetti sul bilancio consentirebbe alle amministrazioni sanitarie ed economico-finanziarie di incorporarne più efficacemente il valore nei processi decisionali, favorendo una programmazione sanitaria maggiormente coerente con gli obiettivi di finanza pubblica. Queste metodologie possono rappresentare uno strumento utile per tradurre gli effetti della prevenzione in grandezze economiche e fiscali direttamente interpretabili anche dalle amministrazioni finanziarie, facilitando così il dialogo tra politiche sanitarie e politiche di bilancio[7].

In questa prospettiva assume particolare rilievo il costo dell'inazione. Rinviare interventi preventivi efficaci può ridurre la spesa nell'immediato, aumentando però l'esposizione futura a malattie evitabili e pressioni sui servizi. Considerare questi effetti permette di valutare le decisioni di finanziamento anche in termini di gestione del rischio sanitario, economico e sociale nel medio-lungo periodo.

Il nuovo quadro di governance economica europea, entrato in vigore nell'aprile 2024, collega la programmazione dei conti pubblici agli impegni di riforma e investimento. In particolare, il Regolamento consente, a fronte di impegni in termini di riforme e investimenti in 4 aree prioritarie, di distribuire su un orizzonte più lungo, 7 anni invece di 4, il periodo di aggiustamento delle finanze pubbliche per posizionare il debito pubblico su una traiettoria di convergenza verso i parametri di Maastricht. Tra queste aree vi è, all'interno della più ampia area della resilienza economica e sociale, anche la prevenzione sanitaria[8]. L'Italia ha ottenuto questa estensione nel gennaio 2025[9]. Pur senza prevedere l'esclusione della prevenzione sanitaria dal deficit, il nuovo quadro di governance pone per la prima volta maggiore enfasi sulla qualità della spesa pubblica piuttosto che sulla sua quantità, rappresentando quindi un primo passo verso una maggiore valorizzazione delle componenti di spesa capaci di generare ritorni economici, sociali e fiscali nel medio-lungo periodo[10].

Questa prospettiva trova un ulteriore sostegno nel riconoscimento della Commissione Europea della sanità tra le categorie di spesa che incidono positivamente sulla crescita economica, anche attraverso il suo contributo al capitale umano (maggiori dettagli sono contenuti nel Capitolo 9 del presente Rapporto).

Anche in Italia emergono segnali di una maggiore attenzione al rapporto tra prevenzione e sostenibilità economica. Una risoluzione del Senato sul Documento di Finanza Pubblica approvata ad aprile 2025 riconosceva immunizzazione e screening come priorità per la resilienza sociale ed economica e impegnava il Governo a valutare misure di sostegno alla prevenzione sanitaria.

La risoluzione ha contribuito a rafforzare l'attenzione istituzionale verso la prevenzione, cui la Legge di Bilancio 2026 ha destinato ulteriori risorse: 238 milioni di euro annui a decorrere dal 2026 per il potenziamento della prevenzione collettiva e della sanità pubblica, cui si sono aggiunti, per il solo 2026, ulteriori 247 milioni di euro.

Tuttavia, un rafforzamento strutturale degli investimenti in prevenzione richiede un passaggio ulteriore: il riconoscimento della natura pluriennale dei ritorni sanitari, economici e fiscali di tali interventi e, di conseguenza, una più adeguata contabilizzazione degli stessi all'interno del bilancio pubblico. Un riconoscimento della spesa in prevenzione come investimento non può però essere definito a livello nazionale, ma richiede una interlocuzione a livello europeo tra vari attori, tra cui Paesi membri, Commissione Europea e Eurostat.

7 TEHA Group (2024), "The value of prevention for economic growth and the sustainability of healthcare, social care and welfare systems".
8 Regolamento (UE) 2024/1263, art. 14. L'estensione del periodo di aggiustamento è subordinata a specifici impegni di riforma e investimento e non deriva automaticamente dalla destinazione sanitaria della spesa.
9 Consiglio dell'Unione Europea (2025), "Quadro di governance economica: il Consiglio stabilisce percorsi della spesa di bilancio per 21 Paesi membri".
10 Le esclusioni riguardano l'indicatore della spesa netta e non comportano l'esclusione delle corrispondenti spese dal deficit o dal debito pubblico.

La sfida si gioca quindi su 2 piani complementari: a livello nazionale, attraverso la capacità di destinare risorse adeguate e stabili alla prevenzione, e a livello europeo, attraverso un quadro di governance in grado di creare condizioni più favorevoli agli investimenti in prevenzione.

4.1.1 Dalla programmazione alla spesa: le risorse per la prevenzione in Italia

L'Atto di indirizzo del Ministro della Salute per il 2026 declina la prevenzione in alcune priorità di intervento: il potenziamento delle misure di tutela della salute pubblica e il rafforzamento della sorveglianza epidemiologica e delle capacità di prevenzione, gestione e risposta alle emergenze sanitarie[11].

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2026-2031 rappresenta il riferimento per il nuovo ciclo di programmazione. Approvato con Intesa Stato-Regioni a maggio 2026, individua 7 macro-obiettivi e 14 Programmi Predefiniti, vincolanti per tutte le Regioni, che sono chiamate a recepirli nei rispettivi Piani Regionali della Prevenzione (PRP). L'Intesa fissa un cronoprogramma preciso: entro il 30 settembre 2026 le Regioni dovevano caricare la propria pianificazione sulla piattaforma nazionale ed entro il 31 dicembre 2026 devono adottare i rispettivi PRP con atto formale. A fine ottobre i Piani risultano ancora in fase di definizione e la piattaforma nazionale non riporta Piani regionali formalmente adottati.



Figura 1. Schema del Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031

Fonte: elaborazione TEHA Group, 2026

11 Ministero della Salute (2026), "Atto di indirizzo per l'anno 2026".

Rispetto al ciclo precedente, il PNP 2026-2031 rafforza il legame tra programmazione e risultati. Le Regioni non possono più affiancare Programmi Liberi: obiettivi e indicatori sono fissati a livello centrale e uguali per tutti i territori, dalla promozione della salute nei contesti di vita alla prevenzione delle malattie croniche e infettive, fino ai rischi ambientali e climatici. Per gli screening oncologici, per esempio, il Piano punta ad ampliare gli inviti e la partecipazione, raggiungendo anche chi incontra barriere linguistiche, culturali o assistenziali. La verifica dei PRP rientra tra gli adempimenti dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e assegna un peso particolare agli obiettivi "traccianti", che concorrono alla certificazione dei Piani attraverso soglie crescenti fino al 2031: alle Regioni non basterà programmare, ma sarà richiesto di dimostrare anno dopo anno risultati misurabili.

Il nuovo Piano rafforza anche la governance. Sono previsti un Gruppo di coordinamento, composto dalle Istituzioni sanitarie centrali e regionali, e un Tavolo interistituzionale che coinvolge Ministeri ed enti di settori diversi, secondo il modello della "Salute in tutte le politiche". Il Ministero della Salute si è inoltre impegnato ad avviare con AGENAS un percorso per definire criteri e standard per la rideterminazione delle dotazioni organiche dei Dipartimenti di prevenzione, un passaggio rilevante considerando che la capacità di raggiungere gli obiettivi dipende anche dal personale disponibile. Il Piano si inserisce infine nel percorso di innovazione della sanità pubblica previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), anche attraverso il National Health Prevention Hub[12].

Per l'attuazione degli interventi, l'Intesa conferma alle Regioni 200 milioni di euro l'anno, cui si aggiungono 50 milioni per il 2026 destinati alle attività di prevenzione territoriale. Ulteriori risorse sono arrivate dalla Legge di Bilancio 2026, che destina al rafforzamento della prevenzione 238 milioni di euro annui a partire dal 2026, anche per ampliare gli screening e sostenere le vaccinazioni. A questa quota stabile si aggiungono, esclusivamente per il 2026, 247 milioni di euro per potenziare ulteriormente le attività preventive: le due misure hanno previsto quindi complessivamente 485 milioni di euro per l'anno in corso.

I dati di spesa restituiscono un quadro più completo degli investimenti in prevenzione, prima degli stanziamenti del 2026. Nel 2024, le risorse spese per la prevenzione collettiva e sanità pubblica raggiungono i 6,5 miliardi di euro, rispettando il vincolo del 5% del Fondo Sanitario Nazionale (FSN).

La spesa risulta in aumento del 5% rispetto ai 6,2 miliardi del 2023: poiché la crescita era in linea con quella dei costi sanitari complessivi rilevati dallo stesso flusso informativo, l'incidenza della prevenzione rimane pressoché stabile al 4,3%. Allargando l'orizzonte temporale, rispetto al 2019, la spesa è aumentata del 16,8% in termini nominali, senza un corrispondente aumento del suo peso relativo, allora pari al 4,4%.

Il dato di spesa varia significativamente a livello regionale. Nel 2024, la spesa pro capite varia dai 161,9 euro in Molise agli 87,2 euro in Liguria, a fronte di una media nazionale di circa 110 euro; il divario raggiunge quindi quasi 75 euro per abitante. Anche il confronto con la quota di finanziamento minima del 5% prevista per la prevenzione restituisce una situazione eterogenea[13], con sole dieci Regioni e Province Autonome ad aver investito più dell'obiettivo minimo (valore superiore al 100%). Il rapporto varia dal 146% del Molise al 77% della Liguria, a fronte di un valore nazionale del 101%. Questi divari richiamano l'attenzione sulle priorità di finanziamento e sulla capacità dei sistemi regionali di programmare e impiegare le risorse.

12 Il centro nazionale di analisi, ricerca e sperimentazione a supporto delle politiche di prevenzione era previsto nell'ambito dell'investimento 1.3.2 della Missione 6 del PNRR, dedicato all'infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute e all'analisi dei dati, al quale sono stati assegnati complessivamente quasi 300 milioni di euro; l'obiettivo nazionale relativo alla sua creazione risulta raggiunto a giugno 2026.

13 Il riferimento è il 5% previsto dal D. Lgs. 68/2011 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica nell'ambito della ripartizione tra i macrolivelli di assistenza. Tale percentuale deve essere applicata al finanziamento indistinto del Fondo Sanitario Nazionale assegnato a ciascuna Regione.

Molise	146%
Campania	140%
Valle d'Aosta	130%
Sardegna	126%
Calabria	119%
Sicilia	115%
P.A. Bolzano	115%
Emilia Romagna	112%
P.A. Trento	105%
Lombardia	102%
Italia	101%
Abruzzo	99%
Toscana	97%
Umbria	96%
Veneto	95%
Basilicata	91%
Marche	89%
Lazio	86%
Piemonte	86%
Puglia	85%
Friuli Venezia Giulia	80%
Liguria	77%

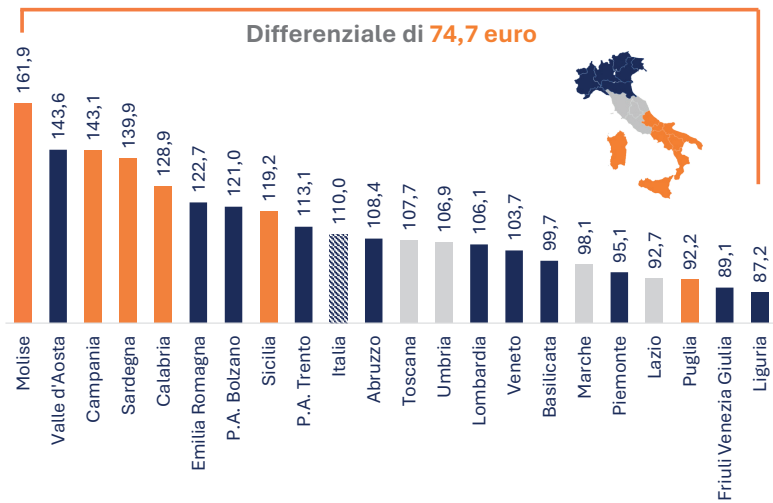


Figura 2. A sinistra: Rapporto tra spesa pubblica per prevenzione collettiva e sanità pubblica e quota di riferimento (5% del FSN indistinto) nelle Regioni italiane (%), 2024. A destra: Spesa pro capite delle Regioni per prevenzione collettiva e sanità pubblica (euro), 2024

Fonte: TEHA Group su dati MEF e RGS, 2026

Le differenze riguardano anche la destinazione della spesa da parte delle Regioni. Nel 2024, gli interventi rivolti alle malattie infettive e parassitarie assorbono il 26,9% delle risorse, mentre la prevenzione delle malattie croniche, comprensiva di screening e promozione di stili di vita sani, ne assorbe il 15,6%. Insieme, queste due componenti, direttamente rivolte alla salute delle persone, hanno raccolto il 42,5% della spesa, meno della metà del totale. In alcuni territori la loro incidenza scende fino ad arrivare a poco più di un quarto del totale: il 26,8% in Valle d'Aosta e il 28,1% in Basilicata. La parte restante finanzia le altre funzioni della prevenzione collettiva, incluse salute animale e igiene urbana veterinaria (18,8%), sicurezza sul lavoro (11,5%), tutela degli ambienti aperti e confinati (11,4%) e sicurezza alimentare (7,1%).

Anche in questo caso la media nazionale sintetizza situazioni regionali molto eterogenee. La quota destinata alle malattie infettive varia dal 45,7% del Lazio al 13,3% della Valle d'Aosta; quella per le malattie croniche dal 28,8% della Campania al 6,7% della Basilicata.

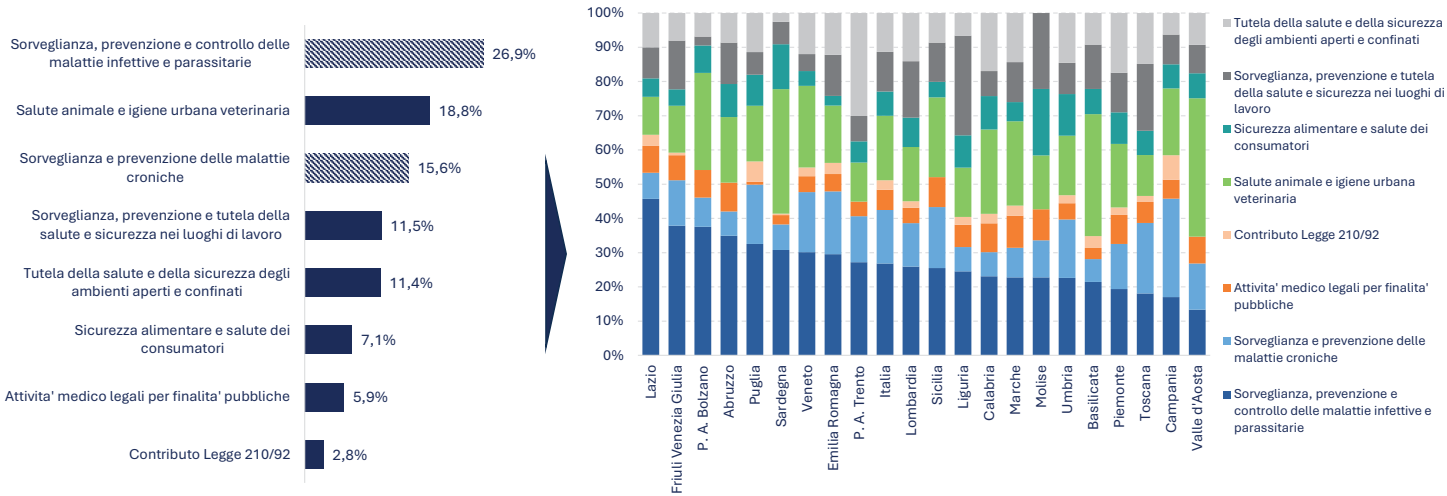


Figura 3. A sinistra: Composizione della spesa in prevenzione in Italia (% sul totale), 2024.
A destra: Composizione della spesa in prevenzione nelle Regioni italiane (% sul totale), 2024

Fonte: TEHA Group su dati MEF e RGS, 2026

All'interno delle attività di sorveglianza delle malattie infettive, nel 2024 le vaccinazioni assorbono 1,4 miliardi di euro, pari al 21,4% della spesa complessiva in prevenzione, e in crescita del 10% sul 2023; di questi, come riportato dall'ultimo Rapporto sull'uso dei Farmaci in Italia di AIFA, oltre la metà (796 milioni di euro) riguardano la spesa per l'acquisto di vaccini. Gli screening oncologici, inclusi tra le attività di prevenzione delle malattie croniche, raggiungono circa 530 milioni di euro, l'8,2% del totale, con un incremento del 7% sull'anno precedente. In entrambi i casi, i livelli di spesa a livello regionale differiscono in maniera significativa.

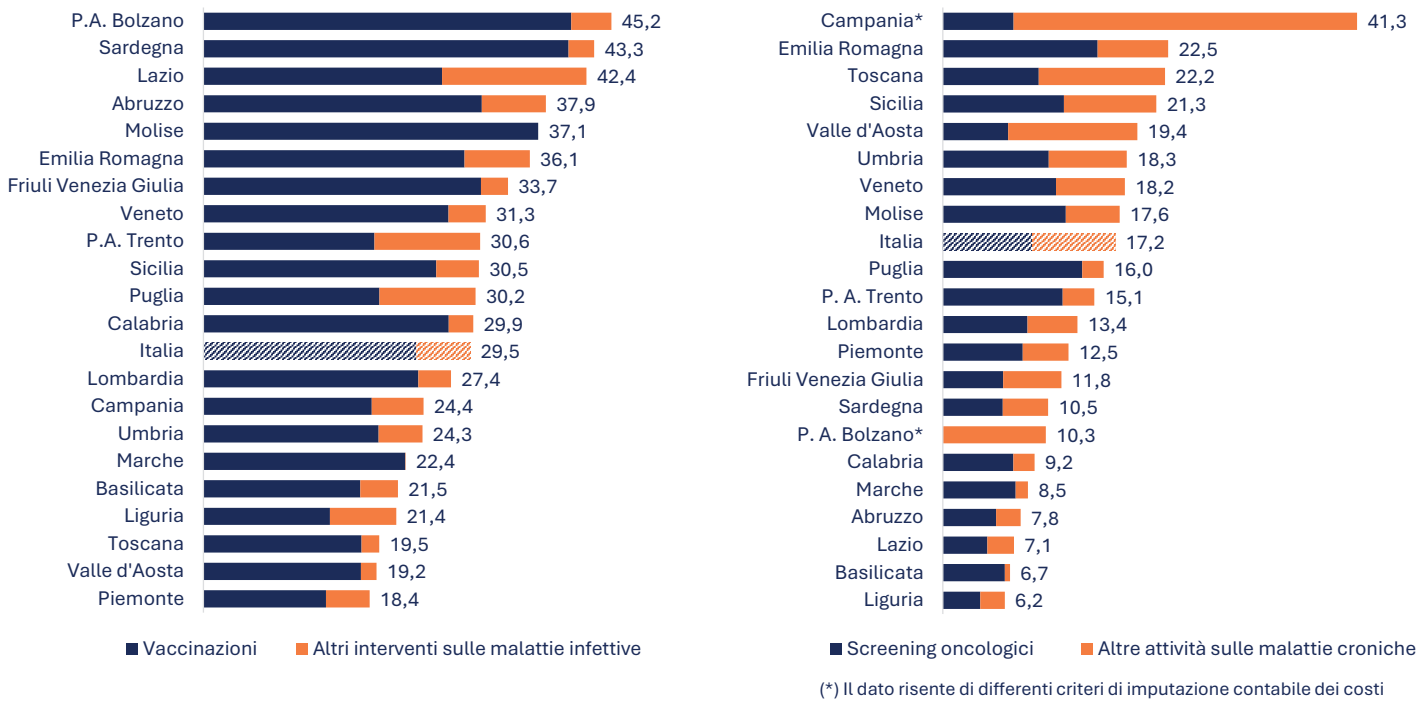


Figura 4. A sinistra: Spesa pro capite per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie nelle Regioni italiane (euro), 2024. A destra: Spesa pro capite per la sorveglianza e controllo delle malattie croniche nelle Regioni italiane (euro), 2024

Fonte: TEHA Group su dati MEF e RGS, 2026

Nei prossimi anni occorrerà aumentare le risorse per la prevenzione e impiegarle per ampliare l'accesso agli interventi e ridurre le differenze territoriali nei risultati. In questa direzione si collocano anche le recenti indicazioni del Ministro della Salute Orazio Schillaci, che ha individuato nella prevenzione, insieme al rafforzamento del personale, una delle priorità per il SSN e per la prossima Legge di Bilancio, sottolineando la necessità di considerarla non come una voce di spesa, ma come un investimento. In questa prospettiva, il Ministro ha proposto di scorporare la prevenzione dalle altre spese e di prevedere un capitolo specifico anche a livello europeo, rafforzandone il ruolo nelle politiche sanitarie e di bilancio.

All'aumento delle risorse deve accompagnarsi il rafforzamento del personale dei Dipartimenti di prevenzione. Risorse dedicate arrivano anche dal nuovo Piano pandemico 2025–2029, pubblicato in Gazzetta Ufficiale a giugno 2026, che assegna alle Regioni 50 milioni di euro per il 2025, 150 milioni per il 2026 e 300 milioni annui dal 2027, vincolati alla preparazione alle emergenze e al rafforzamento dei Dipartimenti di prevenzione. In sede di approvazione, le Regioni hanno chiesto di poter utilizzare parte di questi fondi per reclutare personale anche in deroga ai tetti di spesa. Sullo stesso punto, la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni ha recentemente chiesto di escludere i professionisti della prevenzione dai tetti di spesa, definire standard di organico commisurati ai rischi territoriali e garantire finanziamenti continuativi alla sorveglianza sanitaria.

4.2 GLI STILI DI VITA E I FATTORI DI RISCHIO

La salute di una popolazione si costruisce prima che emerga un bisogno di cura, attraverso le condizioni di vita e i comportamenti quotidiani delle persone. Lo stato di salute di ciascun individuo è infatti il risultato dell'interazione tra molteplici determinanti: la predisposizione genetica, le condizioni socioeconomiche e ambientali, la qualità e l'accessibilità dei servizi sanitari e l'adozione o meno di stili di vita corretti. Questi ultimi rappresentano una componente su cui la prevenzione può incidere direttamente, riducendo l'esposizione ai principali fattori di rischio comportamentali, inclusi alimentazione non equilibrata, sedentarietà e consumo di tabacco e alcol.

Intervenire su questi comportamenti può migliorare la salute della popolazione nel lungo periodo, prevenendo l'insorgenza delle malattie non trasmissibili. Secondo le stime OCSE, se l'esposizione ai principali fattori di rischio si allineasse ai livelli dei Paesi OCSE e UE con i risultati migliori (primo quartile), nell'Unione Europea si potrebbero evitare in media circa 1,8 milioni di nuovi casi di malattie croniche ogni anno nel periodo 2026–2050. Il solo allineamento della prevalenza dell'obesità a questo benchmark potrebbe ridurre del 7% l'incidenza complessiva delle malattie croniche considerate, con benefici prevalentemente sul versante cardiometabolico.

In Italia, il peso dei principali fattori di rischio comportamentali si traduce in decine di migliaia di decessi e milioni di anni di vita in salute persi. Nel 2023[14], all'alimentazione non salutare e al fumo sono attribuibili rispettivamente circa 68.000 e 53.000 decessi. Il fumo genera inoltre oltre 1,3 milioni di anni di vita persi per disabilità o mortalità prematura (DALY), il carico più elevato tra i fattori considerati. Anche il consumo di alcol e l'insufficiente attività fisica contribuivano a una perdita rilevante di salute, confermando quanto i comportamenti quotidiani incidano sulla durata e sulla qualità della vita.

	Fumo	Alcol	Insufficiente attività fisica	Rischi nutrizionali
Decessi	52.601	15.264	10.185	68.069
DALY	1.342.502	449.834	178.030	1.190.350

Figura 5. Decessi e DALY attribuibili ai principali fattori di rischio comportamentali in Italia (numero), 2023

Fonte: TEHA Group su dati Global Burden of Disease, 2026

I fattori di rischio comportamentali riflettono le abitudini della popolazione. Secondo dati europei[15] riferiti al 2025, relativi alle persone di almeno 16 anni, il confronto tra Italia e UE-27 evidenzia un quadro differenziato:

- Tabacco: l'Italia presenta un quadro sostanzialmente in linea con la media UE-27: circa il 78% della popolazione non ha utilizzato tabacco e prodotti correlati negli ultimi 12 mesi, mentre il consumo quotidiano riguarda il 15,5%, contro il 16,5% europeo.

14 Global Burden of Disease, 2023.
15 Eurostat, indagine EU-SILC, 2026.

- Alcol: in Italia è maggiore la quota di persone che non hanno consumato alcol negli ultimi 12 mesi rispetto alla media UE (45,1% contro 33,5%), ma sono più diffuse anche le abitudini di consumo frequente, sia settimanale (24,4% contro 19,2%) sia quotidiano (7,9% contro 4,8%).
- Attività fisica: il quadro italiano è meno favorevole con il 41,4% della popolazione che non svolge mai attività fisica fuori dall'orario lavorativo, contro il 26% in UE-27. A questa maggiore diffusione dell'inattività si accompagnano quote più basse di pratica regolare, da quella settimanale a quella quotidiana.
- Frutta e verdura: l'Italia si distingue per una maggiore regolarità del consumo. La frutta viene consumata almeno due volte al giorno dal 28,9% della popolazione, contro il 19,7% nell'UE-27; un vantaggio analogo emerge per il consumo di verdura, con il 26,3% rispetto al 17,2%[16].

Queste abitudini variano anche in base alla condizione economica e al livello di istruzione. Nell'UE-27, l'uso quotidiano di tabacco e prodotti correlati è più diffuso tra le persone a rischio di povertà o esclusione sociale (19,9% contro 15,7%), mentre in Italia il divario è contenuto. Per l'attività fisica, invece, la differenza italiana per istruzione è marcata: non pratica mai attività fuori dall'orario lavorativo il 54,2% delle persone con istruzione bassa, contro il 25,4% di quelle con istruzione terziaria.

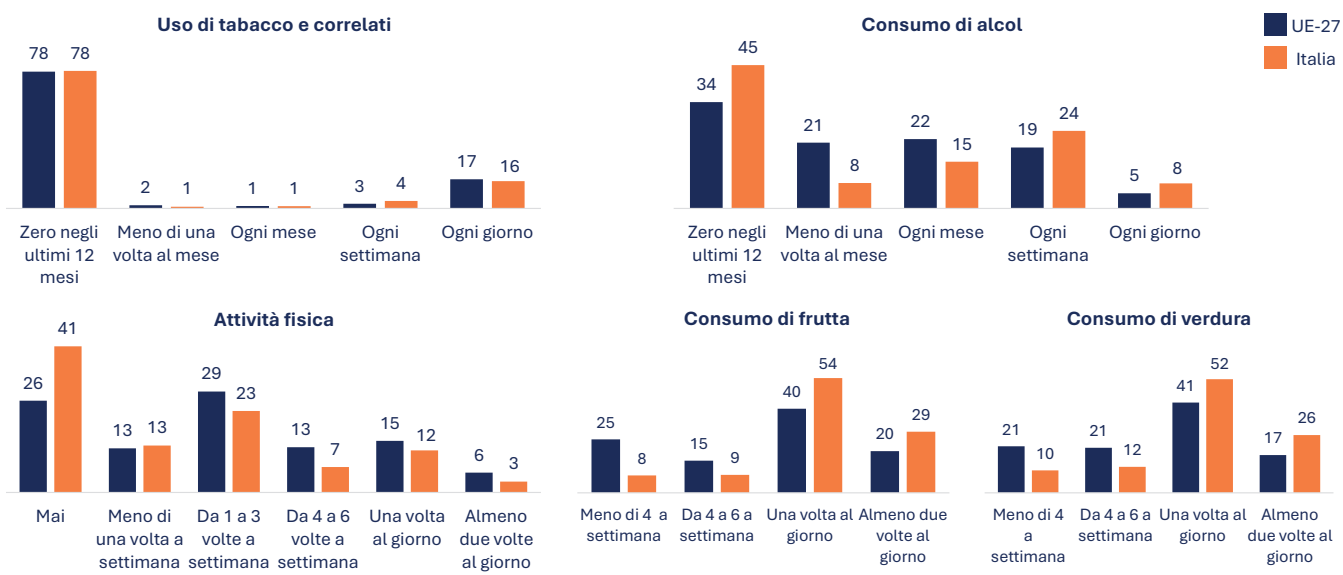


Figura 6. Abitudini e stili di vita legati a fattori di rischio comportamentali nella popolazione di 16 anni e più in Italia e in UE-27 (%), 2025

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat, 2026

L'analisi dei singoli fattori di rischio attraverso i dati ISTAT[17] consente di approfondire l'evoluzione dei comportamenti e le differenze all'interno del Paese.

16 Il confronto riguarda la frequenza del consumo, non le quantità o il numero di porzioni.
17 ISTAT (2026), "Rapporto sul benessere equo e sostenibile in Italia".

In Italia, nel 2025, la quota di persone che dichiara di fumare si attesta intorno al 20%, sostanzialmente invariata negli ultimi 10 anni. L'abitudine al fumo rimane più diffusa tra gli uomini, ma si osservano tendenze opposte: la percentuale di fumatori è leggermente diminuita negli anni, mentre quella delle fumatrici è in lieve aumento. Sul piano territoriale, le prevalenze più elevate si registrano in Umbria (24,5%), mentre la P.A. di Trento presenta il valore più contenuto (14,8%). Gli uomini mostrano livelli superiori alle donne in tutti i territori, sebbene con differenze di ampiezza variabile. Secondo un altro indicatore ISTAT[18], la quota di fumatori è sostanzialmente omogenea rispetto alla dimensione del comune di residenza, ma l'intensità del consumo aumenta nei centri più piccoli: nei comuni fino a 2.000 abitanti il 22% dei fumatori consuma almeno 20 sigarette al giorno, contro il 15,6% nei comuni centro delle aree metropolitane[19].

Negli ultimi anni è cresciuto significativamente l'uso di sigarette elettroniche e tabacco riscaldato: nel 2025 il fenomeno riguarda il 7,4% delle persone di almeno 11 anni, contro il 3,9% del 2021, raggiungendo il 16,5% tra i 18-34enni[20]; in circa due utilizzatori su tre si aggiunge al tabacco tradizionale, senza sostituirlo. Il fenomeno riguarda anche i più giovani: secondo la sorveglianza GYTS dell'Istituto Superiore di Sanità, tra il 2018 e il 2022 l'uso di sigarette elettroniche tra i 13-15enni è salito dal 18% al 20%, per effetto di un forte aumento tra le ragazze, dal 13% al 21%, a fronte di un calo tra i ragazzi, dal 22% al 18%[21]. Su quest'ultimo punto, anche il Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031 sottolinea come, negli ultimi anni, sia cresciuto, soprattutto tra i giovani, l'uso di sigarette elettroniche, prodotti a tabacco riscaldato e sacchetti di nicotina che, "percepiti erroneamente come meno dannosi, comportano rischi cardiovascolari e respiratori e favoriscono la dipendenza"[22].

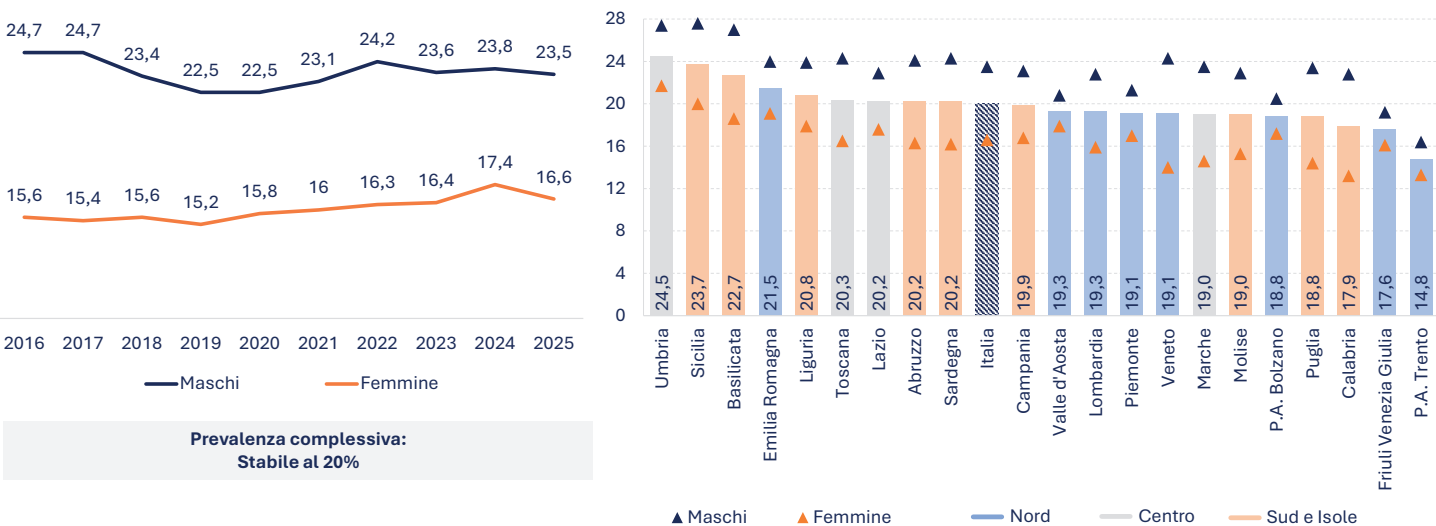


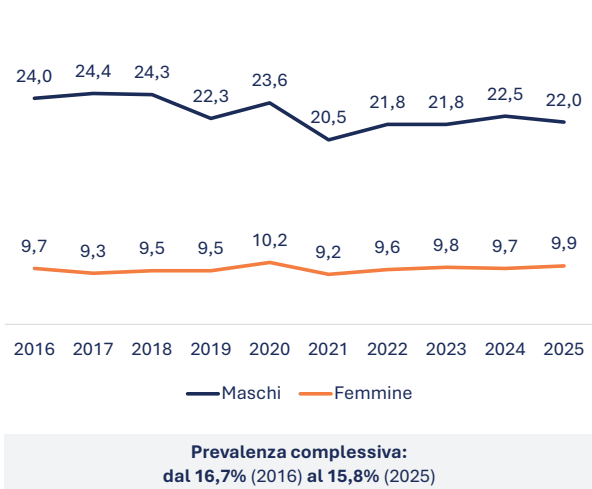
Figura 7. A sinistra: Persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare in Italia per sesso (% standardizzata per età), 2016–2025.
A destra: Persone di 14 anni e più che dichiarano di fumare nelle Regioni italiane, totale e per sesso (% standardizzata per età), 2025

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2026

18 ISTAT (2026), "Fattori di rischio per la salute: peso, sedentarietà, fumo e alcol – Anno 2025".
19 I dati si riferiscono alla popolazione di 11 anni e più e non sono standardizzati per età. La quota di fumatori varia tra il 18,2% dei comuni con oltre 50 mila abitanti e il 19,4% dei comuni fino a 2.000 abitanti, mentre il numero medio di sigarette fumate al giorno passa da 10,4 nei comuni centro delle aree metropolitane a 11,6 nei comuni più piccoli.
20 ISTAT (2026), "Fattori di rischio per la salute: peso, sedentarietà, fumo e alcol – Anno 2025".
21 ISS (2023), "Global Youth Tobacco Survey (GYTS) – Italia, 2022".
22 Ministero della Salute (2026), "Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031".

Anche per quanto riguarda il consumo di alcol a rischio, i miglioramenti sono minimi. Nel 2025 la quota di persone che presentano almeno un comportamento a rischio si attesta al 15,8%, in lieve diminuzione rispetto al 16,7% del 2016. Similmente a quanto osservato per il fumo, nel periodo considerato la prevalenza maschile si conferma maggiore ma è scesa dal 24% al 22%, mentre quella femminile è rimasta stabile, passando dal 9,7% al 9,9%. Il consumo di alcol a rischio è più diffuso nelle Regioni del Nord: la P.A. di Bolzano registra la prevalenza più elevata (24,9%), mentre il valore più basso si osserva in Sicilia (10,8%).

Secondo ISTAT, tra il 2015 e il 2025 la quota di persone di almeno 11 anni che praticano il cosiddetto "binge drinking", ossia consumano almeno sei bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione, è aumentata dal 6,9% all'8,2%, raggiungendo circa 4,4 milioni di persone. Il fenomeno è particolarmente diffuso tra i giovani: nel 2025 riguarda il 15,3% dei 18-24enni e raggiunge il 18,1% tra i 25-29enni. Sul versante assistenziale, l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS stima per il 2024 circa 730.000 consumatori dannosi, per i quali è necessario un trattamento. Il dato ricorda l'importanza di affiancare alla sensibilizzazione anche l'identificazione precoce dei comportamenti a rischio e percorsi tempestivi di presa in carico.



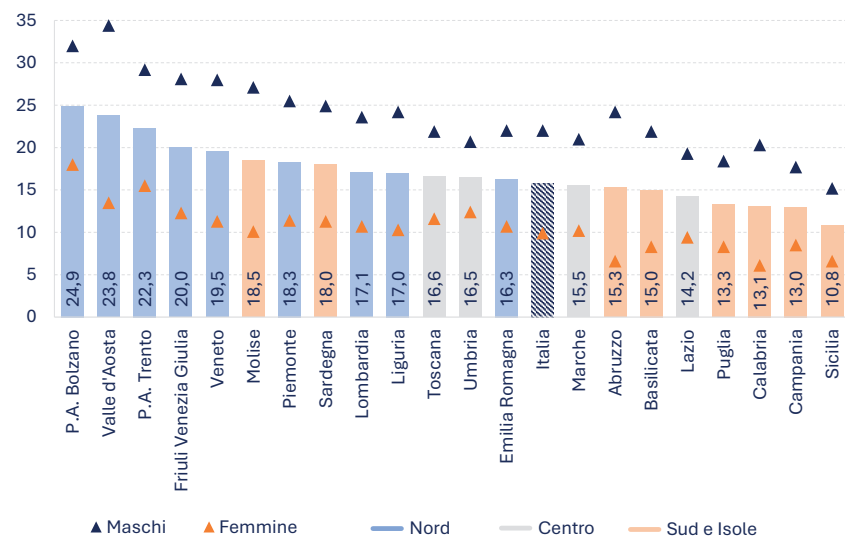


Figura 8. A sinistra: Persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol in Italia per sesso (% standardizzata per età), 2016–2025. A destra: Persone di 14 anni e più che presentano almeno un comportamento a rischio nel consumo di alcol nelle Regioni italiane, totale e per sesso (% standardizzata per età), 2025

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2026

Nonostante una frequenza di consumo di frutta e verdura superiore alla media europea, in Italia resta limitata la diffusione di un consumo quotidiano in quantità adeguate. Nel 2025, solo il 16,5% della popolazione di 3 anni e più dichiara di consumarne almeno quattro porzioni al giorno[23]: un valore in lieve recupero rispetto al 16,2% della precedente rilevazione, ma inferiore al 19,8% del 2016. Persistono inoltre differenze tra uomini e donne, rispettivamente al 14,3% e al 18,6%, e un marcato divario territoriale: al Sud la quota si ferma al 12,9%, contro il 18,2% del Nord e il 18,3% del Centro.

23 L'indicatore BES considera il consumo di almeno quattro porzioni quotidiane di frutta e/o verdura nella popolazione di 3 anni e più, con valori standardizzati per età. Questa soglia statistica va distinta dalla raccomandazione OMS di almeno 400 grammi al giorno per adulti e bambini sopra i 10 anni, generalmente espressa come cinque porzioni da 80 grammi.

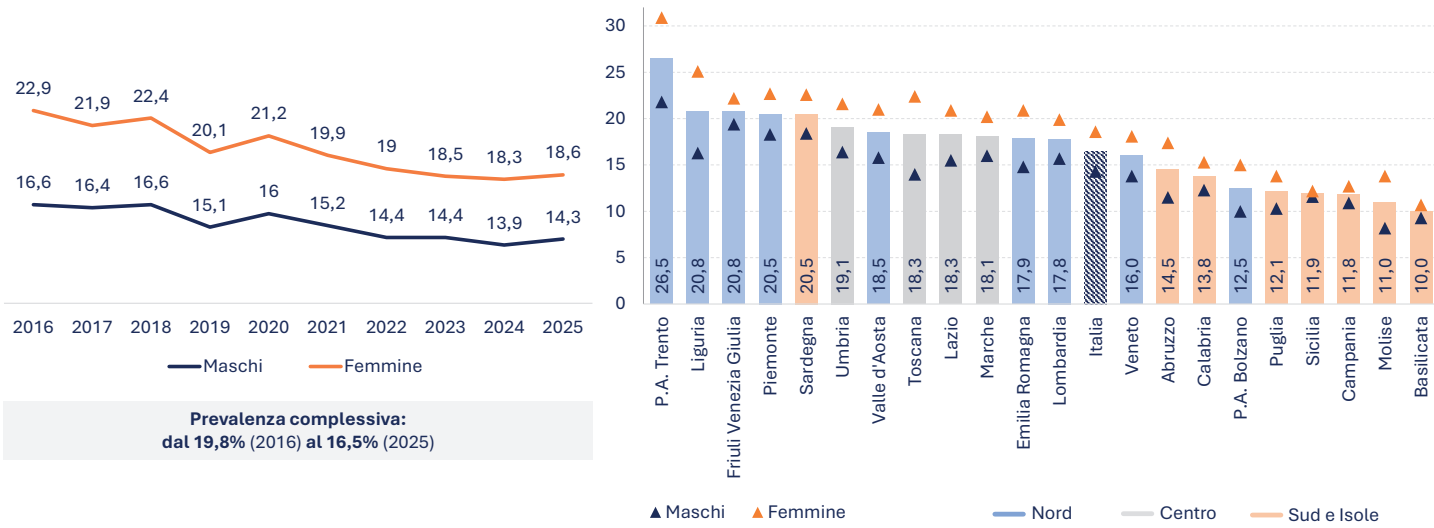


Figura 9. A sinistra: Persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura in Italia per sesso (% standardizzata per età), 2016–2025. A destra: Persone di 3 anni e più che consumano quotidianamente almeno 4 porzioni di frutta e/o verdura nelle Regioni italiane, totale e per sesso (% standardizzata per età), 2025

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2026

L'attività fisica è l'ambito con i progressi più netti. Nel 2025 la quota di persone sedentarie è scesa al 29,8%, una riduzione di quasi 10 punti percentuali rispetto al 2016. Il calo ha interessato entrambi i sessi, ma le donne si confermano più sedentarie degli uomini (32,2% vs. 27,3%).

Restano però forti le differenze territoriali: tra i fattori di rischio, l'inattività fisica è quello con il gradiente geografico più evidente. Nel 2025 il 42,6% delle persone del Sud non ha praticato né sport né attività fisica, quasi il doppio rispetto al Nord (21,5%). In Calabria e Sicilia è sedentaria quasi una persona su due, mentre nella P.A. di Bolzano poco più di una su dieci. La sedentarietà è più contenuta nei comuni centro delle aree metropolitane (27,9%) e più elevata sia nei comuni fino a 2.000 abitanti (33,1%) sia nelle periferie delle aree metropolitane (33,5%). Alle differenze territoriali e di genere si aggiungono quelle socio-culturali: se si considera la classe dei 25-44enni, è sedentario il 44,8% delle persone con basso titolo di studio, contro il 12,6% dei laureati.

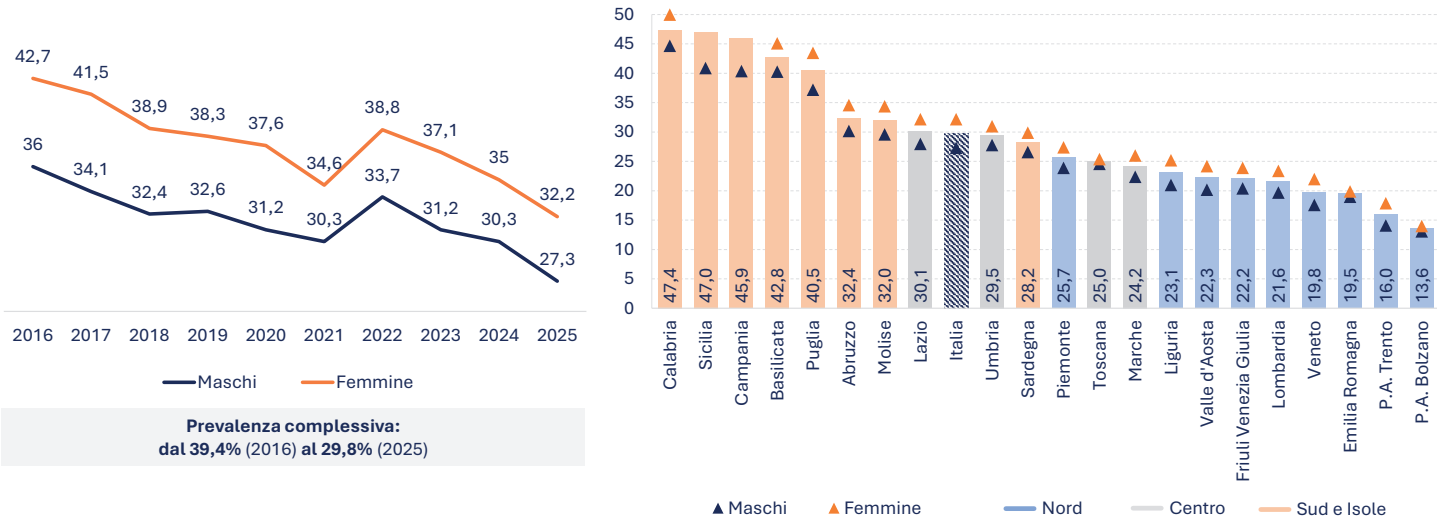


Figura 10. A sinistra: Persone di 14 anni e più che non praticano sport né attività fisica nel tempo libero in Italia per sesso (% standardizzata per età), 2016–2025. A destra: Persone di 14 anni e più che non praticano sport né attività fisica nel tempo libero nelle Regioni italiane, totale e per sesso (% standardizzata per età), 2025

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2026

La riduzione della sedentarietà non trova però un riscontro analogo nell'andamento dell'eccesso ponderale, che nel 2025 riguarda il 44,7% degli adulti, un valore sostanzialmente invariato rispetto al 44,8% del 2016. Sul peso corporeo incidono infatti molteplici determinanti, a partire dall'alimentazione; inoltre, uscire dalla condizione di sedentarietà non equivale necessariamente a raggiungere un volume di attività fisica sufficiente per ottenerne tutti i benefici.

In linea con gli anni precedenti, nel 2025 l'eccesso ponderale è maggiore negli uomini (54%) che nelle donne (35,9%). Sul piano territoriale, nel Sud interessa quasi metà della popolazione adulta (49,3%), superando il 50% in Campania, Puglia e Sicilia, mentre nel Centro-Nord si ferma a poco più del 40%. Le differenze emergono anche guardando al tipo di comune di residenza: l'eccesso di peso riguarda il 42,4% degli adulti che vivono nei comuni centro delle aree metropolitane e sale al 49,1% nei comuni fino a 2.000 abitanti[24]. Il divario è ancora più marcato per l'obesità, che interessa l'8,8% degli adulti nei grandi centri urbani e circa il 13% nei comuni con meno di 10.000 abitanti, con una prevalenza quindi di circa una volta e mezza superiore[25].

24 ISTAT (2026), "Fattori di rischio per la salute: peso, sedentarietà, fumo e alcol - Anno 2025". I valori si riferiscono alla popolazione di 18 anni e più e, a differenza dell'indicatore BES, non sono standardizzati per età: risentono quindi anche della diversa struttura demografica dei comuni, con una popolazione mediamente più anziana nei centri più piccoli.

25 La quota di persone obese è pari al 13% nei comuni fino a 2.000 abitanti e al 13,2% in quelli tra 2.001 e 10.000 abitanti; nelle periferie delle aree metropolitane raggiunge il 12%.

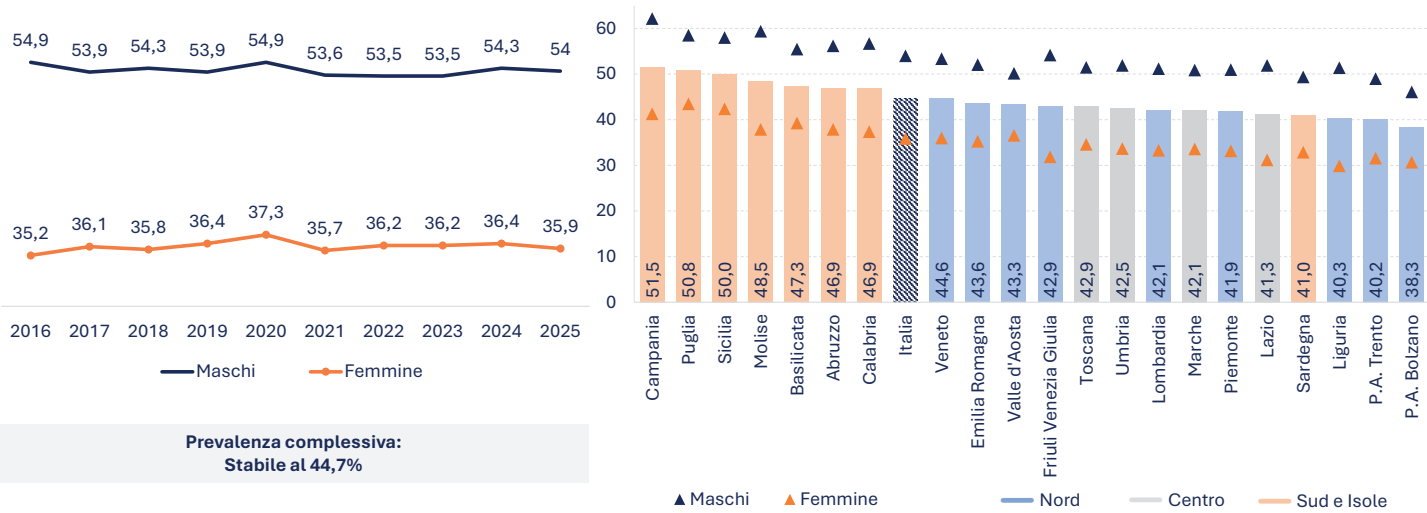


Figura 11. A sinistra: Persone di 18 anni e più in eccesso ponderale in Italia per sesso (% standardizzata per età), 2016–2025. A destra: Persone di 18 anni e più in eccesso ponderale nelle Regioni italiane, totale e per sesso (% standardizzata per età), 2025

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2026

La prevenzione dell'eccesso ponderale nelle prime fasi della vita rappresenta una priorità particolarmente rilevante per l'Italia: nel biennio 2024–2025 il fenomeno riguarda oltre un bambino o ragazzo su quattro tra i 3 e i 17 anni (26%), con una prevalenza che raggiunge il 33,5% nel Sud (la prima Regione è la Campania, con il 36,8%)[26]. Anche il confronto internazionale evidenzia la criticità italiana: nella rilevazione COSI dell'OMS 2022–2024, l'eccesso ponderale interessa il 37% dei bambini italiani di 8 anni, rispetto al 25% complessivo dei bambini di 7–9 anni dei Paesi partecipanti[27].

Intervenire sull'eccesso ponderale fin dall'infanzia significa cogliere un'opportunità concreta per migliorare la salute futura. Le evidenze più recenti indicano infatti che il maggior rischio cardiovascolare associato all'eccesso di peso infantile può essere reversibile: uno studio pubblicato nel 2026, condotto su oltre 103 mila persone, ha rilevato che i bambini in eccesso ponderale che raggiungevano il normopeso entro i 18–20 anni presentavano un rischio di cardiopatia coronarica[28] simile a quello dei coetanei sempre normopeso[29]. La prevenzione e la gestione precoce possono quindi contribuire a evitare che una condizione presente nell'infanzia si traduca in un maggior carico di malattia nell'età adulta.

A livello nazionale, importanti passi avanti sono già stati compiuti per quanto riguarda l'obesità. Con la Legge n. 149/2025, l'Italia è diventata il primo Paese al mondo a dotarsi di una legge specifica che riconosce l'obesità come malattia cronica, progressiva e recidivante. Il provvedimento prevede un programma nazionale per la prevenzione e la cura dell'obesità, destinato a sostenere iniziative regionali di

26 ISTAT (2026), "Rapporto SDGs. Informazioni statistiche per l'agenda 2030 in Italia".
27 OMS (2024), "A brief review of results from round 6 of COSI (2022–2024)".
28 La cardiopatia coronarica, indicata nel Global Burden of Disease come "cardiopatia ischemica", è caratterizzata da un insufficiente apporto di sangue e ossigeno al muscolo cardiaco legato ad alterazioni delle arterie coronarie. Secondo le stime GBD, nel 2023 ha causato in Italia circa 78.500 decessi, più di 1 su 3 dei decessi per malattie cardiovascolari.
29 Ohlsson C. et al. (2026), "Change in Weight Status From Childhood to Young Adulthood and Risk of Adult Coronary Heart Disease". JAMA Pediatrics.

educazione alimentare, promozione dell'attività fisica e prevenzione dell'obesità infantile. A supporto di questo percorso, il nuovo Piano Nazionale della Cronicità, approvato nell'ottobre 2025, include l'obesità tra le malattie croniche di particolare interesse per il nostro SSN e promuove una presa in carico multidisciplinare e continuativa, attraverso percorsi condivisi che integrino alimentazione personalizzata, attività fisica, supporto psicologico e monitoraggio delle complicanze. Un ulteriore passaggio è rappresentato dal DM del 19 giugno 2026, che definisce la composizione dell'Osservatorio per lo studio dell'obesità, chiamato a contribuire alla redazione del programma nazionale e a verificarne l'attuazione nelle Regioni.

4.3 LA STRATEGIA NAZIONALE DI IMMUNIZZAZIONE

Se la promozione di stili di vita salutari riduce l'esposizione ai fattori di rischio, l'immunizzazione interviene là dove i comportamenti individuali non bastano, proteggendo direttamente dalle infezioni prevenibili e dalle loro complicanze, sia l'individuo che la collettività. Proprio perché offerta gratuitamente e con chiamata attiva, l'immunizzazione è anche uno degli strumenti più efficaci per ridurre le disuguaglianze di salute, a condizione che raggiunga in modo omogeneo tutta la popolazione.

Le vaccinazioni – strumento di prevenzione primaria – sono tra gli interventi di sanità pubblica con i benefici più documentati: secondo uno studio coordinato dall'OMS, negli ultimi cinquant'anni l'immunizzazione ha evitato almeno 154 milioni di decessi, in larga parte nel primo anno di vita, e spiega circa il 40% della riduzione della mortalità infantile a livello globale. Oltre a ridurre l'insorgenza delle malattie infettive, l'immunizzazione riveste un ruolo fondamentale nella gestione delle cronicità, soprattutto nelle persone anziane e fragili, contribuendo a prevenire complicanze e ridurre rischi. Nel caso delle malattie cardiovascolari, ad esempio, le vaccinazioni raccomandate negli over 65 e nelle popolazioni a rischio – influenza, COVID-19, Virus Respiratorio Sinciziale (VRS), pneumococco e Herpes Zoster – prevengono ricoveri, complicanze e disabilità, contenendo i costi sanitari e socio-assistenziali, e, come indicano evidenze crescenti, contribuiscono a ridurre, soprattutto nei soggetti ad alto rischio, il rischio di infarto, scompenso e ictus.

Parallelamente, l'innovazione sta ampliando il perimetro stesso della vaccinazione: accanto ai vaccini preventivi si stanno sviluppando vaccini terapeutici, destinati a persone che hanno già sviluppato una patologia e finalizzati a stimolare una risposta immunitaria contro la malattia. Un ambito particolarmente promettente è quello oncologico, dove i vaccini personalizzati a mRNA stanno mostrando i primi risultati in fase avanzata di sperimentazione[30].

A livello internazionale, l'Immunization Agenda 2030 dell'OMS[31] indica l'obiettivo di un mondo in cui tutti, ovunque e a ogni età, possano beneficiare pienamente delle vaccinazioni, ponendo tra le priorità l'immunizzazione lungo l'intero arco della vita e l'equità di accesso. In Europa le coperture restano però lontane dagli obiettivi. Secondo il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), nella stagione 2023–2024 la copertura antinfluenzale mediana negli anziani si è fermata al 45,7%, rispetto al 59% del 2020–2021, e solo Danimarca e Irlanda hanno raggiunto in tutte le ultime tre stagioni l'obiettivo del 75% indicato dal Consiglio dell'UE[32]. Le politiche europee hanno inoltre esteso il ruolo dell'immunizzazione oltre la prevenzione delle malattie infettive: il Piano

30 Al Congresso ESMO 2026, in particolare, è stato presentato un vaccino personalizzato a mRNA, associato all'immunoterapia, che riduce del 42% il rischio di recidiva o morte nei pazienti operati per melanoma ad alto rischio.

31 OMS (2020), "Immunization Agenda 2030: A Global Strategy to Leave No One Behind".

32 ECDC (2026), "Survey report on national seasonal influenza vaccination recommendations and coverage rates in EU/EEA countries". L'obiettivo del 75% di copertura negli anziani è indicato dalla Raccomandazione del Consiglio 2009/1019/UE.

europeo di lotta contro il cancro punta a vaccinare contro l'HPV almeno il 90% delle ragazze entro il 2030, obiettivo rafforzato dalla Raccomandazione del Consiglio del giugno 2024 sui tumori prevenibili con la vaccinazione[33], mentre il Safe Hearts Plan prevede entro il 2029 una proposta di Raccomandazione del Consiglio sulla vaccinazione contro le infezioni respiratorie, considerata anche come misura di prevenzione cardiovascolare[34].

Sul piano della programmazione nazionale, il riferimento è ancora il PNPV 2023–2025, che l'Intesa Stato-Regioni del 18 dicembre 2025 ha prorogato fino al 31 dicembre 2026[35] per garantire continuità all'offerta in attesa del nuovo Piano. La scadenza è quindi vicina: con l'Intesa del 18 marzo 2026 il Ministero della Salute si è impegnato a presentare entro il 30 settembre la proposta del nuovo Piano, insieme all'aggiornamento del Calendario vaccinale, la cui approvazione è attesa entro la fine dell'anno. È un aggiornamento atteso da tempo: il PNPV 2023–2025 prevedeva un Calendario separato dal Piano, da rivedere ogni anno per recepire più rapidamente nuove evidenze e nuovi strumenti, ma dal 2023 non è mai stato aggiornato. Per questo la vaccinazione anti-COVID-19 e l'immunizzazione contro il VRS non vi sono ancora entrate ufficialmente.

Nel frattempo, l'Atto di indirizzo del Ministro della Salute per il 2026 ne sostiene l'attuazione con interventi di promozione, formazione e monitoraggio, per favorire l'adesione, rafforzare le competenze dei professionisti e verificarne i risultati. Il nuovo PNP lo richiama come piano di settore e chiede che la futura programmazione sia coerente con i suoi obiettivi e indicatori di copertura.

Sul versante della preparazione alle emergenze, anche il Piano pandemico 2025–2029 attribuisce ai vaccini un ruolo centrale, prevedendo procedure per l'approvvigionamento, attraverso contratti di prelazione e acquisti congiunti a livello europeo, e per la distribuzione sul territorio. Nella direzione indicata dal PNP va il percorso verso il Piano nazionale di immunizzazione 2027–2031[36]: già il passaggio dalla "prevenzione vaccinale" all'"immunizzazione" riflette l'ampliamento degli strumenti disponibili, che oggi comprendono anche gli anticorpi monoclonali a scopo profilattico per la prevenzione della bronchiolite nei neonati, in una logica estesa a tutte le età. Gli atti istituzionali richiamano tra i primi aggiornamenti l'immunizzazione contro il VRS nel neonato e in gravidanza, la vaccinazione anti-COVID-19, quella contro il meningococco B negli adolescenti e contro mpox; ogni nuova offerta dovrà essere valutata sulla base delle evidenze, dell'impatto sanitario, dei costi e della capacità organizzativa dei servizi.

Accanto all'aggiornamento dell'offerta vaccinale, resta però centrale la sfida dell'adesione. Rendere disponibili nuovi strumenti di immunizzazione non è sufficiente se persistono esitazione vaccinale, disinformazione e una crescente difficoltà a tradurre le evidenze scientifiche in scelte consapevoli di prevenzione. Un tema richiamato con particolare forza dal Presidente della Repubblica Sergio Mattarella, che il 28 ottobre in occasione della cerimonia di celebrazione de "I Giorni della Ricerca", ha definito l'«opposizione pregiudiziale ai vaccini» uno dei sintomi più sconcertanti del nostro tempo, denunciando la diffusione di «credenze irrazionali e fake news distruttive» capaci di alimentare paura anche di fronte a strumenti che hanno dimostrato di salvare vite. La nuova programmazione dovrà quindi affiancare all'ampliamento e all'aggiornamento dell'offerta un investimento altrettanto deciso sulla fiducia: comunicazione basata sulle evidenze, formazione dei professionisti sanitari e capacità di intercettare attivamente le persone nei diversi luoghi di cura e di prevenzione. Solo trasformando la disponibilità dei vaccini in adesione effettiva sarà possibile aumentare le coperture e fare dell'immunizzazione uno strumento pienamente efficace di prevenzione, equità e sostenibilità del SSN.

33 Raccomandazione del Consiglio del 21 giugno 2024 sui tumori prevenibili mediante vaccinazione.
34 Commissione Europea (2025), "Communication on an EU cardiovascular health plan: the Safe Hearts Plan".
35 La Conferenza Stato-Regioni ha sancito, con l'Intesa del 18 dicembre 2025, rep. n. 243/CSR, la proroga del Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023–2025 fino al 31 dicembre 2026. L'Intesa prevede inoltre impegni per la successiva programmazione, tra cui la valutazione di nuove offerte di immunizzazione e della vaccinazione anti-meningococco B negli adolescenti.
36 La Conferenza Stato-Regioni ha sancito, con l'Intesa del 18 marzo 2026, rep. n. 29/CSR, l'accordo sul cronoprogramma relativo al Piano nazionale di immunizzazione 2027–2031. Il provvedimento disciplina il percorso di aggiornamento della programmazione e non costituisce, di per sé, l'approvazione di un nuovo calendario vaccinale.

4.3.1 L'adesione alle campagne di immunizzazione nell'età pediatrica

La protezione dalle malattie prevenibili attraverso l'immunizzazione comincia nei primi mesi di vita. Per i bambini tra 0 e 6 anni, il Calendario Vaccinale prevede che vengano offerte dal SSN in forma gratuita e attiva le seguenti vaccinazioni: esavalente (difterite-poliomielite-tetano-epatite B-pertosse-Haemophilus influenzae tipo b), anti-MPR (morbillo, parotite, rosolia), anti-varicella, anti-rotavirus, anti-pneumococco, anti-meningococco B, anti-meningococco ACW e antinfluenzale; a questa offerta si è aggiunta, a partire dalla stagione 2024–2025, l'immunizzazione universale dei nuovi nati contro il VRS con un anticorpo monoclonale. Le vaccinazioni esavalente, anti-MPR e anti-varicella rientrano tra le vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia.

I dati del Ministero della Salute, riferiti al 2024, restituiscono un quadro nel quale i progressi dell'ultimo decennio convivono con coperture ancora insufficienti per alcune vaccinazioni e persistenti disuguaglianze territoriali.

Per la vaccinazione anti-polio, proxy per l'esavalente, nel 2024 la quota di bambini vaccinati a 24 mesi è pari al 94,5%, in lieve diminuzione rispetto agli anni precedenti e appena al di sotto dell'obiettivo del 95% fissato dal PNPV, raggiunto però da 11 Regioni, prima la Lombardia con il 98,3%. Le elaborazioni ponderate sulla popolazione della coorte[37] stimano una copertura del 96,5% al Nord e del 95,4% al Centro, a fronte del 91,5% nel Sud.

Una parte del ritardo viene comunque recuperata negli anni successivi. Seguendo la stessa coorte di nascita, le coperture per i bambini nati nel 2021 sono passate dal 94,8% rilevato a 24 mesi nel 2023 al 95,2% a 36 mesi nel 2024. Il superamento dell'obiettivo nazionale è un risultato positivo, ma non elimina l'importanza di rispettare i tempi previsti dal Calendario: una vaccinazione tardiva prolunga il periodo in cui un bambino resta esposto all'infezione, proprio nelle età in cui il rischio di forme gravi è più elevato.

Anche per la difterite, compresa nella vaccinazione esavalente, le coperture nazionali sono vicine all'obiettivo del 95%, ma non consentono di abbassare la guardia, a maggior ragione a seguito del caso di sospetta difterite associato al decesso di una bambina a Palermo nell'agosto 2026, che ha riportato l'attenzione sulla necessità di mantenere alte le coperture.

I nuovi dati riferiti al 2025, diffusi dal Ministero della Salute nel settembre 2026, a seguito del caso di cronaca, indicano una copertura del 94,46% a 24 mesi per i nati nel 2023, del 95,03% a 36 mesi per i nati nel 2022 e del 95,41% a 48 mesi per i nati nel 2021. Si tratta di coorti diverse, non dell'evoluzione della stessa coorte. Restano marcati i divari territoriali: a 24 mesi la copertura varia dal 97,9% della Toscana all'85,9% della Sicilia e, anche a 48 mesi, dieci Regioni e Province Autonome rimangono sotto il 95%.

Per la vaccinazione contro morbillo, parotite e rosolia (MPR), i dati del 2024 confermano un lieve miglioramento: a 24 mesi il valore raggiunge il 94,8%, rispetto al 94,6% del 2023. Il progresso di lungo periodo è più evidente: nel 2015 la copertura si fermava all'85,3%. Tuttavia, l'obiettivo del 95%, raggiunto dalla metà delle Regioni e Province Autonome, rimane ancora da consolidare. Anche in questo caso la distribuzione territoriale presenta differenze rilevanti, dal 98,1% del Molise e della Lombardia all'88% della Sicilia. Le stime per macroarea indicano valori del 96,4% al Nord e del 95,6% al Centro, contro il 92,3% nel Sud.

Questi dati riguardano la prima dose e non il completamento del ciclo MPR, che richiede anche la seconda dose prevista in età prescolare: a 5-6 anni (coorte 2017) la copertura per la seconda dose anti-morbillo, così come per la quarta dose anti-polio, si attestava intorno all'84-86%, in leggero calo rispetto all'anno precedente. La necessità di mantenere elevata la protezione in tutte le fasce di età trova riscontro

37 Elaborazioni TEHA Group su dati Ministero della Salute (2025) ed ISTAT (2026), con riferimento alla popolazione al 1° gennaio 2025. Le coperture per macroarea sono ponderate sulla popolazione regionale di 2 anni per le vaccinazioni pediatriche e di 65 anni e più per l'antinfluenzale. Si tratta di stime, poiché la popolazione residente può differire dai denominatori delle anagrafi vaccinali.

nella persistente circolazione del virus: nel 2025 la sorveglianza dell'ISS registra oltre 500 casi di morbillo, con l'incidenza più elevata tra i bambini di 0–4 anni[38]. Il recupero dei soggetti suscettibili rimane dunque essenziale per perseguire l'eliminazione di morbillo e rosolia, tra gli obiettivi prioritari del PNPV.

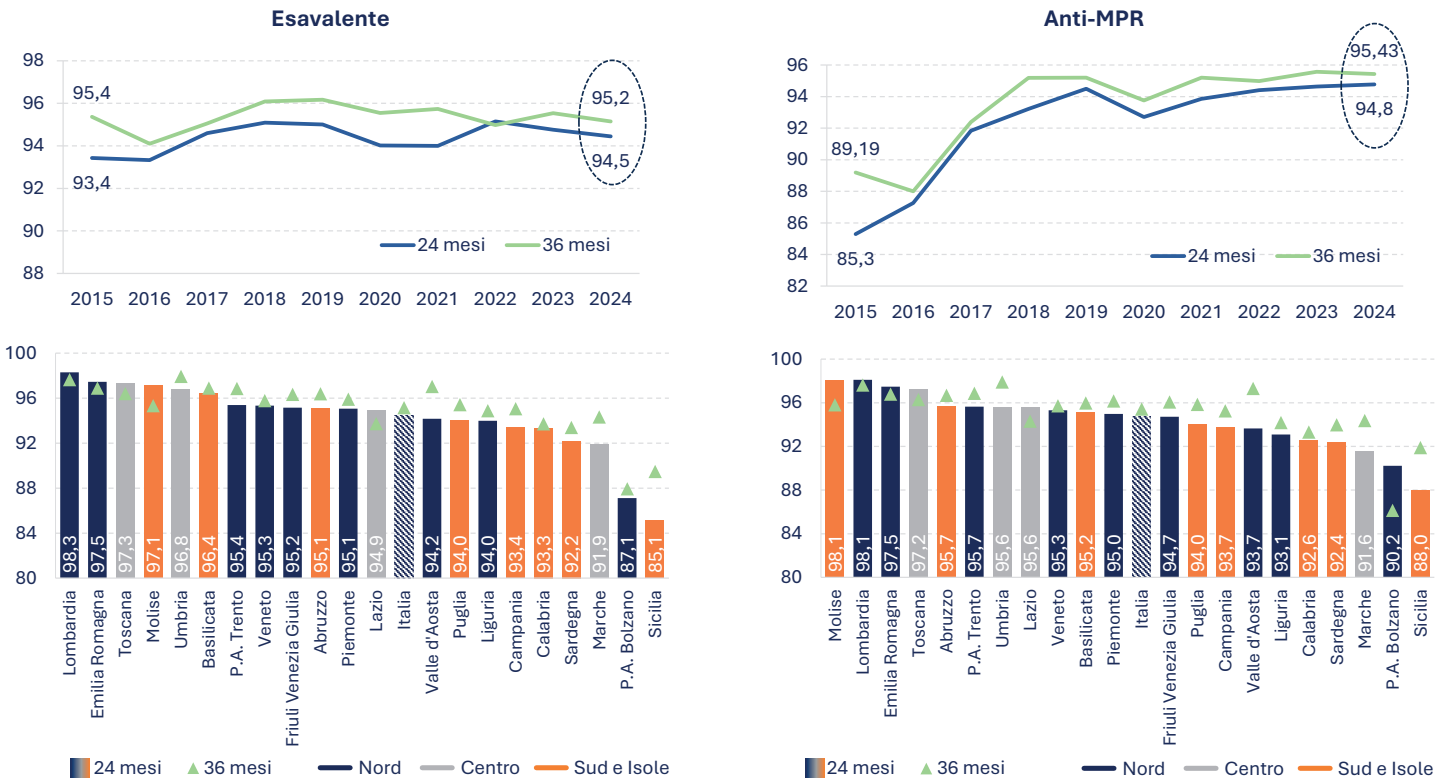


Figura 12. A sinistra: Andamento delle coperture vaccinali dell'esavalente a 24 e 36 mesi in Italia e nelle Regioni italiane (%), 2015–2024.
A destra: Andamento delle coperture vaccinali anti-MPR a 24 e 36 mesi in Italia e nelle Regioni Italiane (%), 2015–2024

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2026

Anche il dato medio regionale, tuttavia, non restituisce pienamente la reale articolazione delle coperture vaccinali sul territorio: all'interno della stessa Regione possono coesistere livelli di adesione molto differenti e, anche in presenza di valori medi inferiori agli obiettivi, realtà locali capaci di raggiungere o superare i target nazionali. La disponibilità di dati a maggiore granularità diventa quindi essenziale sia per individuare le aree di maggiore criticità sia per valorizzare le esperienze più virtuose.

38 Istituto Superiore di Sanità (2026), "Morbillo & Rosolia News", dati di sorveglianza relativi al 2025. Le notifiche sono soggette ad aggiornamento; il riferimento a oltre 500 casi tiene conto delle revisioni successive.

La Sicilia offre un esempio particolarmente significativo di questa eterogeneità. I dati più recenti del Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico (DASOE)[39] dell'Assessorato della Salute evidenziano un miglioramento rispetto al 2024, ma anche grandi differenze a livello provinciale. A luglio 2026, la copertura a 24 mesi per l'esavalente (coorte 2024) era pari all'88,4% a livello regionale, ma variava sensibilmente tra il 97% dell'ASP di Siracusa, superiore all'obiettivo del 95%, e l'82,7% dell'ASP di Catania, dove tuttavia il numero di soggetti non vaccinabili è significativamente più alto rispetto alle altre province e dove, se si confermerà il trend degli anni precedenti, il recupero a 36 mesi risulterà particolarmente rapido. Per la vaccinazione anti-morbillo della stessa coorte, a fronte di una media regionale del 91,4%, si va dal 97,8% dell'ASP di Siracusa, che si conferma tra le più virtuose, all'87,3% dell'ASP di Messina.

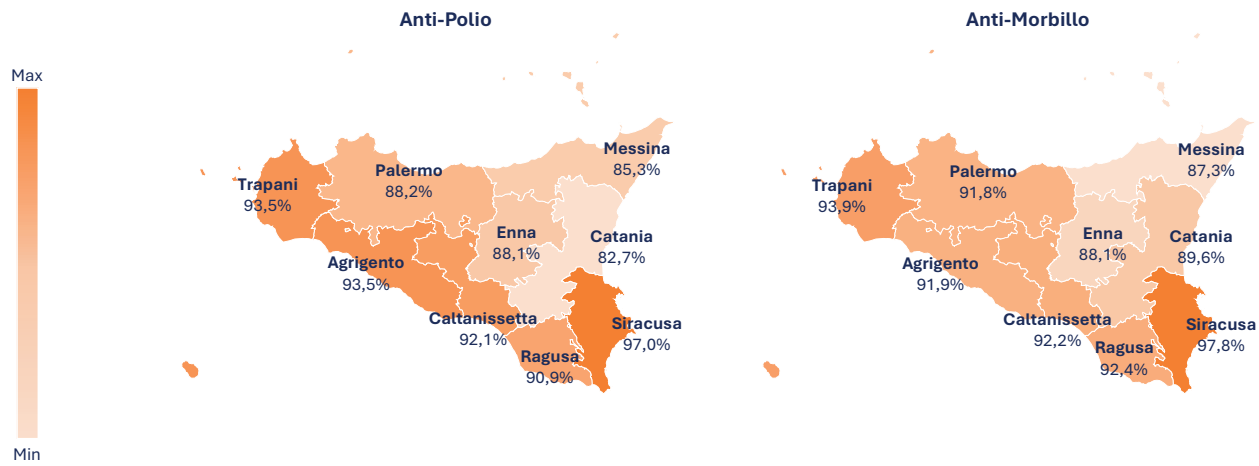


Figura 13. A sinistra: Coperture vaccinali anti-polio a 24 mesi nelle province della Sicilia (%), 2026. A destra: Coperture vaccinali anti-morbillo a 24 mesi nelle province della Sicilia (%), 2026

Fonte: TEHA Group su dati Regione Siciliana, 2026

La vaccinazione anti-varicella mostra uno dei cambiamenti più significativi dell'ultimo decennio: la copertura a 24 mesi è passata dal 30,7% del 2015 al 93,9% del 2024, soprattutto per effetto dell'obbligo vaccinale introdotto per i nati dal 2017, e negli ultimi anni si è stabilizzata appena al di sotto del 95%, con valori che vanno dal 97,5% di Lombardia e Molise all'87,3% della Sicilia.

Per lo pneumococco il 2024 ha segnato invece un arretramento: la copertura a 24 mesi scende dal 91,6% al 90,1% con una elevata difformità territoriale e valori che spaziano dal 95% circa in Basilicata e Lombardia al 79,9% della Sicilia; guardando alle macro-aree geografiche le coperture riportano valori del 92,5% al Nord, del 90,9% al Centro e dell'85,7% al Sud.

39 Si ringrazia Giacomo Scalzo, Dirigente Generale del Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana per la condivisione.

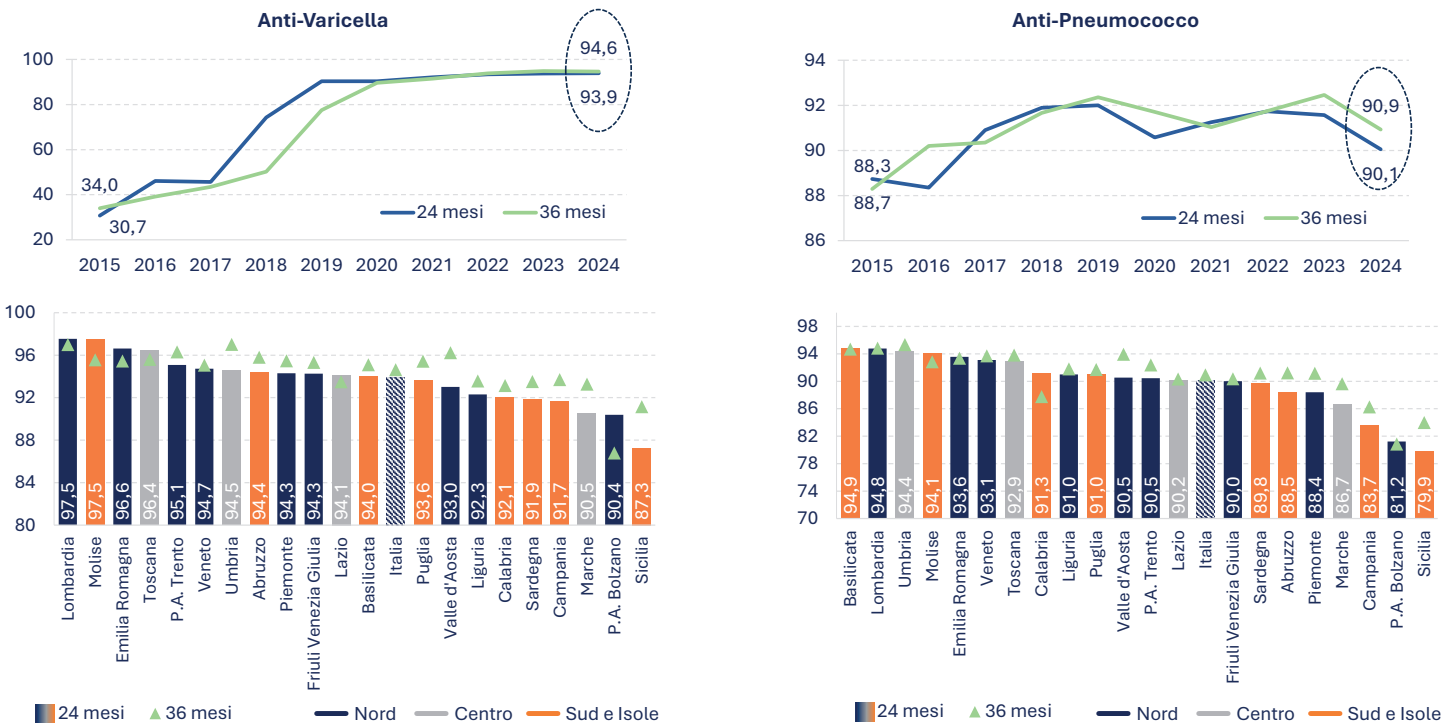


Figura 14. A sinistra: Andamento delle coperture vaccinali anti-Varicella a 24 e 36 mesi in Italia e nelle Regioni italiane (%), 2015–2024.
A destra: Andamento delle coperture vaccinali anti-Pneumococco a 24 e 36 mesi in Italia e nelle Regioni Italiane (%), 2015–2024

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2026

Per il rotavirus, dopo la forte crescita dal 10,6% del 2016 al 74,4% del 2022, la copertura a 24 mesi scende al 70,2% nel 2024, con un range che va dall'85,8% del Molise al 48,1% della Campania e coperture a livello di macroarea geografica pari al 78,1% al Nord, al 67,8% al Centro e al 60,7% al Sud.

Per il meningococco B la copertura a 24 mesi, salita dal 14,7% del 2016 all'80,9% del 2022, si è poi stabilizzata poco sotto l'80% (79,4% nel 2024), con valori compresi tra il 91,4% del Veneto e il 50,3% della Campania, e coperture nelle Regioni del Nord, Centro e Sud pari rispettivamente all'88,5%, all'81,2% e al 66,2%.

Il quadro richiama l'esigenza di rendere più omogenea l'attuazione del calendario pediatrico e, al tempo stesso, di rafforzare la protezione nelle fasi successive della vita. Sul piano istituzionale, l'offerta del meningococco B negli adolescenti figura tra gli aggiornamenti previsti nel percorso verso il nuovo Piano nazionale di immunizzazione. Alcune Regioni hanno già ampliato la propria offerta: nel 2026 la Toscana ha introdotto la vaccinazione gratuita a 12 anni compiuti per i nati dal 2013[40].

40 Regione Toscana (2026), "Calendario regionale di immunizzazione", aggiornato con decreto dirigenziale n. 7908/2026. L'aggiornamento anticipa la chiamata attiva anti-HPV a 10 anni compiuti per entrambi i sessi e introduce l'offerta anti-meningococco B a 12 anni compiuti per i nati dal 2013.

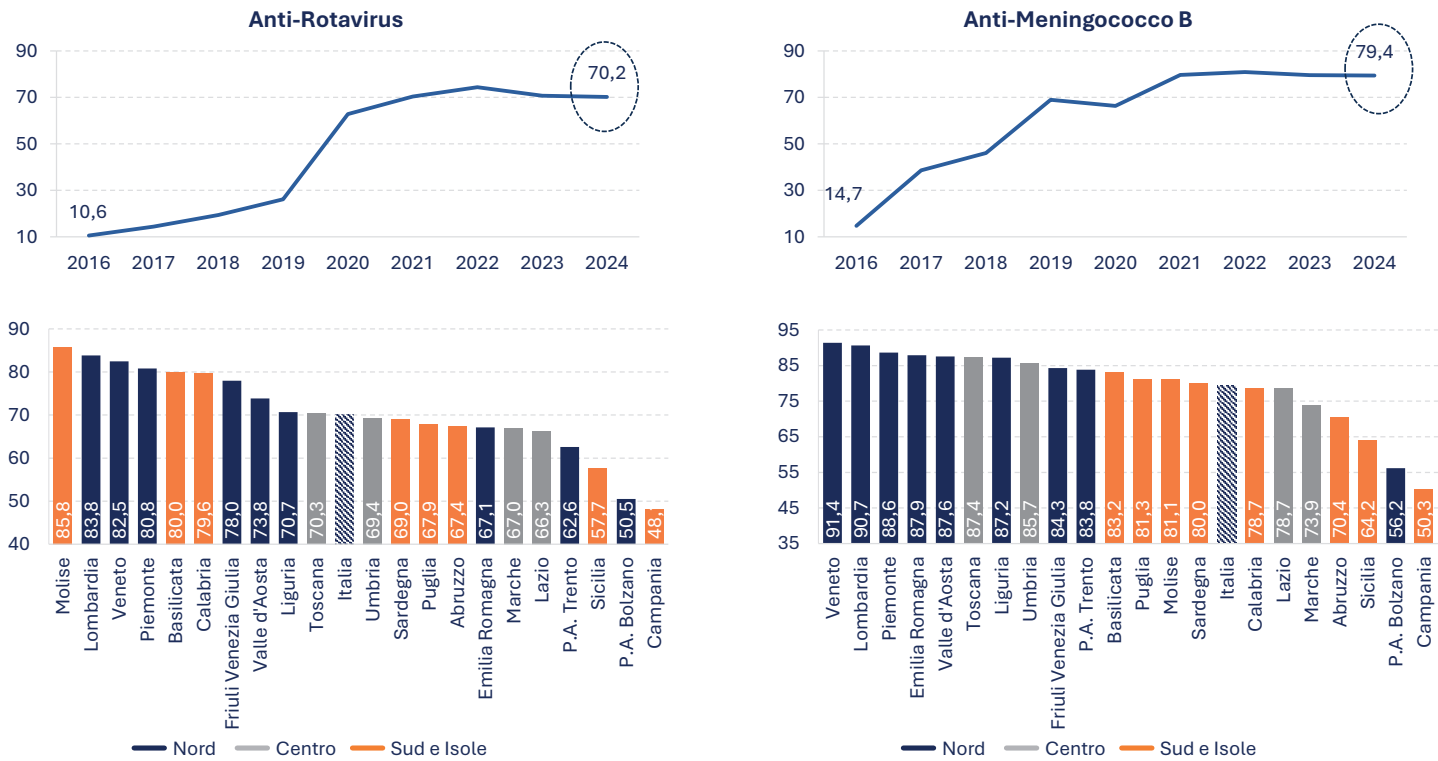


Figura 15. A sinistra: Andamento delle coperture vaccinali anti-Rotavirus a 24 mesi in Italia e nelle Regioni italiane (%), 2016–2024.
A destra: Andamento delle coperture vaccinali anti-Meningococco B a 24 mesi in Italia e nelle regioni Italiane (%), 2016–2024

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2026

Le coperture contro il meningococco C e quelle del quadrivalente ACWY vanno lette congiuntamente: con il PNPV 2023–2025 il vaccino ACWY, che comprende anche il sierogruppo C, ha sostituito il monovalente al compimento del primo anno di età. Nel 2024 la copertura riferita al meningococco C scende così dall'83,8% al 67,1%, mentre quella dell'ACWY sale dal 57,3% al 72,6%.

Il calo del monovalente non equivale quindi a una perdita di protezione contro il sierogruppo C; le differenze territoriali riflettono anche i tempi di adozione dei diversi prodotti e le modalità di rendicontazione.

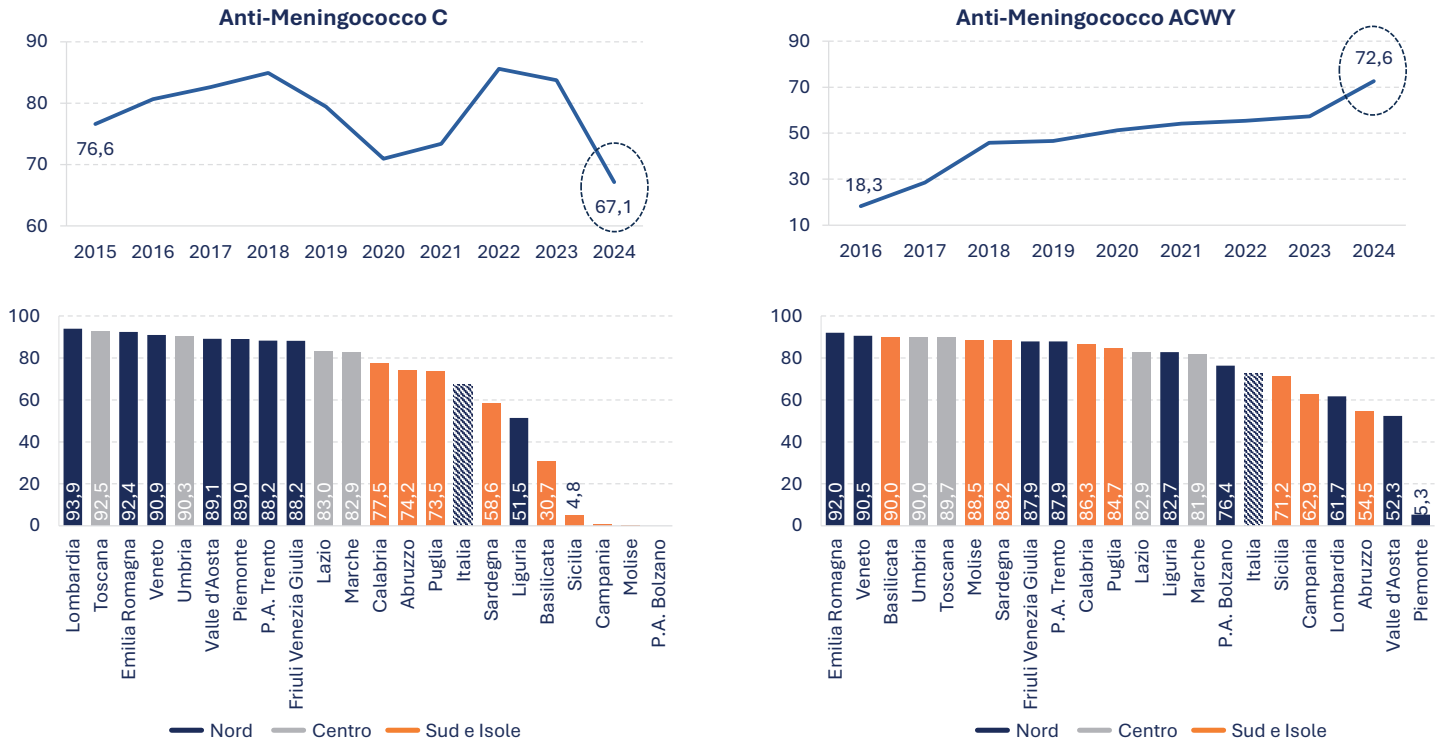


Figura 16. A sinistra: Andamento delle coperture vaccinali anti-Meningococco C a 24 mesi in Italia e nelle Regioni italiane (%), 2015–2024. A destra: Andamento delle coperture vaccinali anti-Meningococco ACWY a 24 mesi in Italia e nelle regioni Italiane (%), 2016–2024

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2026

Negli ultimi due anni la protezione nei primi mesi di vita si è arricchita dell'immunizzazione contro il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS), prima causa di bronchiolite e polmonite nei lattanti e responsabile ogni anno in Italia di circa 25.000 ricoveri nei bambini sotto i 5 anni, quasi la metà di tutte le ospedalizzazioni respiratorie in questa fascia d'età. Dopo l'Intesa dell'ottobre 2024 che ha avviato l'accesso universale dei neonati all'anticorpo monoclonale, la prima stagione 2024–2025 è partita con tempi diversi tra le Regioni, tra ottobre 2024 e gennaio 2025. I primi dati regionali sono incoraggianti: le ospedalizzazioni per VRS si sono ridotte del 60% nel Lazio, del 70% in Campania, del 75% in Calabria e di oltre l'80% in Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto e Toscana[41]. L'Intesa Stato-Regioni del gennaio 2026 ha confermato l'accesso universale anche per la stagione 2025–2026, in attesa che l'immunizzazione contro il VRS entri nel nuovo Calendario vaccinale e di immunizzazione. La strategia può essere completata dalla vaccinazione in gravidanza, già offerta da alcune Regioni come Sicilia e Molise e tra gli aggiornamenti attesi nel nuovo Piano nazionale di immunizzazione.

41 Anche una recente analisi dell'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) stima che, con una copertura del 90%, l'immunizzazione dei nuovi nati durante la stagione invernale con anticorpi monoclonali a lunga durata d'azione potrebbe evitare in media il 61% dei ricoveri per VRS nei bambini di 0–2 mesi. Il beneficio atteso dipende quindi anche dalla capacità dei programmi di raggiungere un'elevata copertura. Per approfondire: ECDC (2026), "Multi-model assessment of the impact of newborn RSV immunisation on hospitalisation burden in the EU/EEA".

Nel complesso i programmi vaccinali pediatrici si confermano solidi, ma con differenze territoriali che i dati documentano con chiarezza. Un recente studio dell'Istituto Superiore di Sanità, che ha analizzato le evidenze del periodo 2019–2023, descrive un andamento in tre fasi – il calo del 2020, il recupero del biennio 2021–2022 e la stabilizzazione del 2023 – con coperture vicine alla soglia del 95% per la maggior parte delle vaccinazioni, un profilo di sicurezza favorevole e una spesa sostenibile. Lo stesso studio indica, tuttavia, due priorità: ridurre le differenze tra Regioni e rafforzare la sorveglianza[42]. In alcune aree, specialmente nel Mezzogiorno, le coperture sono mediamente meno elevate, le vaccinazioni effettuate in ritardo rispetto al Calendario sono ancora frequenti e i richiami in età prescolare e adolescenziale tendono a calare. Manca inoltre un'anagrafe vaccinale nazionale pienamente operativa, che permetta di individuare tempestivamente i bambini da recuperare. Per consolidare i risultati servono quindi sistemi informativi digitali e aggiornati, interventi mirati nei territori con coperture più basse e un ruolo più attivo dei pediatri di libera scelta, sfruttando gli appuntamenti per le vaccinazioni obbligatorie per offrire anche quelle raccomandate, come l'anti-meningococco B e l'anti-rotavirus.

Va in questa direzione l'esperienza della Sicilia, dove a fine agosto 2026, dopo il decesso per difterite riportato anche in precedenza, la Regione ha attivato una task force sulle vaccinazioni pediatriche e chiesto alle ASP di recuperare le vaccinazioni nei bambini da 0 a 6 anni con centri vaccinali aperti dal lunedì al sabato anche senza prenotazione, un centro vaccinale in ogni Casa della Comunità Hub, la riapertura dei centri chiusi dopo la pandemia, il coinvolgimento dei pediatri e il contatto diretto con le famiglie.

4.3.2 L'adesione alle campagne di immunizzazione nell'età adolescenziale, adulta e nei fragili

Per l'età adolescenziale, il Calendario Vaccinale prevede i richiami delle vaccinazioni già somministrate durante l'infanzia (anti-DTP – difterite, tetano, pertosse –, anti-poliomielite e anti-meningococcica ACWY) e la vaccinazione contro il Papillomavirus umano (HPV); in base alla situazione epidemiologica, le Regioni possono offrire agli adolescenti anche la vaccinazione contro il meningococco B.

Con l'adolescenza la prevenzione vaccinale cambia orizzonte: si apre la finestra per proteggere ragazze e ragazzi da infezioni le cui conseguenze possono manifestarsi molti anni dopo. L'offerta anti-HPV rivolta a ragazze e ragazzi dall'undicesimo anno compiuto costituisce in questo senso un intervento di prevenzione dei diversi tumori HPV-correlati, non solo il carcinoma della cervice uterina ma anche quelli dell'ano, dei genitali e dell'orofaringe. L'obiettivo non è soltanto aumentare il numero di adolescenti che ricevono la prima dose, ma favorire il completamento del ciclo nei tempi raccomandati.

Nel 2024 la copertura anti-HPV per ciclo completo tra le dodicenni ha raggiunto il 51,2%, con un aumento di 5,8 punti percentuali rispetto al 2023; tra i dodicenni si è attestata al 44,7%, con un incremento di 5,3 punti sull'anno. Prosegue quindi la ripresa dopo i minimi del 2020, quando le coperture nelle stesse fasce di età erano rispettivamente del 30,3% e del 24,2%. Il miglioramento è però insufficiente: a 12 anni circa una ragazza su due e meno di un ragazzo su due avevano completato il ciclo, a fronte dell'obiettivo del 95%. Anche se si guarda a ragazze e ragazzi quindicenni (coorte 2009), nel 2024 le coperture hanno raggiunto rispettivamente il 70,6% e il 60,1%. Un ritardo tanto più rilevante perché dal 2025 la copertura anti-HPV nei e nelle quindicenni è entrata tra gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia, con i quali viene valutata l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni[43].

42 Matranga G., Lisi L., Navarra P., Spila Alegiani S. (2026), "Epidemiologia della vaccinazione pediatrica: uso, sicurezza e costi dei vaccini in Italia, 2019-2023". Bollettino Epidemiologico Nazionale.

43 Cfr. Capitolo 10 del presente Rapporto.

La variabilità geografica è ancora più marcata: nel 2024 per le dodicenni il ciclo completo ha raggiunto il 63,1% al Nord, il 47,3% al Centro e il 37,1% al Sud; per i coetanei maschi i valori sono stati rispettivamente del 58,6%, del 38,8% e del 29%. La media nazionale combina dunque situazioni molto diverse, nelle quali la possibilità di completare tempestivamente il percorso di prevenzione rimaneva anche in questo caso associata al territorio di residenza.

Seguendo le stesse coorti negli anni successivi ai 12 anni, il recupero è stato consistente. Per i nati nel 2010, la copertura per ciclo completo nelle ragazze è passata dal 38,8% nel 2022, quando compivano 12 anni, al 60,8% nel 2023 e al 68,3% nel 2024. Nei ragazzi della stessa coorte è cresciuta dal 31,8% al 51,6%, fino al 58,6%. La progressione testimonia la capacità di recuperare una parte importante delle vaccinazioni, ma evidenzia anche quanto il completamento del ciclo si concentri negli anni successivi alla prima chiamata. Il recupero, inoltre, non annulla gli squilibri iniziali.

Per rafforzare la tempestività della prevenzione oncologica, negli ultimi anni alcune politiche regionali hanno modificato l'organizzazione della chiamata attiva. Già nel 2025, la P.A. di Trento aveva implementato il primo piano di eliminazione dei tumori HPV-correlati a livello locale attraverso una massiccia attività di recupero dei non vaccinati nelle coorti target e l'estensione della gratuità della vaccinazione alle donne fino a 40 anni e agli uomini fino a 30 anni. Nel 2026 la Lombardia ha esteso la gratuità della vaccinazione anti-HPV a 30 anni per entrambi i sessi, consentendo di somministrare questi vaccini per tutte le coorti in gratuità ai farmacisti opportunamente formati; la Toscana l'ha anticipato a 10 anni compiuti per entrambi i sessi con il nuovo calendario di immunizzazione. Un'ulteriore esperienza arriva dalla Campania, che ad aprile 2026 ha approvato un Piano di potenziamento dell'offerta e dell'adesione alla vaccinazione anti-HPV con 7 milioni di euro ripartiti tra le 7 ASL. Il Piano combina una rete di prossimità – centri vaccinali, Case della Comunità, consultori, MMG e PLS, con un referente in ogni ASL e, da settembre 2026, le farmacie –, l'offerta attiva con invito personalizzato e recall tramite l'app regionale, open day e orari estesi fino alle 20 e nel fine settimana, e nuovi luoghi e occasioni di offerta come «L'Ospedale che vaccina», le scuole e la verifica dello stato vaccinale durante lo screening cervicale; elemento qualificante del Piano campano è il legame con i risultati: valgono solo le dosi registrate e i fondi arrivano per tappe – il 30% all'avvio, il resto al crescere della copertura fino al saldo oltre il 92% – con scadenze precise e una valutazione a un anno.

In particolare, il coinvolgimento di scuole e università a livello regionale o locale rappresenta una leva molto importante per informare adolescenti e famiglie e facilitare l'accesso alla vaccinazione anti-HPV. In Lombardia, un protocollo tra Regione, Ufficio scolastico regionale e associazioni[44], presentato nel marzo 2024, promuove iniziative di informazione e sensibilizzazione sulla vaccinazione anti-HPV e sullo screening per la prevenzione del tumore della cervice uterina. Sul versante universitario, l'ASP di Palermo, con l'Ente Regionale per il diritto allo Studio Universitario (ERSU), organizza dal 2025 Open Day nelle residenze universitarie, dove gli studenti possono iniziare o completare il ciclo anti-HPV e aggiornare le altre vaccinazioni raccomandate; anche a Brescia, dopo le prime iniziative del novembre 2025, sono state programmate nuove giornate vaccinali nelle sedi universitarie a novembre 2026; l'Università Bocconi di Milano ha previsto una campagna con somministrazione in Ateneo da marzo 2026.

Si tratta di misure replicabili anche in altre Regioni e per altre vaccinazioni.

44 Si tratta della DGR XII/1124 di ottobre 2023, che approva lo schema di protocollo d'intesa tra Regione Lombardia, Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia, ACTO-Italia, F.A.V.O, Fondazione Umberto Veronesi ETS e LILT Lombardia per la realizzazione di iniziative finalizzate alla prevenzione dell'infezione HPV.

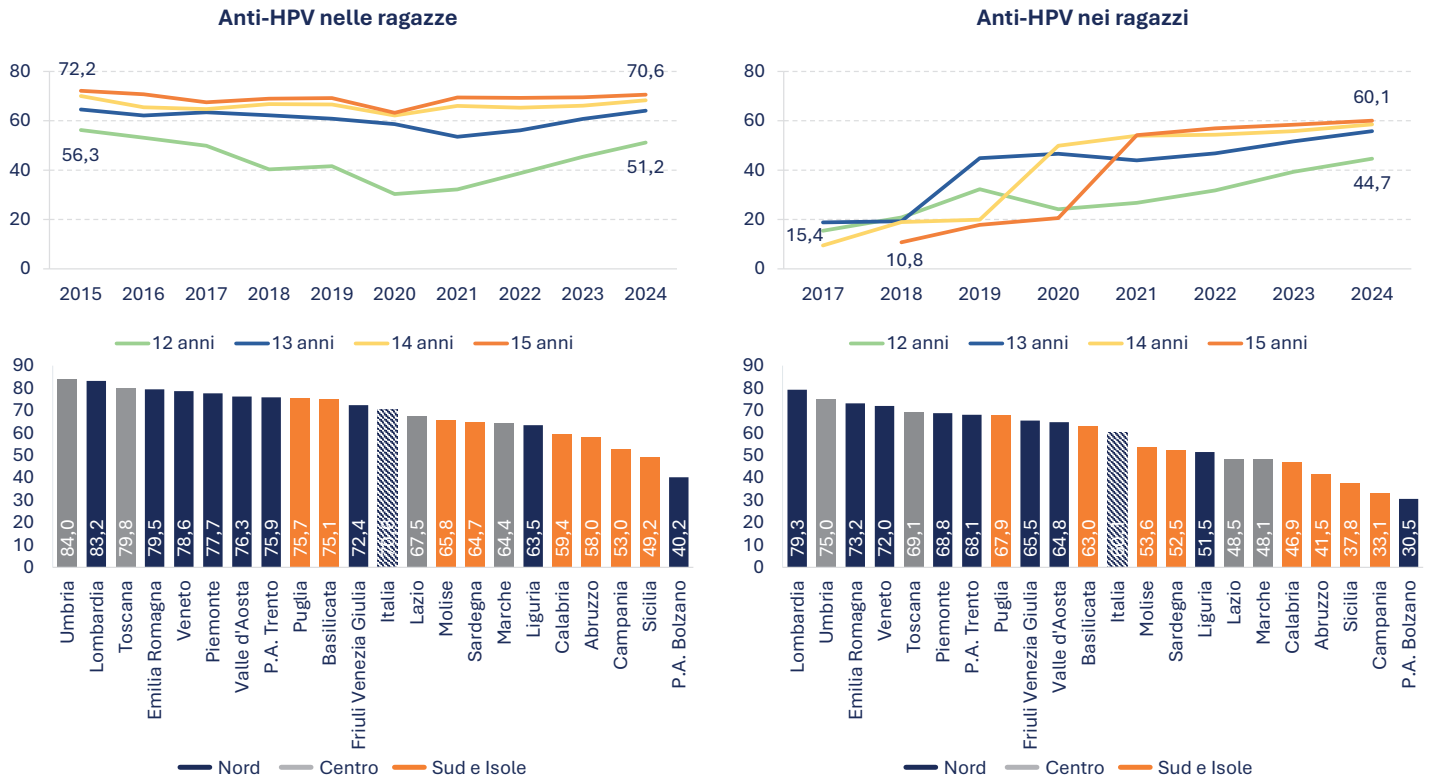


Figura 17. A sinistra: Andamento delle coperture vaccinali anti-HPV per ciclo completo nelle ragazze di 12, 13, 14 e 15 anni in Italia con focus sulla copertura nelle quindicenni della coorte 2009 nelle Regioni italiane (%), 2015–2024.
A destra: Andamento delle coperture vaccinali anti-HPV per ciclo completo nei ragazzi di 12, 13, 14 e 15 anni in Italia con focus sulla copertura nei quindicenni della coorte 2009 nelle Regioni italiane (%), 2017–2024

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2026

Nell'età adulta e anziana, la vaccinazione contribuisce a prevenire forme gravi di malattia e complicanze che possono compromettere il controllo delle patologie croniche e l'autonomia delle persone.

Per gli adulti, il Calendario Vaccinale prevede che vengano offerte gratuitamente e attivamente dal SSN le seguenti vaccinazioni: richiamo contro difterite, tetano e pertosse, antinfluenzale e anti-COVID-19 a partire dai 60 anni, anti-pneumococcica e anti-Herpes Zoster nei 65enni. Le persone con condizioni di rischio possono accedere a queste vaccinazioni anche prima dell'età per cui sono raccomandate.

La vaccinazione antinfluenzale rappresenta un indicatore particolarmente significativo della capacità di raggiungere la popolazione anziana, perché richiede ogni anno una nuova adesione e una programmazione capillare dell'offerta. Nella stagione 2024–2025 la copertura tra le persone di 65 anni e più è pari al 52,5%, in diminuzione rispetto al 53,3% della stagione precedente. Dopo il picco del 65,3% raggiunto nel 2020–2021, si è osservata una riduzione per quattro stagioni consecutive, che ha riportato il dato al di sotto del 54,7%

registrato nel 2019–2020. I valori più elevati si registrano in Umbria (64,1%), mentre i più bassi nella P.A. di Bolzano (33,4%); in generale, le coperture sono inferiori al Sud (48,4%) rispetto al Centro (56,9%) e al Nord (53,4%). Significativamente, nessuna Regione ha raggiunto il target minimo del 75%.

I risultati sono ancora più critici nella popolazione generale, dove la copertura si è attestata al 19,6% (in aumento rispetto al 18,9% della stagione precedente), con valori superiori al 20% soltanto nella fascia d'età 2-4 anni (22,3%).

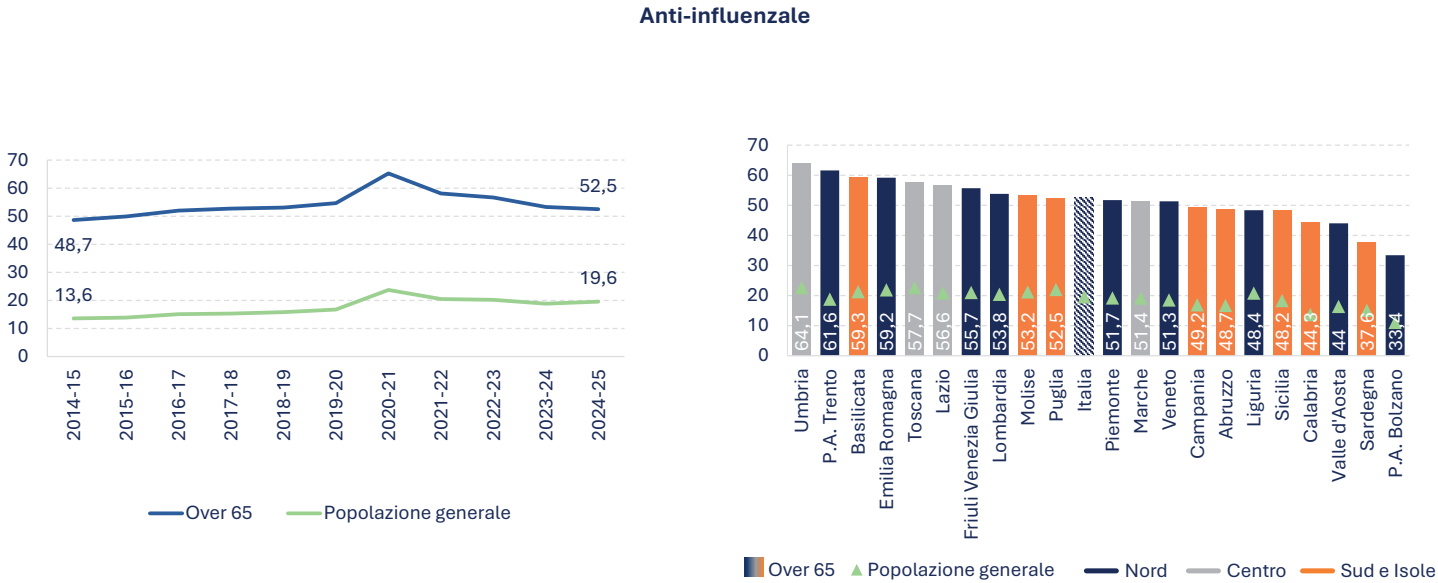


Figura 18. A sinistra: Andamento delle coperture vaccinali anti-influenzali nella popolazione generale e nelle persone di 65 anni e più in Italia (%), stagioni 2014–2015, 2024–2025. A destra: Coperture vaccinali anti-influenzali nella popolazione generale e nelle persone di 65 anni e più nelle Regioni italiane (%), stagione 2024–2025

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2026

Il rafforzamento delle campagne stagionali richiede un'offerta da un lato più capillare e accessibile e dall'altro un monitoraggio capace di individuare tempestivamente i ritardi. In questa direzione, il Decreto ministeriale del 16 febbraio 2026 ha portato da trimestrale a settimanale la trasmissione all'Anagrafe nazionale vaccini dei dati sulla vaccinazione antinfluenzale, l'unica interessata dalla modifica, con l'obiettivo di seguire in tempo reale l'andamento delle coperture e intervenire rapidamente dove emergono criticità[45].

La Circolare per la stagione 2026–2027 abbassa inoltre a 60 anni l'età per la raccomandazione dei vaccini potenziati e, in continuità con la stagione precedente, valorizza la seduta antinfluenzale come occasione per la co-somministrazione delle altre vaccinazioni raccomandate nell'adulto, a partire da quella anti-COVID-19, antipneumococcica e anti-Herpes Zoster, favorendo un percorso di prevenzione più integrato.

45 Il tema del monitoraggio riguarda però anche la circolazione dei virus. A marzo 2026 le Regioni hanno sospeso la trasmissione dei dati alla sorveglianza integrata dei virus respiratori RespiVirNet, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, in attesa di una regolamentazione coerente con le norme sulla protezione dei dati personali. Di conseguenza si è interrotta anche la pubblicazione del bollettino settimanale. Nella risposta del Governo alla Camera dei deputati del 10 luglio 2026 è stata confermata la necessità di adeguare la disciplina delle sorveglianze speciali sul trattamento dei dati personali, precisando che proseguiva l'alimentazione di PREMAL, il sistema nazionale che raccoglie le notifiche dei casi di malattie infettive soggette a segnalazione.

Con riferimento alla vaccinazione anti-COVID-19, nella stagione 2024–2025 la copertura tra gli over 60 si ferma al 4,5%, meno della metà della stagione precedente, con valori compresi tra l'11,5% dell'Emilia Romagna e meno dello 0,5% in Sicilia, Campania, Calabria e Umbria. La stagione 2025–2026 non segna un'inversione di tendenza. Secondo il rapporto dell'ECDC pubblicato a luglio 2026, l'Italia ha trasmesso dati soltanto per gli over 80, con una copertura del 5,8%: circa la metà della mediana europea (11,4%) e lontana dai Paesi più virtuosi, come la Danimarca, che supera l'85%. Il dato segnala dunque un'adesione stabilmente bassa anche tra le persone più esposte a forme gravi, sulla quale pesano la minore percezione del rischio e la stanchezza vaccinale. La campagna 2026–2027, avviata con la Circolare del 1° ottobre scorso, conferma l'offerta attiva e gratuita alle persone dai 60 anni, agli ospiti delle strutture per lungodegenti, alle donne in gravidanza, agli operatori sanitari e alle persone fragili, e raccomanda la co-somministrazione con il vaccino antinfluenzale.

Per lo pneumococco e l'Herpes Zoster, offerti gratuitamente ai 65enni e alle persone con condizioni di rischio, il primo ostacolo è informativo: non sono infatti disponibili dati puntuali di monitoraggio a livello regionale. Gli unici numeri disponibili derivano da stime e dati parziali. In ogni caso, i tassi di copertura sono molto distanti dagli obiettivi minimi – 75% per lo pneumococco e 50% per l'Herpes Zoster.

Le stime autoriferite della survey OBVIOUS a livello nazionale sono pari rispettivamente al 39,5% e al 9,6%, con coperture più elevate nel Nord-Est[46], mentre le stime degli esperti sull'intera popolazione over 65 si collocano al di sotto del 30% e intorno al 5%. Le stime trovano conferma nei dati amministrativi. Tra le poche Regioni che hanno reso pubblici i dati per entrambe le vaccinazioni, il Veneto grazie anche alla chiamata attiva nel 2025 riporta coperture nei nuovi 65enni del 54,4% per lo pneumococco e del 54,1% per lo Zoster; l'Emilia Romagna registra rispettivamente il 31,2% e il 29,4%; la Lombardia il 13,1% e il 4,8%. Si tratta di vaccinazioni che non sono legate alla stagione influenzale e possono essere somministrate in qualsiasi momento dell'anno: un elemento ancora poco conosciuto, che offre però l'opportunità di distribuire l'offerta lungo tutto l'anno.

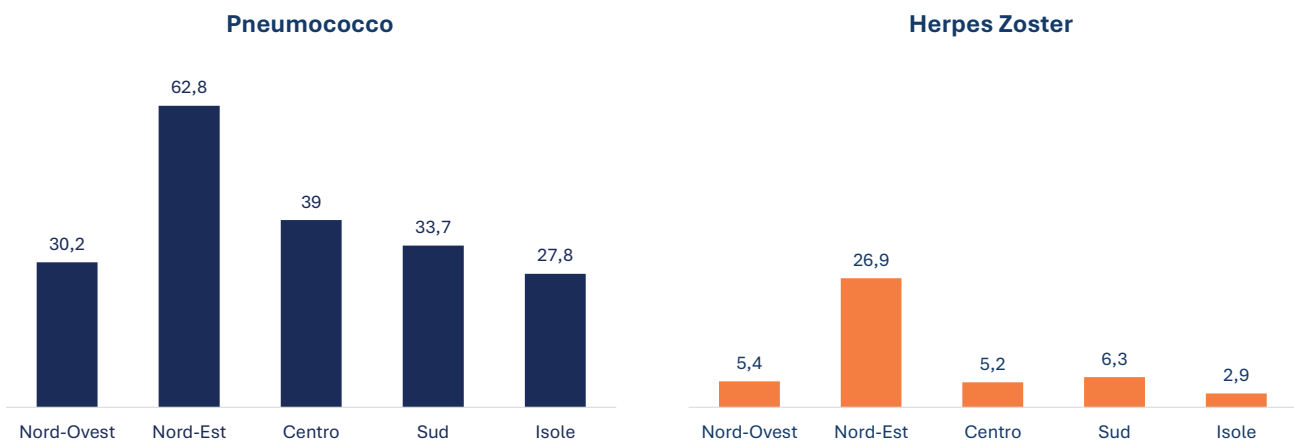


Figura 19. A sinistra: Stima della copertura vaccinale autoriferita contro lo Pneumococco nei 65enni nelle macroaree italiane (%), 2022. A destra: Stima della copertura vaccinale autoriferita contro l'Herpes Zoster nei 65enni nelle macroaree italiane (%), 2022

Fonte: TEHA Group su dati OBVIOUS Study, 2026

46 Di Valerio Z., La Fauci G., Scognamiglio F. et al. (2024), "Pneumococcal vaccine uptake among high-risk adults and children in Italy: results from the OBVIOUS project survey". BMC Public Health; Salussolia A., Capodici A., Scognamiglio F. et al. (2024), "Herpes zoster (HZ) vaccine coverage and confidence in Italy: a Nationwide cross-sectional study, the OBVIOUS project". BMC Infect Dis.

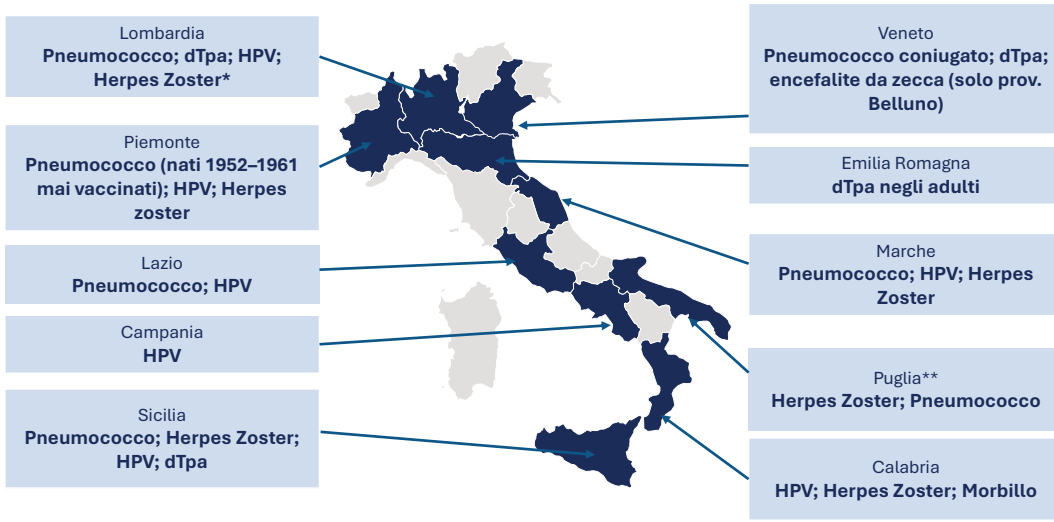
Come per lo pneumococco, anche per il Virus Respiratorio Sinciziale il bisogno di protezione non riguarda soltanto i primi mesi di vita. Negli adulti e negli anziani, soprattutto se fragili o affetti da patologie croniche come scompenso cardiaco e BPCO, il virus è causa di polmoniti, riacutizzazioni di patologie respiratorie croniche e ricoveri: secondo i dati del Ministero della Salute, tra gli over 60 si stimano ogni anno in Italia circa 290.000 casi di infezione, 26.000 ricoveri e 1.800 decessi, numeri probabilmente sottostimati. Il Calendario per la vita promosso dalle società scientifiche raccomanda la vaccinazione dai 75 anni e negli over 60 con patologie croniche, ma un'offerta nazionale per l'adulto non è ancora stata definita e l'accesso dipende dalle scelte delle singole Regioni. La Sicilia, ad esempio, ha già introdotto l'offerta gratuita dai 75 anni (dai 60 anni per le persone con specifiche condizioni di rischio) e, dall'anno in corso, ha coinvolto anche i medici di medicina generale nella somministrazione.

Raggiungere coperture più elevate nell'adulto richiede anche di moltiplicare le occasioni di vaccinazione e di integrare tra loro i diversi punti di offerta. Accanto agli ambulatori dei Medici di Medicina Generale, che restano il setting vaccinale di riferimento per la maggior parte della popolazione adulta, e ai centri vaccinali, un ruolo crescente è svolto dalle farmacie. Perché il loro contributo si traduca in coperture più elevate, l'offerta in farmacia deve essere integrata con quella dei medici di medicina generale e dei centri vaccinali, attraverso protocolli condivisi, la registrazione di tutte le somministrazioni nelle anagrafi vaccinali regionali e il loro collegamento con il Fascicolo Sanitario Elettronico, così da rendere lo stato vaccinale visibile al cittadino e ai professionisti che lo hanno in carico.

Dopo l'esperienza maturata con la campagna anti-COVID-19 e, successivamente, con quella antinfluenzale, la legge n. 182/2025 sulle Semplificazioni ha esteso la possibilità di somministrazione in farmacia, da parte di farmacisti formati, a tutti i vaccini individuati dal PNPV per le persone di almeno 12 anni, previ accordi regionali. Le Marche sono state tra le prime a sperimentare la vaccinazione in farmacia, già a fine 2023, e l'hanno poi resa strutturale per pneumococco, HPV e Herpes Zoster. Nel 2026 il percorso ha conosciuto una forte accelerazione, con numerose Regioni che hanno esteso l'offerta oltre influenza e COVID-19. Si stanno muovendo in questa direzione, ad esempio, Piemonte, Lombardia e Lazio, ma anche diverse Regioni del Mezzogiorno: dopo la Calabria, la Campania e la Puglia, a ottobre la Sicilia ha sottoscritto un accordo che porta in farmacia le vaccinazioni contro pneumococco, Herpes Zoster, HPV e il richiamo dTpa[47].

Il contributo della farmacia di comunità è particolarmente importante alla luce della sua diffusione capillare sul territorio e della facilità di accesso, che possono ridurre significativamente la distanza tra la raccomandazione e la vaccinazione, in particolare per gli anziani e nelle aree interne, dove spesso rappresenta il presidio sanitario più vicino. La stessa logica di prossimità può valere per le Case della Comunità, dove, grazie alla presenza degli MMG, gli adulti – e non solo – dovrebbero potersi vaccinare, per tutte le vaccinazioni raccomandate. Non ultimo, anche gli ospedali possono rappresentare un'importante sede vaccinale, integrando l'immunizzazione nei percorsi dei pazienti fragili, spesso anziani, ad esempio in occasione di ricoveri, visite specialistiche e follow-up.

47 Per un approfondimento sulla cosiddetta "Farmacia dei Servizi" si rimanda al Capitolo 10 del Presente Rapporto.



(*) Per l'operatività delle vaccinazioni per Herpes Zoster in Lombardia sono richiesti ancora decreti attuativi.
(**) Non ancora operativo: serve ancora la ratifica della Giunta.

Figura 20. Fotografia delle vaccinazioni offerte in farmacia (oltre antinfluenzale e anti-COVID-19) nelle Regioni italiane, ottobre 2026
Fonte: TEHA Group su documenti ufficiali regionali, 2026

Il futuro Piano nazionale di immunizzazione 2027–2031 sarà anche l'occasione per rivedere le strategie rivolte all'adulto alla luce delle evidenze e delle opportunità oggi disponibili. La disponibilità di nuovi farmaci e vaccini non può prescindere però da un accesso tempestivo e uniforme sul territorio: tra le priorità figurano l'inserimento nel calendario della vaccinazione anti-VRS per adulti e fragili, da integrare con quelle già previste, e il rafforzamento della prevenzione dell'HPV. Le esperienze regionali più avanzate indicano che le leve più efficaci sono la raccomandazione diretta del professionista sanitario e un'offerta facilmente accessibile nei luoghi in cui le persone vivono, lavorano o ricevono assistenza, mentre la sola informazione ha effetti limitati. Per avvicinare le coperture dell'adulto ai target prefissati, appare prioritario, tra le altre cose:

- realizzare un'anagrafe vaccinale nazionale alimentata da dati sistematici e aggiornata in tempo reale, capace di misurare le coperture anche negli adulti e di dialogare con il Fascicolo Sanitario Elettronico e con i sistemi di medici, farmacie e ospedali;
- rendere ordinaria la chiamata attiva anche per adulti e fragili, attraverso SMS, messaggistica, telefonate o lettere, accompagnata quando necessario da un supporto concreto alla prenotazione;
- destagionalizzare l'offerta antipneumococcica e anti-Herpes Zoster, informando i cittadini che queste vaccinazioni possono essere effettuate in qualsiasi momento dell'anno, e sfruttare in modo sistematico la co-somministrazione;
- inserire la verifica dello stato vaccinale nei percorsi di cura dei pazienti cronici e fragili – PDTA e PPDTA, visite specialistiche, dimissioni ospedaliere, ingresso in RSA – coinvolgendo gli specialisti e prevedendo l'invio diretto agli ambulatori vaccinali;
- estendere in modo uniforme l'offerta di prossimità – farmacie, Case della Comunità, luoghi di lavoro, vaccinazione a domicilio per le persone con difficoltà a spostarsi – con protocolli condivisi tra ASL, medici e farmacisti;
- investire nella formazione dei professionisti, anche sul colloquio motivazionale, e in campagne di comunicazione mirate che facciano conoscere numeri e rischi delle malattie prevenibili;

- individuare risorse dedicate e legarle ai risultati raggiunti, rivedendo gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia in una logica di immunizzazione lungo tutto l'arco della vita, così da includere anche le vaccinazioni dell'adulto oggi non monitorate.

Nel loro insieme, queste azioni delineano il passaggio da un modello ancora prevalentemente legato a singole campagne vaccinali a una strategia di immunizzazione lungo tutto l'arco della vita, programmata sulla base dei bisogni e integrata nei percorsi ordinari di prevenzione e assistenza. Rendere l'offerta proattiva, capillare e facilmente accessibile, sostenuta da dati interoperabili e dal coinvolgimento coordinato di tutti i professionisti e i presidi del territorio, è la condizione per trasformare le opportunità offerte dall'innovazione in coperture effettive e ridurre le ancora ampie differenze territoriali e sociali nell'accesso alla prevenzione.

4.4 L'ORGANIZZAZIONE E L'ADESIONE ALLE CAMPAGNE DI SCREENING

Gli screening – strumento di prevenzione secondaria – si rivolgono a persone apparentemente sane per individuare una malattia, o il rischio di svilupparla, prima che si manifesti: lesioni precancerose e tumori in fase iniziale, quando le possibilità di cura sono maggiori, malattie congenite e metaboliche alla nascita, ma anche fattori di rischio cardiovascolare che possono restare a lungo senza sintomi. Come per l'immunizzazione, un'offerta organizzata, gratuita e con chiamata attiva consente di raggiungere anche chi non si rivolgerebbe spontaneamente ai servizi, contribuendo a ridurre le disuguaglianze nell'accesso alla diagnosi precoce.

Le analisi condotte da OCSE e Commissione Europea mostrano che nei Paesi con una maggiore partecipazione allo screening mammografico il rapporto tra mortalità e incidenza è più basso[48]. La partecipazione resta però molto diversa tra i Paesi europei: nel 2024 la quota di donne di 50–69 anni sottoposte a mammografia supera l'80% in Danimarca, Svezia e Finlandia, mentre è inferiore al 40% in diversi Paesi membri, fino al 14,5% registrato in Grecia nel 2023. Per ridurre queste differenze, il Piano europeo di lotta contro il cancro ha fissato l'obiettivo di offrire gli screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto ad almeno il 90% della popolazione eleggibile.

In Italia il SSN garantisce gratuitamente, nell'ambito dei LEA, tre programmi di screening oncologico organizzato, dedicati ai tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto, oltre a garantire lo Screening Neonatale Esteso (SNE), offerto a tutti i nuovi nati e ampliato negli anni. Manca invece ancora un programma nazionale di screening cardio-nefro-metabolico, nonostante le evidenze sui benefici sanitari ed economici che potrebbe generare. Per tutti questi programmi, i risultati dipendono dalla capacità di raggiungere gli aventi diritto e dalla risposta all'invito: su questi aspetti si concentrano le principali differenze territoriali e sociali analizzate nei paragrafi seguenti.

Accanto ai tre programmi di screening oncologico, si stanno strutturando ulteriori percorsi di diagnosi precoce, attraverso sperimentazioni nazionali e iniziative regionali, anche in risposta a una Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea del 9 dicembre 2022, che invitava i Paesi membri a valutare anche l'introduzione di programmi di screening per i tumori del polmone, della prostata e dello stomaco, sulla base delle evidenze e della fattibilità organizzativa.

Per il tumore del polmone, in Italia sono già disponibili percorsi gratuiti di diagnosi precoce mediante TAC toracica a basso dosaggio, rivolti a persone ad alto rischio tra 55 e 75 anni, forti fumatori o ex fumatori. L'offerta si è sviluppata soprattutto attraverso 18 centri presenti in 15 Regioni e Province Autonome, riuniti nella Rete Italiana Screening Polmonare (RISP). Per sostenere le attività della Rete, peraltro, la Legge di Bilancio 2026 aveva incluso il programma tra gli interventi sostenuti dai 238 milioni di euro annui destinati alla prevenzione; l'Intesa Stato-Regioni del 10 settembre 2026 ha successivamente definito il riparto di 1,2 milioni di euro: 400.000 euro per le attività dei

48 Commissione Europea e OCSE (2024), "Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on cancer prevention and early detection".

centri nel 2026, 600.000 nel 2027 e 200.000 per il coordinamento nazionale, il monitoraggio e la qualità dei dati. A livello istituzionale, si segnala inoltre un'iniziativa strutturata della Lombardia che, oltre ad aderire alla RISP, con una Delibera di dicembre 2024 aveva disposto per prima l'avvio di un programma organizzato di screening del tumore del polmone su tutto il territorio regionale, con risorse dedicate.

Anche per il cancro alla prostata, il tumore più diffuso nella popolazione maschile, sono già attivi alcuni programmi regionali organizzati e gratuiti. In Lombardia, il percorso avviato nel novembre 2024 è stato progressivamente ampliato fino a includere i 50–64enni, con una ulteriore estensione ai 65-69enni prevista da novembre 2026. In Basilicata, il programma è operativo dal giugno 2025, con accesso dai 50 anni e anticipazione ai 45 anni in presenza di familiarità; secondo i primi dati disponibili, nella sola ASM di Matera sono stati coinvolti 1.483 assistiti e 148 sono stati indirizzati ad approfondimento urologico.

4.4.1 Le campagne di screening oncologici

Gli screening oncologici organizzati offrono gratuitamente alla popolazione target, attraverso un invito attivo e un percorso sottoposto a controlli di qualità dal test all'eventuale trattamento, la possibilità di individuare lesioni precancerose e tumori in fase iniziale. Il PNP 2026–2031 li conferma come Programma Predefinito, vincolante per tutte le Regioni, con obiettivi di estensione degli inviti e di adesione monitorati anche attraverso gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia.

I dati dell'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) consentono di distinguere tre aspetti dei programmi di screening oncologico in Italia: l'estensione degli inviti, che misura la capacità di raggiungere con l'invito la popolazione di riferimento; l'adesione, che misura la partecipazione delle persone invitate; la copertura dello screening, rilevata dall'indicatore del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), che misura quanta parte della popolazione di riferimento ha effettivamente eseguito il test all'interno del programma organizzato[49].

Lo screening cervicale permette di individuare le lesioni precancerose del collo dell'utero prima che evolvano in carcinoma. In Italia, è offerto alle donne tra 25 e 64 anni, con un intervallo generalmente triennale per il Pap test e quinquennale per il test HPV. Insieme alla vaccinazione anti-HPV, è uno dei pilastri della strategia per l'eliminazione del tumore della cervice uterina promossa dall'OMS e ripresa dal Piano europeo di lotta contro il cancro[50].

Nel 2025 la copertura dello screening cervicale scende dal 51% al 48,4%: la lieve crescita dell'adesione, dal 42% al 43,5%, non compensa la contrazione dell'estensione degli inviti, passata dal 117,2% al 106,7%[51]. Al Sud e nelle Isole l'adesione sale dal 31,3% del 2023 al 37%, riducendo la distanza dal Nord (49%); con un'estensione del 98,7%, il ritardo delle Regioni del Mezzogiorno sembrerebbe quindi dipendere più dalla minore partecipazione delle donne invitate che da una limitata estensione degli inviti, anche se la situazione varia da una Regione all'altra: in Calabria, ad esempio, la copertura si ferma al 15,4% per effetto di un'adesione di appena il 16,7%, mentre in Campania (31,4%) pesa soprattutto una minore estensione degli inviti.

Rendere più semplice la partecipazione è quindi importante quanto garantire la regolarità degli inviti: la mancata adesione può riflettere una bassa percezione del rischio, ma anche difficoltà logistiche, barriere linguistiche e scarsa familiarità con i servizi.

49 I dati ONS riguardano solo i programmi organizzati e non comprendono tutti gli esami effettuati su iniziativa personale (cd. spontaneo).

50 La Strategia fissa per il 2030 gli obiettivi "90-70-90": vaccinare il 90% delle ragazze entro i 15 anni, sottoporre il 70% delle donne a un test di screening ad alta efficacia entro i 35 e di nuovo entro i 45 anni e garantire un trattamento adeguato al 90% delle donne con lesioni precancerose o tumore. Vaccinazione e screening agiscono quindi in modo complementare: la prima riduce progressivamente le infezioni e le lesioni nelle coorti vaccinate, il secondo continua a proteggere le donne non vaccinate o vaccinate in età più avanzata.

51 Le estensioni superiori al 100% indicano che la Regione ha effettuato inviti di recupero relativi a popolazioni target per gli anni precedenti.

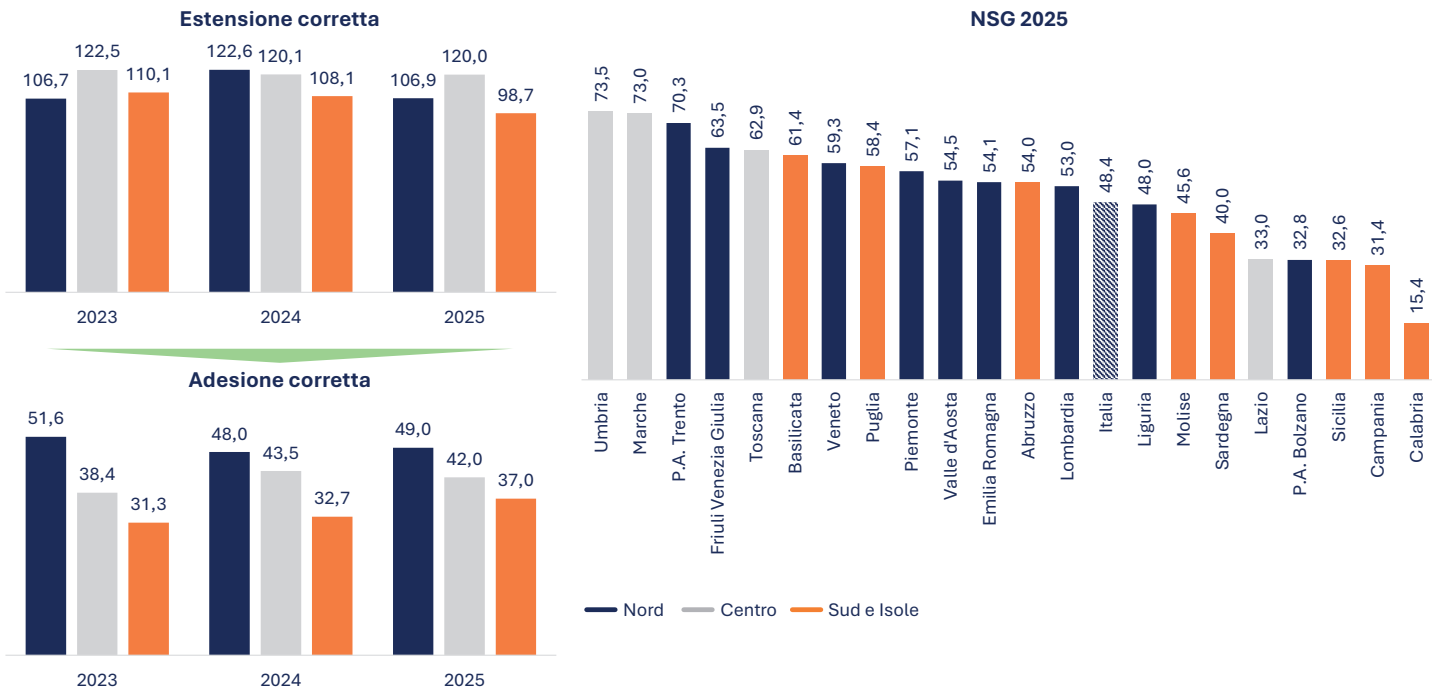


Figura 21. A sinistra: Estensione e adesione corrette ai programmi di screening cervicale nelle donne di 25–64 anni per macroarea geografica (%), 2023–2025. A destra: Copertura da esami dello screening cervicale nelle Regioni italiane, (indicatore NSG in %), 2025

Fonte: TEHA Group su dati Osservatorio Nazionale Screening, 2026

Lo screening mammografico, rivolto alle donne tra 50 e 69 anni con una mammografia a cadenza biennale, si conferma il programma con la copertura più elevata. Nel 2025 la copertura dello screening sale dal 50% al 53,1%: aumenta la partecipazione delle donne invitate, dal 53,8% al 58,4%, mentre l'estensione degli inviti rimane stabile intorno al 96%. I progressi più significativi si osservano nel Mezzogiorno, dove un aumento della partecipazione porta la copertura dal 34,1% al 40%, rispetto al 63,1% del Nord e al 51,6% del Centro. A livello regionale, la copertura varia dall'82,2% della P.A. di Trento al 13% della Calabria. In quest'ultima, la partecipazione delle donne invitate è quasi raddoppiata, ma l'estensione degli inviti si dimezza, scendendo dal 69,2% al 33,1%. Il miglioramento dell'adesione non è quindi sufficiente ad aumentare la copertura se diminuisce la quota di donne invitate.

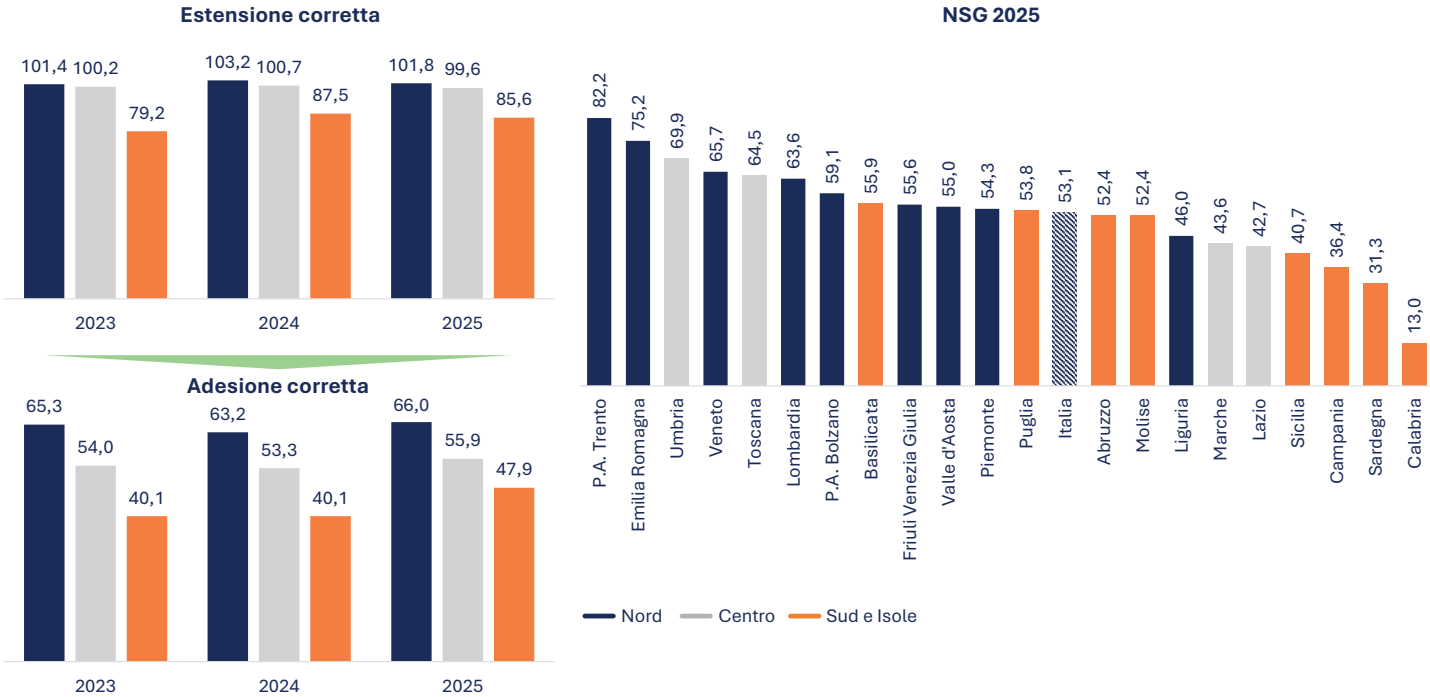


Figura 22. A sinistra: Estensione e adesione corrette ai programmi di screening mammografico nelle donne di 50–69 anni per macroarea geografica (%), 2023–2025. A destra: Copertura da esami dello screening mammografico nelle Regioni italiane, (indicatore NSG in %), 2025

Fonte: TEHA Group su dati Osservatorio Nazionale Screening, 2026

Lo screening colorettale, oltre a diagnosticare i tumori in fase iniziale, consente di individuare e rimuovere le lesioni precancerose, riducendo così non solo la mortalità ma anche l'incidenza della malattia. Nella popolazione target, donne e uomini tra i 50 e i 69 anni, il programma si basa prevalentemente sulla ricerca del sangue occulto nelle feci ogni due anni, seguita da approfondimento endoscopico in caso di positività.

Nel 2025 l'estensione degli inviti allo screening colorettale aumenta dal 94% al 98,2%, mentre la partecipazione delle persone invitate rimane ferma al 35,8%. La copertura dello screening è salita al 34,9%, confermandosi però la più bassa tra i tre programmi. Il divario territoriale riguarda soprattutto la partecipazione degli invitati. Al Sud l'estensione degli inviti sale al 91%, avvicinandosi a quella di Nord e Centro, ma effettua il test il 22,1% delle persone invitate, contro il 47,2% del Nord. La quota della popolazione destinataria effettivamente sottoposta al test è quindi del 20% al Sud e nelle Isole, del 47,2% al Nord e del 31,9% al Centro. In Calabria, dove la partecipazione degli invitati è del 6,4%, la copertura si ferma al 5,3%.

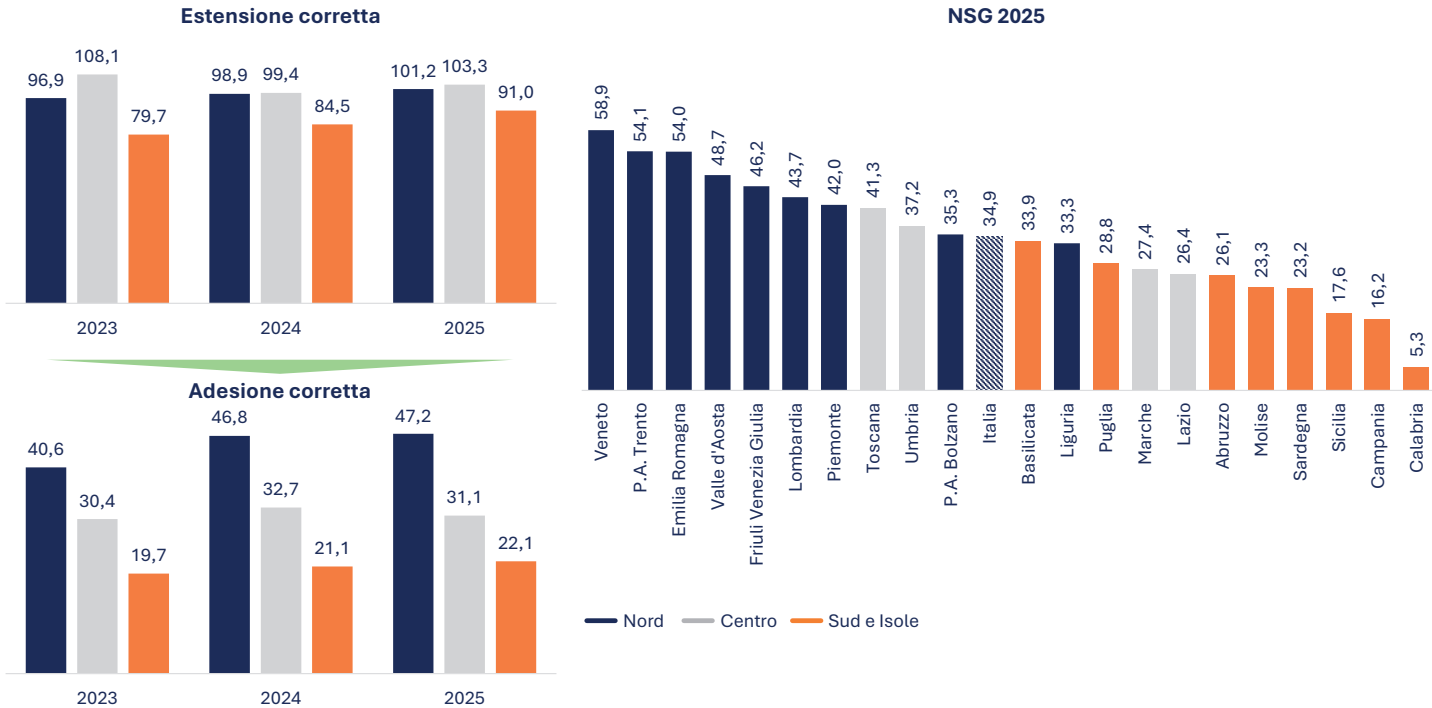


Figura 23. A sinistra: Estensione e adesione corrette ai programmi di screening colorettale nelle donne e negli uomini di 50–69 anni per macroarea geografica (%), 2023–2025. A destra: Copertura da esami dello screening colorettale nelle Regioni italiane (indicatore NSG in %), 2025

Fonte: TEHA Group su dati Osservatorio Nazionale Screening, 2026

Oltre ad aumentare la partecipazione, le politiche europee e nazionali puntano a estendere gli screening organizzati a ulteriori fasce d'età. La Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea di dicembre 2022, ad esempio, suggeriva di estendere lo screening mammografico alle donne di 45–49 e 70–74 anni e individuava la fascia 50–74 anni per quello colorettale[52]. In questa direzione, e in continuità con il PNP 2020–2025 e il Piano Oncologico Nazionale 2023–2027, il PNP 2026–2031 conferma l'ampliamento graduale dell'offerta tra gli obiettivi del Programma Predefinito dedicato agli screening oncologici[53]. In Italia, la Legge di Bilancio 2026 ha previsto risorse per estendere lo screening mammografico alle donne di 45–49 e 70–74 anni e quello colorettale ai 70–74enni, includendo questi interventi tra quelli finanziati con i 238 milioni di euro annui per il rafforzamento della prevenzione. Queste risorse sostengono un percorso già avviato da alcune Regioni con risorse proprie, con l'obiettivo di renderlo via via uniforme sul territorio nazionale.

Secondo i dati ONS riferiti al 2025, e quindi antecedenti agli stanziamenti nazionali del 2026, l'ampliamento dell'offerta era ancora disomogeneo sul territorio. Per lo screening mammografico nelle donne di 45–49 anni, 11 Regioni e Province Autonome hanno avviato gli inviti, mentre nelle altre 10 non risultano inviti per questa fascia d'età; per le 70–74enni, gli inviti sono stati inviati in 13 Regioni, mentre nelle altre 8 non ne risultano. Nel Mezzogiorno, per entrambe le fasce d'età, soltanto la Basilicata ha invitato le donne a effettuare lo screening;

52 Consiglio dell'Unione europea (2022), "Raccomandazione relativa al rafforzamento della prevenzione attraverso l'individuazione precoce: un nuovo approccio dell'UE allo screening dei tumori".

53 Il Programma Predefinito 8 del PNP 2026-2031 comprende l'ampliamento graduale delle fasce d'età degli screening mammografico e colorettale.

nelle altre sette Regioni non risultano inviti. L'estensione degli inviti alle 45–49enni è del 54,2% al Nord e dell'1,7% nel Mezzogiorno; per le 70–74enni è rispettivamente del 79,7% e dell'1,9%[54].

Nel 2025, nei territori che avevano già ampliato l'offerta, la partecipazione delle donne invitate è relativamente elevata: l'adesione corretta nazionale si attesta al 63,9% nelle 45–49enni e al 67,8% nelle 70–74enni. In Basilicata raggiunge rispettivamente il 59,5% e il 74,5%, mostrando come nel Mezzogiorno un'offerta attiva possa incontrare una significativa risposta.

Anche per lo screening colorettale nei 70–74enni, i dati del 2025 descrivono iniziative avviate prima dei nuovi stanziamenti nazionali: 14 Regioni invitano la popolazione di questa fascia d'età a effettuare il test, mentre nelle altre 7 non risultano inviti. Nel Mezzogiorno gli inviti risultano attivi soltanto in Basilicata, Calabria e Campania; in quest'ultima raggiungono una quota molto limitata della popolazione destinataria e i dati sulla partecipazione non sono valutabili. A livello nazionale, l'estensione degli inviti aumenta dal 34,9% del 2024 al 44% del 2025, ma nel Mezzogiorno è pari all'1,9%, rispetto al 69,7% del Nord. Nelle Regioni del Sud che hanno avviato gli inviti è più bassa anche la partecipazione: effettua il test il 18,9% delle persone invitate, contro il 51,1% al Nord. Il quadro indica quindi due priorità: raggiungere con l'invito una quota più ampia della popolazione e facilitare la partecipazione delle persone già invitate.

4.4.2 Lo screening neonatale esteso

Le malattie rare sono, per definizione, poco frequenti: in Europa una malattia è considerata rara quando colpisce non più di 5 persone ogni 10.000. Nel loro insieme, però, riguardano in Italia tra 2,1 e 3,5 milioni di persone, distribuite su migliaia di patologie diverse, per lo più di origine genetica e nel 70% dei casi a esordio in età pediatrica. Arrivare a una diagnosi è spesso il primo ostacolo: in Europa servono in media quasi 5 anni e una parte dei pazienti non ne riceve una definitiva. Per molte di queste malattie il tempo è però decisivo, perché un trattamento avviato prima della comparsa dei sintomi può evitare danni irreversibili, disabilità gravi e, in alcuni casi, la morte[55].

Per individuare precocemente alcune di queste patologie e consentire l'avvio delle cure prima della comparsa dei sintomi, il SSN offre lo screening neonatale esteso (SNE), uno dei più importanti programmi di prevenzione secondaria del SSN, offerto gratuitamente a tutti i nuovi nati. Poche gocce di sangue prelevate dal tallone tra le 48 e le 72 ore di vita e analizzate in laboratori specializzati permettono di identificare malattie gravi prima che si manifestino, consentendo di avviare tempestivamente trattamenti farmacologici o dietetici. Avviato nel 1992 per tre sole condizioni – fenilchetonuria, ipotiroidismo congenito e fibrosi cistica – il programma è stato esteso dalla Legge n. 167/2016 alle malattie metaboliche ereditarie e inserito nei LEA nel 2017. Con 49 patologie, l'Italia è il Paese europeo con il pannello di screening neonatale obbligatorio più ampio e il secondo al mondo dopo gli Stati Uniti.

Dalla fine del 2023 il programma è attivo a pieno regime in tutte le Regioni e Province Autonome, con pannelli omogenei per le patologie previste dalla normativa nazionale. Nel 2024 sono stati esaminati oltre 376 mila neonati, pari alla totalità dei nati, e per la prima volta il Rapporto della Società Italiana per lo Studio delle Malattie Metaboliche Ereditarie e lo Screening Neonatale (SIMMESN) ha reso disponibili anche i dati sugli esiti: quasi 1.300 bambini hanno ricevuto alla nascita la diagnosi di una malattia rara, potendo così avviare tempestivamente le cure disponibili. Le analisi sono garantite da 23 laboratori di screening attivi in 15 Regioni, mentre le altre si avvalgono di accordi interregionali. Resta invece da realizzare l'archivio centralizzato sugli esiti previsto dalla Legge n. 167/2016, necessario per valutare in modo sistematico l'efficacia del programma[56].

54 Questi valori descrivono la quota di donne raggiunte dall'invito, non la partecipazione all'esame.
55 UNIAMO Federazione Italiana Malattie Rare (2026), "MonitoRare – Dodicesimo Rapporto sulla condizione delle persone con malattia rara in Italia".
56 SIMMESN (2025), "Rapporto tecnico sui programmi di screening neonatale in Italia".

Permangono invece forti differenze per le patologie non ancora comprese nel pannello nazionale, offerte soltanto dove le Regioni hanno avviato progetti pilota o approvato delibere specifiche. Nel 2024, ad esempio, la quota di neonati sottoposti a screening è pari al 74,1% per l'atrofia muscolare spinale (SMA), al 51,7% per l'iperplasia surrenalica congenita, al 34,4% per l'adrenoleucodistrofia legata all'X e al 21,3% per le malattie da accumulo lisosomiale, come Gaucher, Pompe, Fabry e mucopolisaccaridosi di tipo I. Il caso della SMA è emblematico: la malattia dispone oggi di terapie in grado di modificarne la storia naturale, tanto più efficaci quanto più precoce è il trattamento, e a fine 2025 sono 18 le Regioni e Province Autonome che offrono lo screening con risorse proprie, lasciando però l'accesso alla diagnosi precoce dipendente dal luogo di nascita.

Un passo avanti decisivo verso una maggiore equità nell'accesso agli screening neonatali è arrivato con l'aggiornamento dei LEA, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 30 settembre 2026 ed efficace dal successivo 30 ottobre. Il decreto ministeriale del 3 agosto 2026 estende lo screening per la SMA a tutto il territorio nazionale, mentre il DPCM del 7 agosto 2026 amplia il pannello a otto ulteriori patologie[57]. Per sostenere nuovi ampliamenti, la Legge di Bilancio 2026 ha istituito un fondo di 500.000 euro per ciascuno degli anni 2026 e 2027, destinato a progetti pilota regionali, e ha incluso lo screening della leucodistrofia metacromatica, già offerto in Toscana e in parte della Lombardia, tra le destinazioni della quota di 238 milioni di euro annui per la prevenzione richiamata in precedenza.

Gli effetti dell'aggiornamento dei LEA dipenderanno dall'attuazione nei territori. Ampliare il pannello richiede laboratori adeguatamente attrezzati, centri clinici di riferimento per la conferma diagnostica e la presa in carico, personale specializzato e sistemi informativi capaci di seguire ogni neonato positivo dallo screening al follow-up. Occorre inoltre ridurre i tempi tra la disponibilità di nuove terapie e l'aggiornamento del pannello, attraverso una revisione periodica e trasparente basata sulle evidenze: l'allargamento a malattie neuromuscolari, immunodeficienze e malattie lisosomiali era già previsto dalla Legge di Bilancio 2019 ed è diventato operativo solo sette anni dopo.

4.4.3 Lo screening cardio-nefro-metabolico

Le malattie cardiovascolari continuano a rappresentare la prima causa di morte, in Europa come in Italia, dove nel 2023 hanno causato circa 206 mila decessi, oltre la metà dei quali tra le donne[58]. Il dato restituisce tuttavia solo una parte del più ampio carico associato al continuum cardio-nefro-metabolico, che lega strettamente patologie cardiovascolari, renali e metaboliche: ampliando quindi lo sguardo anche alle patologie dell'area metabolica, nel 2023 si registrano ulteriori 31 mila decessi.

Una parte rilevante di questo carico è prevenibile: secondo le stime del Global Burden of Disease, infatti, tre decessi cardiovascolari su quattro sono attribuibili a fattori di rischio modificabili, tra i quali pesano soprattutto quelli metabolici, come ipertensione, ipercolesterolemia, glicemia elevata ed eccesso di peso. Si tratta di condizioni che si sviluppano gradualmente e possono restare a lungo senza sintomi. Per questo, accanto alla promozione di stili di vita salutari, diventa decisivo individuarle per tempo, avviando le persone con un profilo di rischio medio-alto a un percorso educativo e, se necessario, farmacologico prima che si verifichi un evento acuto come un infarto o un ictus. Su questo punto insistono da tempo anche le società scientifiche, a partire dalle linee guida europee sulla prevenzione cardiovascolare del 2021, che raccomandano una valutazione sistematica del rischio nelle fasce d'età e nei gruppi più esposti[59].

57 Si tratta di immunodeficienze combinate gravi, comprese quelle da deficit di adenosina deaminasi e di purina nucleoside fosforilasi, iperplasia surrenalica congenita da deficit di 21-idrossilasi, mucopolisaccaridosi di tipo I, adrenoleucodistrofia legata all'X, malattie di Fabry, Gaucher e Pompe.

58 ISTAT (2026). Dei circa 206 mila decessi per malattie del sistema circolatorio registrati nel 2023, 115 mila (56%) hanno riguardato le donne. Il dato riflette anche la maggiore aspettativa di vita femminile e la diversa evoluzione del rischio cardiovascolare nel corso della vita, che nelle donne aumenta significativamente dopo la menopausa. Per approfondire il tema della salute delle donne si rimanda al Capitolo 3 del presente Rapporto.

59 Visseren F.L.J., Mach F., Smulders Y.M. et al. (2021), "2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice". European Heart Journal. La necessità di stratificare il rischio, distinguendo l'intensità degli interventi in base alla probabilità di sviluppare un evento cardiovascolare, è richiamata anche dal citato Piano Nazionale della Cronicità del 2025.

Le potenzialità di un intervento di questo tipo sono state messe in luce da un'analisi di TEHA[60] sulla popolazione italiana tra 40 e 69 anni senza precedenti eventi cardiovascolari. Stratificando il rischio con l'algoritmo SCORE2 della Società Europea di Cardiologia (ESC), la metà dei 24,5 milioni di persone in questa fascia d'età (50,1%) presenta un rischio cardiometabolico medio-alto. In assenza di trattamento, circa 920 mila di queste persone andrebbero incontro a un evento cardiovascolare maggiore nei successivi dieci anni, con un costo complessivo stimato in 13,4 miliardi di euro l'anno tra costi diretti e indiretti. Confrontando i benefici della riduzione del rischio con i costi del programma di screening di popolazione (dalle lettere di invito agli esami e al personale) e dei trattamenti successivi, e ipotizzando un'adesione del 40% della popolazione target, l'investimento genererebbe un ritorno positivo, compreso tra 1,4 e 1,8 euro per ogni euro speso.

La richiesta di un intervento strutturato in questo senso è peraltro sempre più condivisa, sia a livello nazionale che europeo. In Italia, diverse società scientifiche del mondo cardiometabolico e associazioni industriali hanno messo lo screening al centro delle proprie proposte operative[61]. Anche la programmazione sanitaria si sta muovendo in questa direzione: il Piano Nazionale della Prevenzione 2026-2031 riconosce come fondamentali lo screening, la valutazione del rischio e la diagnosi precoce per la prevenzione cardio-cerebrovascolare e richiama esplicitamente lo screening cardiovascolare con chiamata attiva tra le attività che le Regioni sono chiamate a sviluppare[62]. Anche in Europa, associazioni di pazienti, società scientifiche e industria avevano sostenuto il rafforzamento della diagnosi precoce. La European Alliance for Cardiovascular Health (EACH), che riunisce queste componenti, proponeva nella roadmap dell'aprile 2025 controlli cardiovascolari e valutazioni del rischio lungo l'arco della vita. Lo European Heart Network chiedeva percorsi per individuare e prendere in carico le persone ad alto rischio; MedTech Europe ed EFPIA, insieme a Vaccines Europe, richiamavano l'importanza dell'accesso tempestivo alla diagnosi e agli interventi preventivi[63].

Un impulso decisivo è arrivato dalla Commissione Europea, che nel dicembre 2025 ha presentato il Safe Hearts Plan: il primo piano europeo dedicato alla salute cardiovascolare[64] individua nella diagnosi precoce e nello screening uno dei suoi tre pilastri, insieme alla prevenzione e al trattamento. Come previsto dal Piano, il successivo 28 settembre la Commissione ha adottato la proposta di Raccomandazione del Consiglio sui controlli della salute cardiovascolare, che invita i Paesi membri a sviluppare controlli mirati e basati sulle evidenze. In particolare, l'obiettivo della proposta è fare in modo che al 2035:

- almeno il 75% delle persone tra i 25 e i 64 anni (90% degli over 65) si sottopongano alla misurazione della pressione sanguigna una volta all'anno;
- almeno il 65% delle persone tra i 25 e i 64 anni (80% degli over 65) si sottopongano alla misurazione del colesterolo e della glicemia una volta all'anno.

Questi momenti di controllo possono peraltro essere l'occasione di verificare lo stato vaccinale dei cittadini e somministrare eventuali vaccinazioni mancanti.

60 TEHA Group (2025), "Rischio cardiometabolico in Italia. Il ritorno economico di un programma di screening della popolazione".

61 Confindustria Dispositivi Medici (2025), "Piano cardiovascolare per l'Italia - Una proposta per lo sviluppo, a supporto del paziente". In precedenza, nel 2024, l'Italian Federation of Cardiology aveva pubblicato, con il sostegno della Società Europea di Cardiologia, il "Piano Strategico Nazionale per la salute cardiovascolare 2024/2027".

62 Il riferimento è al Programma Predefinito 11, "Prevenzione nella gestione integrata della cronicità", che prevede la diagnosi precoce attraverso modelli di chiamata attiva e lo screening cardiovascolare, anche integrato con la valutazione di altre patologie che condividono gli stessi fattori di rischio, come le demenze.

63 European Alliance for Cardiovascular Health (2025), "A European Cardiovascular Health Plan: The Roadmap"; European Heart Network (2021), "Early detection and cardiovascular disease"; MedTech Europe (2024), "Cardiovascular Health for All – A Call to Action 2024–2029"; EFPIA e Vaccines Europe (2025), "EU Cardiovascular Health Plan – EFPIA & Vaccines Europe position paper".

64 Commissione Europea (2025), "Communication on an EU cardiovascular health plan: the Safe Hearts Plan", COM(2025) 1024 final, 16 dicembre 2025. Oltre ai tre pilastri, il Piano individua tre fattori abilitanti trasversali e dieci flagship initiative. L'obiettivo generale è ridurre del 25% la mortalità cardiovascolare prematura entro il 2035, rispetto ai livelli del 2022.

Anche Meridiano Cardio[65] ha promosso l'istituzione di un programma nazionale di screening cardio-nefro-metabolico organizzato e gratuito, rivolto a tutte le persone tra 45 e 69 anni[66]. Il programma, nello specifico, prevede un questionario sugli stili di vita, la misurazione della pressione arteriosa, della glicemia e dell'emoglobina glicata, la valutazione del profilo lipidico, compresi il colesterolo LDL e la lipoproteina(a), e della funzionalità renale attraverso la microalbuminuria, con l'aggiunta dell'elettrocardiogramma tra i 65 e i 69 anni. Lo screening dovrebbe svolgersi nelle Case della Comunità, con la collaborazione di specialisti ambulatoriali, medici di medicina generale e infermieri, e nelle farmacie, che attraverso la Farmacia dei Servizi offrono già controlli cardiovascolari di prossimità come la misurazione della pressione arteriosa, l'elettrocardiogramma e l'Holter cardiaco e pressorio, con il supporto degli specialisti anche in telemedicina[67].

L'implementazione di un programma di screening dovrebbe rappresentare una delle priorità per il prossimo Piano Nazionale Cardiovascolare che l'Italia è chiamata a realizzare entro il 2027.

In attesa di uno screening cardio-nefro-metabolico più organico, vale la pena sottolineare che negli ultimi anni, sempre nell'ambito della prevenzione delle patologie cardio-metaboliche, si sono registrati progressi significativi per il diabete di tipo 1, che colpisce circa 300.000 italiani, un numero in costante aumento. Con la Legge n. 130/2023, infatti, l'Italia è diventata il primo Paese al mondo a prevedere un programma di screening nazionale organizzato per individuare precocemente il rischio di diabete di tipo 1 o celiachia, le due malattie croniche più frequenti tra i bambini. Il Decreto Ministeriale del 7 agosto 2026, che entrerà in vigore ad aprile 2027, ne ha definito le modalità attuative, prevedendo un'offerta organizzata ad adesione volontaria per i bambini di 5 e 6 anni, con invito collegato alla chiamata vaccinale. Il prossimo passaggio sarà l'attuazione da parte delle Regioni, chiamate a organizzare gli inviti, i test e i percorsi di conferma diagnostica e presa in carico. Una volta che il programma sarà entrato a regime, l'obiettivo è estendere ulteriormente l'offerta fino agli adolescenti.

4.5 AMBIENTE, ONE HEALTH E AMR: NUOVE FRONTIERE DELLA PREVENZIONE

La qualità dell'ambiente costituisce uno dei principali determinanti della salute della popolazione. La disponibilità di aria pulita e acqua sicura, la stabilità del clima, la tutela degli ecosistemi e condizioni di vita e di lavoro salubri incidono direttamente sul benessere e sul rischio di sviluppare numerose patologie. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ambienti più salubri potrebbero prevenire quasi un quarto delle morti: nel 2016, 13,7 milioni di decessi, pari al 24% del totale mondiale, erano attribuibili a fattori di rischio ambientali modificabili[68].

La relazione tra ambiente e salute assume oggi una rilevanza ancora maggiore alla luce della crescente interazione tra inquinamento, cambiamento climatico, perdita di biodiversità e trasformazioni degli ecosistemi. Gli effetti sulla salute possono manifestarsi direttamente, attraverso l'esposizione a inquinanti, sostanze chimiche, temperature estreme o altri eventi climatici, ma anche indirettamente, attraverso conseguenze sulla produzione alimentare, sui movimenti migratori, sulla stabilità economica e sulle disuguaglianze sociali. Particolarmente rilevante è l'impatto sulle malattie non trasmissibili, tra cui patologie cardiovascolari e respiratorie e tumori, mentre il deterioramento degli ecosistemi e una non corretta gestione delle acque e dei rifiuti possono contribuire anche alla diffusione delle malattie infettive e dell'antimicrobico-resistenza.

65 Meridiano Cardio è la piattaforma di dialogo e confronto sulle patologie cardio, cerebro e vascolari di TEHA Group. Per approfondire: TEHA Group, Meridiano Cardio (2026), "La Salute Cardiovascolare in Italia: evidenze, priorità e indirizzi per un Piano Nazionale".

66 La task force di esperti della Società Europea di Cardiologia (ESC), citata dalla Proposta della Commissione, raccomanda specifici controlli della salute cardiometabolica nelle persone tra i 25 e i 34 anni, tra i 35 e i 64 anni e di età pari o superiore ai 65 anni, prevedendo però controlli sistematici con uno screening completo, allineato con quello proposto da Meridiano Cardio, a partire dai 35 anni. La scelta della fascia 45-69 anni mira a una maggiore sostenibilità finanziaria nella fase di avvio, con l'obiettivo di ampliare progressivamente l'offerta. Per approfondire: European Society of Cardiology (2026) "Recommendations for EU-wide cardiometabolic health checks". ESC Newsroom.

67 Cfr. Capitolo 10 del presente Rapporto.

68 OMS (2025), "The impact of chemicals, waste and pollution on human health".

In Europa, nonostante i progressi, significativi soprattutto nella riduzione dell'inquinamento dell'aria, il carico sanitario e sociale associato ai fattori ambientali rimane rilevante. Secondo l'Agenzia Europea dell'Ambiente (EEA), l'inquinamento atmosferico si conferma il principale rischio ambientale per la salute nel Continente: il Rapporto sulla qualità dell'aria pubblicato nel 2026[69] indica che oltre il 90% della popolazione urbana dell'UE è esposto a concentrazioni di particolato fine superiori ai valori guida dell'OMS. Secondo gli ultimi dati disponibili, l'esposizione al PM2,5 oltre soglia è stata responsabile di circa 182.000 decessi nell'Unione[70]; l'Italia era il Paese con il numero più elevato in valore assoluto, oltre 43.000 decessi, pari a 73 ogni 100.000 abitanti: quasi il doppio della media UE (41) e molto al di sopra di Spagna (28), Germania (26) e Francia (22). Più in generale, l'EEA stima che i fattori ambientali contribuiscano a oltre il 18% dei decessi cardiovascolari in Europa, mentre quelli ambientali e occupazionali siano responsabili di circa il 10% dei casi di tumore.

Il peso dei rischi ambientali si estende inoltre all'inquinamento acustico, alle sostanze chimiche, alle temperature estreme e, in generale, agli effetti del cambiamento climatico[71]. Ondate di calore, siccità, incendi e alluvioni espongono la popolazione a rischi crescenti e possono modificare la diffusione delle patologie infettive, allergiche e trasmesse da acqua e alimenti. Tra i rischi più immediati vi è il caldo estremo, che colpisce soprattutto anziani, bambini, persone con patologie preesistenti e gruppi socialmente vulnerabili.

In Italia, i dati dell'estate 2026 mostrano concretamente la rilevanza di questo rischio: tra il 25 maggio e il 15 settembre, in 54 città monitorate[72], la mortalità è risultata complessivamente superiore del 2% rispetto all'atteso, con un incremento del 4% nelle città del Centro-Sud. L'impatto si è concentrato soprattutto sulla popolazione più anziana: tra gli over 85 l'eccesso di mortalità ha raggiunto il 10% a livello complessivo e l'11% nel Centro-Sud. Nonostante l'intensità delle ondate di calore, l'impatto complessivo sulla mortalità è risultato contenuto rispetto ad altri Paesi europei. Tra le possibili spiegazioni, oltre al progressivo adattamento della popolazione, il monitoraggio nazionale richiama il ruolo degli interventi previsti dal Piano operativo nazionale per la prevenzione degli effetti del caldo sulla salute e attuati a livello locale, la cui copertura è progressivamente aumentata tra Regioni, ASL e Comuni, rafforzando le attività di informazione, prevenzione e protezione dei gruppi maggiormente a rischio.

A dieci anni dall'entrata in vigore dell'Accordo di Parigi, il Lancet Countdown 2026 conferma la crescente rilevanza sanitaria del caldo anche a livello globale: nel 2023 si stimano circa 710.000 decessi associati alle alte temperature, il 71% dei quali attribuibile al cambiamento climatico di origine antropica[73]. Secondo l'OMS/Europa[74], negli ultimi 4 anni il caldo ha causato oltre 200.000 decessi nell'UE e negli altri Paesi della Regione, in gran parte prevenibili.

Per ridurre questo impatto, l'OMS/Europa ha presentato nel giugno 2026 la nuova edizione delle linee guida per i piani di prevenzione degli effetti del caldo, che collegano i sistemi di allerta all'individuazione delle persone più esposte, all'attivazione dei servizi sanitari e sociali e alla riduzione dell'esposizione. La loro attuazione richiede una collaborazione stabile tra Istituzioni sanitarie e ambientali e amministrazioni locali. In Italia, le linee di indirizzo ministeriali aggiornate nel luglio 2026 traducono queste indicazioni in misure di prevenzione graduate sui livelli di allerta, affiancate dal monitoraggio degli effetti del caldo sulla salute[75].

69 EEA (2026), "Air quality status in Europe 2026".
70 EEA (2025), "Harm to human health from air pollution in Europe: burden of disease status, 2025".
71 Secondo l'Organizzazione Meteorologica Mondiale (OMM), nel 2025 le concentrazioni dei principali gas serra hanno raggiunto nuovi record: l'anidride carbonica si è attestata a 426,8 parti per milione, il 53% in più rispetto ai livelli preindustriali, e la sua lunga permanenza in atmosfera ne prolungherà gli effetti sul clima per decenni e secoli. Per approfondire: OMM (2026), "WMO Greenhouse Gas Bulletin – No. 22".
72 DEP Lazio - Centro di Competenza Nazionale Dipartimento della Protezione Civile (2026), "Risultati dei sistemi di allarme (HHWWS), del sistema di sorveglianza mortalità giornaliera (SISMG) e degli Accessi in pronto soccorso (PS)".
73 Romanello M., Walawender M., Israelsson J. et al. (2026), "The 2026 report of the Lancet Countdown on health and climate change: a decade of escalating health harms and a decisive moment for all". The Lancet.
74 OMS/Europa (2026), "Heat–health action plans: guidance, second edition".
75 Ministero della Salute (2026), "Linee di indirizzo prevenzione ondate di calore e inquinamento atmosferico – aggiornamento 2026". Luglio 2026.

La prevenzione dei rischi ambientali dipende dalla capacità di integrare gli obiettivi di salute nelle scelte urbanistiche e nelle politiche energetiche, industriali e dei trasporti. Un esempio del rafforzamento di queste misure, sul fronte dell'inquinamento atmosferico, è rappresentato dalla Direttiva UE sulla qualità dell'aria, che stabilisce limiti più rigorosi per il 2030[76]. Il raggiungimento dei nuovi standard richiede interventi coordinati sulle fonti di inquinamento, rendendo più stretto il collegamento tra le decisioni nei diversi settori economici e la tutela della salute.

In Italia, l'integrazione tra prevenzione sanitaria e tutela ambientale ha preso forma con l'istituzione, nel 2022, del Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS), che opera in raccordo con il Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente (SNPA)[77]. Il Programma triennale "Salute, ambiente, biodiversità e clima", adottato il 31 ottobre 2025, definisce le priorità di questa collaborazione, dalla gestione dell'inquinamento e dei rischi climatici alla protezione delle popolazioni vulnerabili. Alle Regioni, attraverso i rispettivi sistemi di prevenzione, è affidato il raccordo tra Dipartimenti di prevenzione, agenzie ambientali e altre Istituzioni coinvolte, per assicurare continuità agli interventi sul territorio[78].

Il Programma potrà valorizzare i risultati dell'omonimo investimento del Piano Nazionale per gli Investimenti Complementari (PNC) al PNRR, collegato alla Missione 6 "Salute". Lo stesso investimento ha portato all'istituzione dello SNPS e i suoi progetti costituiscono una sperimentazione sul campo del Programma. Con una dotazione di 417 milioni di euro, l'investimento sostiene il rafforzamento delle strutture SNPS-SNPA, interventi pilota in due siti contaminati, formazione, ricerca applicata e la piattaforma digitale SNPS-SNPA, destinata a collegare dati sanitari, ambientali e climatici. Il cronoprogramma prevede entro la fine del 2026 l'attivazione di almeno il 50% della rete dati, comprendente almeno dieci anni di informazioni retrospettive. La disponibilità di questa base informativa comune dovrebbe facilitare le analisi epidemiologiche e la valutazione dei rischi, sostenendo la programmazione degli interventi nei territori più esposti.

La relazione tra ambiente e salute riguarda anche l'impatto delle attività sanitarie e la continuità delle cure durante gli eventi climatici estremi. Su questi aspetti lavora SOSTERRETE, la Rete nazionale per la sostenibilità ambientale del sistema sanitario. La roadmap di SOSTERRETE del 2026 individua quattro priorità: definire obiettivi di riduzione delle emissioni, integrare la sostenibilità nella programmazione e nella governance sanitaria, misurare gli impatti ambientali e i rischi climatici e promuovere interventi con benefici sia sanitari sia ambientali. Efficienza energetica, acquisti sostenibili, riduzione degli sprechi e delle prestazioni non necessarie e preparazione agli eventi estremi sono indicati come azioni complementari. La frammentazione di queste iniziative evidenzia tuttavia la necessità di un maggiore coordinamento: occorre una strategia nazionale che definisca obiettivi misurabili, responsabilità e strumenti comuni per monitorare la riduzione dell'impatto ambientale e la capacità dei servizi di rispondere ai rischi climatici[79].

È proprio nell'interazione tra salute umana, animale e ambiente che emergono alcune delle sfide più complesse per i sistemi sanitari, difficilmente affrontabili attraverso interventi circoscritti a un singolo settore. L'antimicrobico-resistenza (AMR) ne rappresenta uno degli esempi più significativi e costituisce, al tempo stesso, uno degli ambiti nei quali l'approccio One Health[80] trova la sua applicazione più concreta. La diffusione di microrganismi resistenti, infatti, non è riconducibile esclusivamente all'utilizzo degli antimicrobici in ambito clinico, ma è il risultato di dinamiche che interessano contemporaneamente i sistemi sanitari e, più in generale, gli ecosistemi. L'utilizzo di antimicrobici nella salute umana e animale, la loro dispersione nell'ambiente e la circolazione di microrganismi resistenti tra persone, animali ed ecosistemi rendono infatti l'AMR un fenomeno fortemente interconnesso.

76 Direttiva (UE) 2024/2881 sulla qualità dell'aria ambiente. Il limite normativo europeo per il PM2,5 previsto per il 2030 resta distinto dal valore guida sanitario dell'OMS. Per il PM2,5, il valore limite medio annuo passerà da 25 a 10 µg/m³, avvicinandosi al valore guida OMS di 5 µg/m³. Il termine per il recepimento nazionale è fissato all'11 dicembre 2026.

77 DL n. 36/2022, art. 27; DPCM 29 marzo 2023, sulle modalità di interazione tra SNPS e SNPA.

78 ISS (2026), "Il Programma triennale Salute, ambiente, biodiversità e clima: tra cambiamento e prospettive future".

79 Punzo O., Reno C. et al. (2026), "Towards an environmentally sustainable and resilient healthcare system: a roadmap for Italy". Front Public Health.

80 L'approccio One Health riconosce la stretta interdipendenza tra la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi e promuove la collaborazione tra settori e discipline diverse nella prevenzione e gestione dei rischi sanitari.

In questo quadro, l'ambiente non costituisce soltanto il contesto nel quale si manifestano gli effetti dell'AMR, ma uno dei comparti attraverso i quali la resistenza può svilupparsi e diffondersi. Il rapporto "Bracing for Superbugs" del Programma delle Nazioni Unite per l'ambiente (UNEP) ha richiamato l'attenzione sul ruolo che l'ambiente può assumere nello sviluppo, nella trasmissione e nella diffusione dell'AMR e sulla necessità di integrare maggiormente la dimensione ambientale nella risposta One Health[81]. Tra i settori sui quali intervenire, UNEP richiama il settore farmaceutico, l'agricoltura e la produzione alimentare, le strutture sanitarie e i sistemi di gestione delle acque reflue.

Secondo le stime del Global Burden of Disease, nel 2021 erano 4,7 milioni i decessi complessivi nel mondo associati all'AMR, di cui 1,1 milioni direttamente attribuibili. In assenza di progressi significativi, nel 2050 i decessi direttamente attribuibili potrebbero raggiungere 1,9 milioni (quelli associati 8,2 milioni), per un totale di oltre 39 milioni nel periodo 2025-2050. Queste evidenze hanno progressivamente spostato l'AMR da problema prevalentemente clinico a sfida sistemica di salute pubblica, riportandola ai vertici dell'agenda internazionale. La Dichiarazione politica delle Nazioni Unite del 2024 fissa l'obiettivo di ridurre del 10% entro il 2030 i decessi associati all'AMR. Il Piano d'azione globale 2026–2036, adottato dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel maggio 2026, traduce questo impegno in una strategia che affianca alla prevenzione delle infezioni l'uso appropriato degli antimicrobici, la sorveglianza e l'innovazione diagnostica e terapeutica. La risposta deve quindi agire contemporaneamente sulla riduzione delle infezioni, sulla capacità di individuare tempestivamente i patogeni e sull'impiego sempre più mirato degli antimicrobici.

Le vaccinazioni contribuiscono a questi obiettivi prevenendo le infezioni e riducendo il ricorso agli antibiotici. Secondo l'OMS, un maggiore utilizzo dei vaccini disponibili e lo sviluppo di nuovi vaccini contro 23 patogeni potrebbero evitare ogni anno, a livello globale, circa 2,5 miliardi di dosi definite giornaliere (DDD) di antibiotici[82]. Alla prevenzione deve affiancarsi una diagnosi tempestiva e accurata, che può contribuire a orientare la scelta terapeutica, e la disponibilità di trattamenti efficaci per le infezioni, attraverso un uso appropriato degli antibiotici esistenti, che ne preservi l'efficacia nel tempo, e lo sviluppo di nuove opzioni terapeutiche.

Gli antibiotici hanno rappresentato una delle innovazioni che più hanno trasformato la medicina moderna, rendendo trattabili infezioni precedentemente associate a un'elevata mortalità e più sicuri numerosi interventi chirurgici e trattamenti complessi. La progressiva perdita della loro efficacia non rappresenta quindi soltanto un problema legato alle malattie infettive, ma rischia di compromettere la sicurezza e l'efficacia di una parte rilevante delle cure oggi disponibili.

Alla crescente necessità di antimicrobici innovativi non sempre corrispondono, tuttavia, incentivi adeguati a sostenerne la ricerca e lo sviluppo. Ciò è evidente se si guarda ai numeri relativi allo sviluppo di nuovi trattamenti: i candidati antibatterici in sperimentazione clinica sono scesi da 97 nel 2023 a 90 nel 2025[83]. A frenare gli investimenti contribuisce un problema economico: i nuovi antibiotici devono essere disponibili al bisogno, ma utilizzati secondo criteri di appropriatezza che ne preservino l'efficacia. Si crea così un disallineamento tra il valore che la disponibilità di un nuovo antibiotico genera per il sistema sanitario e i ricavi ottenibili attraverso il suo effettivo utilizzo. Una remunerazione basata prevalentemente sui volumi di vendita fatica quindi a riconoscerne il valore per il sistema sanitario e a sostenere i costi e i rischi della ricerca.

È da questo "market failure" che deriva la necessità di combinare meccanismi di incentivazione Push e Pull: i primi intervengono prevalentemente nelle fasi di ricerca e sviluppo, riducendo i costi e il rischio sostenuti dagli sviluppatori; i secondi intervengono sul valore riconosciuto all'innovazione una volta raggiunto il mercato, con l'obiettivo di rendere economicamente sostenibile lo sviluppo di nuovi antimicrobici senza incentivarne un utilizzo inappropriato.

81 UNEP (2023), "Bracing for Superbugs: Strengthening environmental action in the One Health response to antimicrobial resistance".

82 OMS (2024), "Estimating the impact of vaccines in reducing antimicrobial resistance and antibiotic use: technical report". La stima comprende il potenziale contributo sia dei vaccini disponibili sia di quelli ancora da sviluppare.

83 OMS (2025), "Analysis of antibacterial agents in clinical and preclinical development: overview and analysis 2025".



Figura 24. Alcuni meccanismi di tipo "Push" e "Pull" per incentivare la R&S di antibiotici

Fonte: elaborazione TEHA Group, 2026

I meccanismi Push mobilitano risorse pubbliche e private per sostenere direttamente le attività di ricerca e sviluppo, attraverso finanziamenti alla ricerca, grant, partnership pubblico-private, incentivi fiscali e altri strumenti di condivisione del rischio. Negli ultimi anni, questi strumenti hanno consentito di convogliare risorse significative verso la ricerca sull'AMR e di costruire un ecosistema internazionale che coinvolge Istituzioni pubbliche, centri di ricerca, organizzazioni non profit e imprese.

Tra gli esempi di sostegno diretto, CARB-X accompagna lo sviluppo di nuovi antibiotici dalle fasi precliniche alle prime sperimentazioni nell'uomo, attraverso finanziamenti e assistenza scientifica e regolatoria. La Global Antibiotic Research and Development Partnership (GARDP), creata dall'OMS e dalla Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi), sostiene anche le fasi successive, integrando sviluppo clinico e accordi per l'accesso ai trattamenti. Entrambe le iniziative condividono costi e rischi della ricerca.

L'ampiezza delle risorse Push mobilitate non ha tuttavia risolto il problema strutturale dell'attrattività del mercato. Il sostegno alla ricerca può ridurre il costo e il rischio dello sviluppo, ma non garantisce da solo che un nuovo antibiotico, una volta approvato, generi ricavi sufficienti a rendere sostenibile l'investimento. È qui che assumono particolare rilevanza i meccanismi Pull, finalizzati a riconoscere il valore dell'innovazione e a creare condizioni economiche più prevedibili dopo lo sviluppo del prodotto.

I meccanismi Pull possono assumere configurazioni differenti, dai premi legati al raggiungimento di specifici obiettivi di innovazione ai revenue guarantee, dai modelli di abbonamento alle forme di esclusività regolatoria e ad altri strumenti di prezzo e rimborso. L'elemento caratterizzante dei modelli maggiormente innovativi è il principio del "delinkage", ossia la separazione, totale o parziale, della remunerazione dell'antibiotico dai volumi effettivamente utilizzati.

In questo ambito, in Italia, dal 1° gennaio 2025, l'accesso al Fondo per i farmaci innovativi è stato esteso anche agli antinfettivi che soddisfano i requisiti previsti, fino a un massimo di 100 milioni di euro annui. I nuovi criteri AIFA per il riconoscimento dell'innovatività dei farmaci indicano in particolare gli antibiotici "di riserva" o attivi contro patogeni prioritari per l'OMS, ancora coperti da brevetto o protezione normativa dei dati e monitorati attraverso i registri AIFA per l'impiego nelle infezioni multiresistenti. La spesa coperta dal Fondo è esclusa dal tetto degli acquisti diretti e dal relativo payback e ha raggiunto 24,4 milioni di euro nel primo trimestre del 2026[84]. Il modello sostiene quindi l'accesso attraverso risorse dedicate, ma resta legato ai medicinali effettivamente utilizzati.

Parallelamente alle iniziative nazionali, anche l'Unione Europea ha progressivamente rafforzato il proprio intervento. La riforma della legislazione farmaceutica, adottata dal Consiglio il 28 settembre 2026 e in attesa del voto finale del Parlamento europeo, prevede due strumenti complementari per sostenere lo sviluppo e la disponibilità degli antimicrobici. Il primo è un voucher trasferibile di esclusiva destinato a chi sviluppa antimicrobici prioritari, che consente di ottenere un anno aggiuntivo di protezione regolatoria sullo stesso antimicrobico o su un altro medicinale, purché quest'ultimo non abbia superato i 490 milioni di euro di vendite annue negli anni precedenti. L'estensione può ritardare la concorrenza dei medicinali equivalenti, preservando più a lungo i ricavi del prodotto scelto. L'impresa può anche vendere il voucher a un'altra azienda, ottenendo così un ricavo indipendente dalle vendite del nuovo antimicrobico. A differenza della maggior parte delle disposizioni, che si applicheranno dopo un periodo transitorio di due anni, le norme sul voucher saranno operative dall'entrata in vigore. Il secondo strumento è un modello volontario di abbonamento per gli acquisti congiunti tra Paesi membri, con contratti pluriennali che prevedono pagamenti totalmente o parzialmente indipendenti dai volumi venduti, a fronte di forniture continuative.

La sostenibilità della risposta all'AMR dipende, in definitiva, dalla capacità di tenere insieme tre obiettivi: sostenere l'innovazione, garantire la disponibilità e l'accesso ai nuovi trattamenti e preservarne l'efficacia nel tempo.

84 AIFA (2026), "Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio-Marzo 2026".

5. LIFE SCIENCES E NUOVA GEOPOLITICA DELLA SALUTE: LA SFIDA COMPETITIVA PER L'EUROPA E L'ITALIA

Per molti anni, Stati Uniti ed Europa sono stati i principali protagonisti delle Life Sciences a livello mondiale, concentrando gran parte delle attività di ricerca e produzione. Oggi, però, questo equilibrio sta cambiando. Accanto a questi due poli sta emergendo la Cina, che grazie alla rapida crescita delle proprie capacità industriali e innovative sta assumendo un ruolo sempre più importante nel settore.

L'evoluzione degli equilibri nel settore può essere letta lungo 3 dimensioni chiave: il mercato, la ricerca e l'innovazione. La quota del mercato farmaceutico globale detenuta dagli Stati Uniti è cresciuta dal 42,3% nel 2010 al 54,7% nel 2025[1], consolidando ulteriormente la leadership americana. Nello stesso periodo, l'Europa ha visto ridursi il proprio peso relativo dal 29,2% al 23,7%, mentre la Cina è arrivata al 6,5% del mercato mondiale.

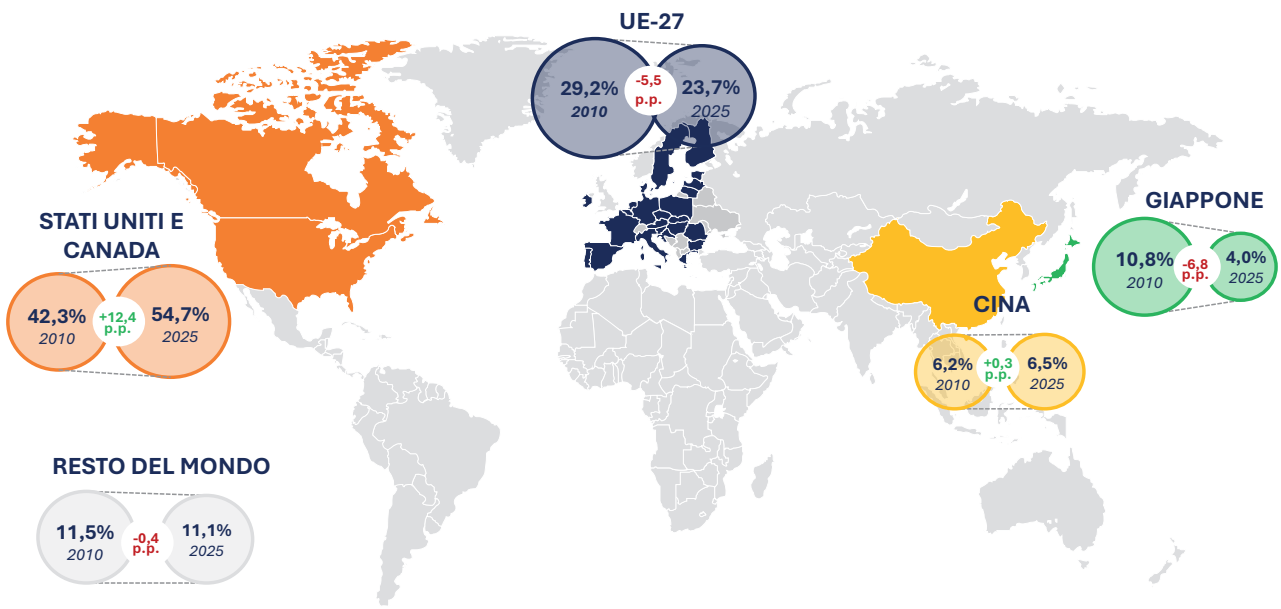


Figura 1. Mercato farmaceutico mondiale (% del totale), 2010 e 2025

Fonte: TEHA Group su dati EFPIA e altre fonti, 2026

1 Il dato include anche il mercato canadese.

Anche il Giappone ha registrato un significativo ridimensionamento del proprio peso, con una quota scesa dal 10,8% nel 2010 a circa il 4% nel 2025. Per riacquisire competitività, il Governo ha recentemente promosso un organo di coordinamento pubblico-privato e, attraverso l'Honebuto 2026 – il Documento di indirizzo della politica economia e fiscale – ha riconosciuto l'innovazione farmaceutica come una priorità strategica per la crescita e la sicurezza economica del Paese.

Parallelamente, anche l'intensità dell'innovazione e della ricerca clinica mostra un progressivo spostamento del baricentro globale verso Pechino. In termini di trial clinici – un importante indicatore che anticipa di alcuni anni quali Paesi si posizionano sulla frontiera dell'innovazione – la quota cinese sul totale ha avuto una crescita dirompente dal 10,1% al 45,8% del totale dei tre blocchi. La quota di nuove entità chimiche e biologiche sviluppate in Cina ha visto un'accelerazione significativa negli ultimi 20 anni, superando l'Europa con il 30% del totale mondiale nel periodo 2021-2025. Questa crescita è avvenuta in parte a scapito degli Stati Uniti ma soprattutto dell'Europa, che ha visto la sua quota ridursi di circa un terzo.

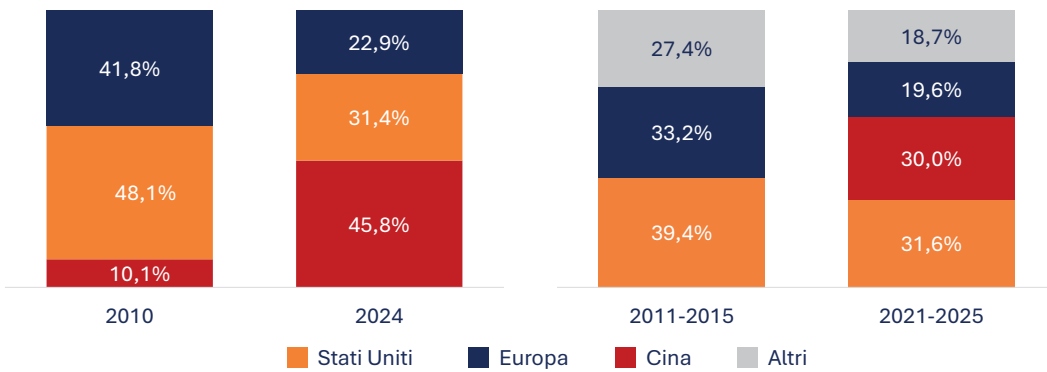


Figura 2. A sinistra: Nuovi trial autorizzati in Europa, Cina e Stati Uniti (% sul totale), 2010 e 2024.
A destra: Nuove entità chimiche e biologiche lanciate (% sul totale mondiale), 2011-2015 e 2021-2025

Fonte: TEHA Group su dati EFPIA e Barwick P.J. et al. (2026), "From Free Rider to Innovator: The Rise of China's Drug Development"

In questo nuovo contesto l'Europa si trova progressivamente stretta tra due modelli contrapposti. Da un lato gli Stati Uniti continuano a rafforzare la propria leadership come principale mercato mondiale per l'innovazione farmaceutica; dall'altro la Cina sta attraversando un periodo di trasformazione da piattaforma manifatturiera per le produzioni a minore valore aggiunto a protagonista della ricerca e dello sviluppo di nuovi farmaci. Questa trasformazione sta avvenendo con una tale rapidità che la sua portata non è ancora pienamente compresa da molti osservatori.

Alla base dell'accelerazione cinese vi è una strategia industriale di lungo periodo. Tra il 2010 e il 2024, grazie alla mobilitazione di risorse pubbliche e private sempre più importanti, gli investimenti nella R&S farmaceutica sono cresciuti da 1,4 miliardi a 14,7 miliardi di euro, mentre l'occupazione nelle attività di ricerca farmaceutica è quasi quadruplicata, passando da circa 55 mila a oltre 202 mila addetti.

Nel settore biofarmaceutico, tra il 2015 e il giugno 2025 gli investimenti di venture capital in Cina (14% del totale globale) hanno doppiato quelli nell'Unione Europea (7%), mentre gli Stati Uniti hanno mantenuto la loro posizione di leadership con il 63% del totale[2]. A questa crescita si affianca il nuovo Piano Quinquennale 2026-2030 che individua nella biomedicina una delle "industrie del futuro", prevede una

2 Commissione Europea, 2025.

crescita annua di almeno il 7% della spesa nazionale in ricerca e sviluppo e mobilita risorse finanziarie di dimensioni rilevanti attraverso investimenti pubblici e strumenti di credito dedicati.

Ciò che emerge dalla crescita del settore in Cina è il progressivo sviluppo di un ecosistema completo capace di competere lungo tutte le principali dimensioni del settore: ricerca, sperimentazione clinica, innovazione, accesso e industria. Per l'Europa questo significa confrontarsi con un competitor che non agisce più soltanto sul costo del lavoro o sulla capacità produttiva, ma sempre più sulla capacità di attrarre innovazione e investimenti ad alto contenuto tecnologico.

Per comprendere come stia evolvendo la geografia globale delle Life Sciences è necessario analizzare alcune dimensioni chiave che influenzano sempre più la capacità dei diversi ecosistemi di attrarre ricerca, innovazione e investimenti.

Un primo elemento riguarda la ricerca clinica. Gli Stati Uniti mantengono un vantaggio significativo nei tempi di autorizzazione delle sperimentazioni cliniche (30 giorni[3]), mentre la Cina ha progressivamente ridotto il gap e oggi presenta una velocità superiore rispetto all'Europa con 70 giorni[4] vs. 106 giorni[5]. Il Biotech Act europeo (maggiori dettagli sono forniti nel Paragrafo 5.5) ha identificato nei tempi di approvazione uno dei parametri più importanti nella decisione di localizzazione dei trial da parte delle aziende, ma l'obiettivo di riduzione dei tempi a 75 giorni, anche se pienamente attuato, non consentirebbe di colmare il divario esistente con i principali competitor globali.

Anche sul fronte della rapidità nell'accesso all'innovazione emergono differenze significative. Tra il 2021 e il 2024 il tempo medio che intercorre tra l'approvazione di un farmaco e la sua effettiva disponibilità per i pazienti è stato pari a 19,6 mesi nell'UE-27, contro gli 11,8 mesi in Cina[6] e appena 4 mesi negli Stati Uniti[7]. Il divario è ancora più evidente in alcuni grandi Paesi europei: 17,9 mesi in Spagna, 21,1 in Francia e 14,7 in Italia, che arrivano però fino a 27,7 se si considerano anche i tempi di approvazione a livello regionale[8,9]. In un contesto in cui le imprese selezionano sempre più attentamente i mercati di primo lancio, tempi di accesso così differenti rischiano di incidere in misura crescente sull'attrattività dei diversi Paesi.

A fronte di risultati negativi su molti versanti, la qualità del capitale umano e della ricerca scientifica continua a rappresentare un punto di forza del Vecchio Continente. Nel 2025 l'UE registra il più alto numero di pubblicazioni nel campo delle Life Sciences per abitante (149,6 ogni 100.000 abitanti, contro 136,4 negli Stati Uniti e 53,7 in Cina) e il più elevato impatto scientifico, con 1,52 citazioni per pubblicazione rispetto alle 1,48 della Cina e 1,31 degli Stati Uniti[10].

Tuttavia, il primato europeo nella produzione di conoscenza si traduce solo in parte in capacità di innovazione e valorizzazione industriale, anche a causa dei fattori già citati come i tempi lunghi di approvazione e accesso e una più bassa protezione della proprietà intellettuale. I brevetti concessi rappresentano, in questo senso, un indicatore utile della capacità di trasformare la ricerca in tecnologie con potenziale commerciale. Come approfondito nel Capitolo 6, infatti, la capacità di tradurre la ricerca nella brevettazione di innovazioni farmacologiche e tecnologiche negli ultimi anni ha subito una battuta di arresto in Europa rispetto a Stati Uniti e Cina[11].

3 Food and Drug Administration, 2025.
4 National Medical Products Administration, 2026.
5 Commissione Europea, 2026.
6 CIRS (2025), "Class 1 Innovative Medicines Approved in China (2022–2024): An International Comparison".
7 IQVIA (2024), "Assessing Availability of New Drugs in Europe, Japan, and the U.S.".
8 Osservatorio Regional Access, 2026.
9 Al netto dei tempi regionali, in Italia il tempo medio dall'approvazione alla disponibilità misurato dal WAIT Indicator è di 14,7 mesi.
10 Scimago, 2026. Per «Pubblicazioni/citazioni nelle Life Sciences» si intendono le pubblicazioni/citazioni in Biochimica, Bioingegneria, Chimica, Farmacologia, Genetica, Immunologia, Ingegneria biomedica, Microbiologia, Medicina, Neuroscienze, Professioni mediche, Tossicologia.
11 Tra il 2004 e il 2024 i brevetti concessi nel farmaceutico a richiedenti dell'UE-27 sono scesi da 4.798 a 4.471, dopo il picco di oltre 7.000 del 2013. Nello stesso periodo quelli concessi a richiedenti cinesi sono passati da 1.880 a 12.297, superando dal 2021 gli Stati Uniti (10.504 nel 2024). Nelle tecnologie mediche i brevetti europei sono più che raddoppiati, da 4.636 a 10.300, ma restano lontani da Stati Uniti (26.330) e Cina, che è passata da 462 a oltre 31.000.

Per l'Europa, la sfida per i prossimi anni non deve consistere soltanto nel difendere le posizioni raggiunte, ma nell'adattarsi a un contesto radicalmente diverso da quello che aveva caratterizzato l'espansione del settore negli ultimi due decenni. Il rischio, peraltro, non è necessariamente quello di una contrazione assoluta. L'industria europea può continuare a crescere in termini di investimenti, produzione e occupazione e, allo stesso tempo, perdere progressivamente rilevanza rispetto a Stati Uniti e Cina. È questa forma di declino relativo a essere particolarmente insidiosa: meno immediatamente visibile, ma capace nel tempo di spostare progressivamente all'estero le attività a maggiore valore aggiunto, dalle prime fasi della ricerca e sviluppo clinico, fino ai lanci commerciali e alla produzione delle tecnologie più innovative.

5.1 LE LIFE SCIENCES TRA CRESCITA ECONOMICA, SALUTE E AUTONOMIA STRATEGICA

Le Life Sciences non sono soltanto un settore industriale ad alta intensità di conoscenza: rappresentano un'infrastruttura strategica per la prosperità, il benessere e la resilienza dell'Europa. Il loro valore si esprime lungo tre dimensioni strettamente interconnesse. La prima è economica, per il contributo alla crescita, all'occupazione qualificata, alla produttività e alla competitività. La seconda è sociale, perché farmaci, dispositivi medici e ricerca migliorano la salute e la qualità della vita. La terza, emersa con particolare forza dopo la pandemia, riguarda la sicurezza nazionale e l'autonomia strategica: la capacità di sviluppare, produrre e garantire l'accesso a medicinali e tecnologie sanitarie essenziali è diventata decisiva per la resilienza dei Paesi di fronte alle tensioni geopolitiche e alle vulnerabilità delle catene globali del valore. Considerare congiuntamente queste tre dimensioni consente di comprendere perché la competitività delle Life Sciences sia oggi una priorità non solo sanitaria, ma anche economica e geopolitica.

Le Life Sciences rappresentano uno degli ecosistemi industriali a maggiore intensità di conoscenza e valore aggiunto dell'economia europea, nel quale ricerca scientifica, innovazione tecnologica, manifattura avanzata e competenze altamente specializzate si integrano lungo filiere strategiche per la competitività del Continente.

Sul piano produttivo si evidenzia la centralità delle Life Sciences nel panorama industriale europeo. Nel 2025 il valore della produzione farmaceutica ha superato i 500 miliardi di euro (oltre +150% rispetto al 2010), confermando il comparto tra i principali settori manifatturieri ad alto valore aggiunto del continente. All'interno dell'Unione Europea, l'Italia si colloca al secondo posto per valore della produzione, con 56,1 miliardi di euro[12], alle spalle dell'Irlanda (87,7 miliardi) ma prima di Germania e Francia, con rispettivamente 37,5 e 33 miliardi di euro[13].

La combinazione di ricerca, manifattura avanzata e competenze altamente specializzate si traduce in livelli di produttività particolarmente elevati. Il valore aggiunto per addetto delle Life Sciences è pari a circa 255.000 euro[14], un livello superiore a quello di comparti quali finanza, elettronica e automotive. Per comprendere la rilevanza di questo dato, basti considerare che, se tutti gli occupati nell'UE presentassero lo stesso livello di produttività, il PIL europeo sarebbe pari a quasi il doppio di quello degli Stati Uniti.

La rilevanza economica delle Life Sciences emerge anche dalla dimensione occupazionale. Considerati congiuntamente, il settore farmaceutico e quello dei dispositivi medici impiegano direttamente in Europa quasi 1,9 milioni di persone, pari a circa l'1% del totale degli occupati e in crescita del 37% dal 2010[15]. Di queste, circa 955.000 lavorano nell'industria farmaceutica[16] e oltre 930.000 nei dispositivi medici[17]. All'occupazione diretta si aggiunge quella indiretta e indotta generata lungo la filiera, che coinvolge ricerca scientifica, produzione, servizi, logistica, informatica e numerosi altri comparti.

12 Secondo Farmindustria, nel 2025 la produzione industriale farmaceutica ha raggiunto 74 miliardi di euro.
13 L'Italia scende al terzo posto in Europa se si considera la Svizzera (64 miliardi di euro).
14 Eurostat, 2023.
15 Eurostat, 2026.
16 EFPIA, 2026.
17 MedTech Europe, 2026.

Germania e Italia rappresentano 2 dei maggiori bacini occupazionali, con circa 345.000 addetti complessivi la prima e oltre 206.000 la seconda, mentre altri importanti ecosistemi si sviluppano in Francia, Spagna, Irlanda, Paesi Bassi, Danimarca e Belgio.

Questa capacità di generare valore si riflette infine nella proiezione internazionale dell'industria europea. Nel 2025 l'export farmaceutico europeo ha raggiunto circa 815 miliardi di euro, un valore 4 volte più alto di quello del 2010. L'Italia ha contribuito con 69,2 miliardi di euro di esportazioni, in crescita del 25% rispetto all'anno precedente[18]. Considerando congiuntamente farmaceutica e dispositivi medici, il settore genera un avanzo commerciale di 270 miliardi di euro: circa 265 miliardi dal farmaceutico e 5 miliardi dai dispositivi medici. Le Life Sciences sono fondamentali per gli equilibri macroeconomici europei; in assenza del loro contributo, la bilancia commerciale complessiva dell'UE passerebbe da un avanzo di 128 miliardi a un disavanzo di circa 142 miliardi di euro.

In tale quadro, il rapporto con gli Stati Uniti assume un'importanza strategica. Il mercato statunitense assorbe circa il 40% delle esportazioni e delle importazioni europee sia nel farmaceutico che nei dispositivi medici[19], confermandosi il principale partner commerciale del settore. Questa interdipendenza rappresenta al tempo stesso un punto di forza e una fonte di vulnerabilità: offre alle imprese europee accesso al maggiore mercato mondiale delle tecnologie sanitarie, ma le espone anche alle evoluzioni della politica commerciale e regolatoria statunitense.

Accanto ai comparti consolidati sta emergendo un nuovo segmento di imprese che applicano l'IA alla scoperta di farmaci, alla diagnostica per immagini e alla ricerca clinica. Nel 2024 sono nate 104 startup europee dedicate all'applicazione dell'IA nelle Life Sciences – il 14% del totale – contro le 49 del 2014[20].

Occupazione, valore aggiunto ed esportazioni descrivono tuttavia solo una parte del contributo delle Life Sciences, il cui valore si estende ben oltre la dimensione economica. I prodotti farmaceutici e i dispositivi medici contribuiscono infatti a prevenire le malattie, migliorare diagnosi e trattamenti e aumentare la qualità della vita. Parallelamente, le attività di ricerca generano conoscenze e competenze che si diffondono nell'intero ecosistema scientifico. Le Life Sciences si distinguono quindi per la capacità di generare, oltre al valore economico, un significativo valore sociale.

Restituire questa duplice natura richiede uno strumento capace di tenere insieme due dimensioni che nel dibattito pubblico vengono spesso trattate separatamente. In questo senso, la Figura 3 mette a confronto le Life Sciences con altri importanti settori economici e industriali in Europa: sull'asse verticale trova posto il valore economico, misurato attraverso la produttività del lavoro, mentre sull'asse orizzontale si colloca il valore sociale, calcolato attraverso il Net Impact Sum[21].

Quest'ultimo riconduce in un'unica metrica gli effetti, positivi e negativi, generati dai prodotti e dai servizi delle imprese lungo 4 dimensioni: salute, società, conoscenza e ambiente. Il valore riportato nella matrice corrisponde alla media dei punteggi di Net Impact Sum delle aziende europee di ogni settore[22].

18 EFPIA, 2026.
19 Eurostat, 2026.
20 Interface, 2026.
21 Il Net Impact Sum, sviluppato dalla piattaforma Upright, stima gli effetti positivi e negativi generati dai prodotti e dai servizi delle imprese in 4 dimensioni: società, salute, conoscenza e ambiente. I suoi dati vengono utilizzati dalla Banca Europea per gli Investimenti (BEI) per la valutazione delle ricadute sociali della sua attività. Il modello ricostruisce il mix di attività di ciascuna azienda a partire dai bilanci, documenti societari e dati di mercato. Associa quindi ai diversi prodotti gli impatti individuati nella letteratura scientifica e in banche dati di organizzazioni internazionali. Il Net Impact Sum corrisponde alla differenza tra la somma degli impatti positivi e quella degli impatti negativi ed è espresso in termini relativi per dollaro di ricavi, così da rendere confrontabili imprese di diversa dimensione.
22 Sono considerate 1.105 aziende europee di cui 68 del settore farmaceutico e dei dispositivi medici.

Il posizionamento che emerge è particolarmente significativo. Le Life Sciences si collocano nel quadrante della matrice che combina un alto valore economico con un elevato valore sociale. Altri settori mostrano soprattutto una delle due caratteristiche: energia e finanza presentano un'elevata produttività, ma un impatto sociale netto più contenuto; telecomunicazioni, elettronica e informatica generano effetti sociali positivi, ma un valore economico per addetto inferiore; automotive, trasporti ed estrazione mineraria sono invece penalizzati dalle esternalità negative associate, per esempio, alle emissioni di CO_2.

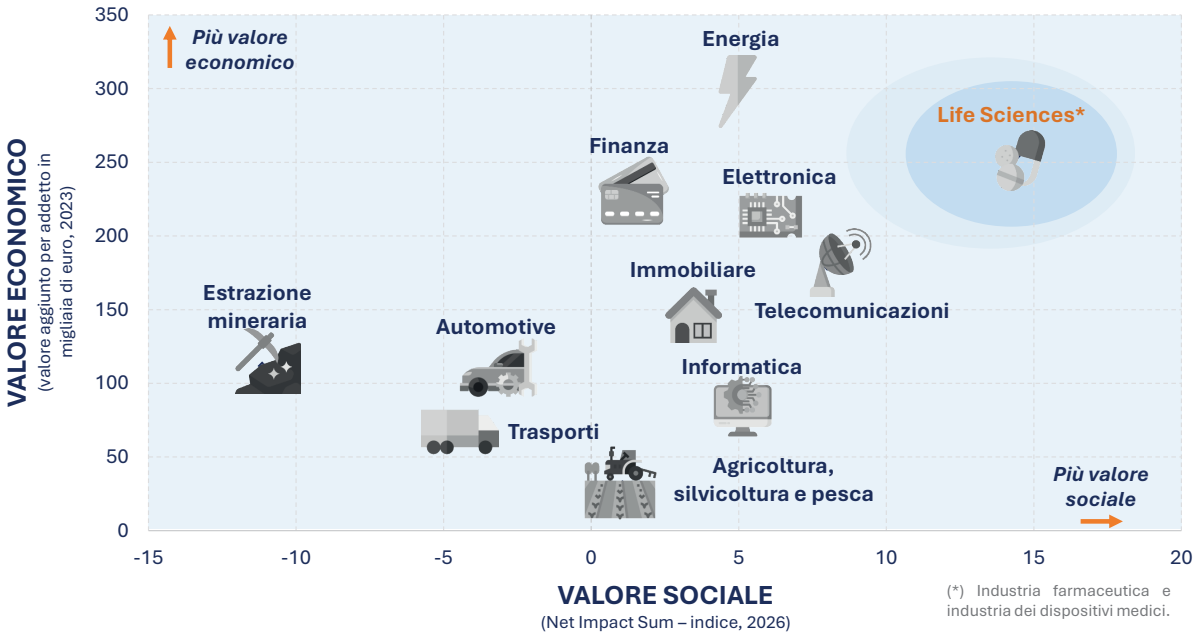


Figura 3. Matrice di posizionamento di alcune industrie europee in termini di valore economico (valore aggiunto per addetto; asse Y) e valore sociale (Net Impact Sum; asse X)

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat e Upright, 2026

Negli ultimi anni è cambiato il modo in cui i Governi interpretano il ruolo del settore delle Life Sciences nel contesto socio-economico. Le carenze di dispositivi di protezione, reagenti, medicinali e capacità produttiva durante la pandemia hanno mostrato che, durante una crisi, l'accesso ai prodotti sanitari essenziali non dipende soltanto dal potere d'acquisto, ma anche dalla posizione occupata nelle catene globali del valore. I Paesi dotati di capacità di ricerca e produzione hanno potuto dare priorità al fabbisogno interno, mentre quelli maggiormente dipendenti dall'estero si sono trovati esposti a restrizioni alle esportazioni, interruzioni logistiche e competizione internazionale per risorse scarse. La crisi non ha quindi creato queste vulnerabilità, ma le ha rese visibili.

Da questa consapevolezza si è consolidato il concetto di "health sovereignty" (sovranità sanitaria), inteso non come completa autosufficienza, ma come capacità di garantire alla popolazione un accesso continuativo a medicinali, dispositivi e tecnologie essenziali anche in presenza di shock esterni. Questo richiede una combinazione di capacità produttive domestiche, fornitori diversificati, partnership affidabili, scorte, e competenze distribuite lungo l'intera filiera: ricerca di base e traslazionale, sperimentazione clinica, principi attivi, componenti, produzione e logistica. La sovranità sanitaria è così divenuta un criterio che orienta simultaneamente le politiche sanitarie, industriali e commerciali.

La crescente convergenza tra salute e sicurezza nazionale emerge anche dal dibattito sulla cosiddetta "biodifesa". In occasione del World Health Summit di Berlino nell'ottobre 2026, è stata sottolineata la necessità di considerare la preparazione alle pandemie e alle minacce biologiche come parte integrante delle politiche di sicurezza nazionale, attraverso investimenti strutturali in prevenzione, ricerca e capacità di risposta alle emergenze.

Vari Paesi stanno traducendo questa impostazione in strumenti concreti. Nell'Unione Europea, il Critical Medicines Act (maggiori dettagli sono forniti nel Paragrafo 5.5) mira a rafforzare la produzione e la disponibilità dei medicinali critici attraverso accesso facilitato ai finanziamenti, criteri di resilienza negli appalti e diversificazione dei fornitori. Negli Stati Uniti, il BIOSECURE Act limita l'acquisto di prodotti da imprese biotecnologiche considerate a rischio geopolitico, collegando direttamente procurement e sicurezza nazionale. In Cina, il già citato 15° Piano Quinquennale 2026-2030 include la biomedicina tra le industrie strategiche emergenti, con la volontà di costruire capacità nazionali lungo tutta la filiera.

Queste politiche alimentano una competizione crescente tra Stati Uniti, Cina ed Europa per attrarre capitale, trial clinici, produzione e talenti. L'intervento di un polo genera una risposta negli altri: incentivi e restrizioni possono spostare gli investimenti, aumentare le dipendenze dei concorrenti e indurre quindi nuove misure difensive da parte di questi ultimi, in un ciclo che si autoalimenta. Le Life Sciences diventano così uno dei terreni nei quali si intrecciano più chiaramente salute pubblica, politica industriale e geopolitica.

La ricerca della sovranità sanitaria comporta tuttavia un equilibrio delicato. Riportare indiscriminatamente ogni fase produttiva entro i confini nazionali sarebbe costoso e difficilmente compatibile con la complessità del settore. La priorità è identificare le capacità e gli input la cui concentrazione genera rischi non accettabili, rafforzando la resilienza senza compromettere la cooperazione scientifica, la concorrenza e l'accesso all'innovazione. Nel nuovo scenario internazionale, la capacità di governare questo equilibrio sarà uno dei temi più importanti dei prossimi anni.

5.2 LE VULNERABILITÀ DELLA FILIERA EUROPEA: PRINCIPI ATTIVI, MATERIE PRIME CRITICHE ED ENERGIA

Produrre medicinali, dispositivi e tecnologie sanitarie in Europa non garantisce, da solo, la sicurezza delle filiere. Anche gli stabilimenti nell'UE possono dipendere da principi attivi, semilavorati, materie prime, componenti ed energia provenienti da Paesi terzi, restando esposti a decisioni politiche, restrizioni commerciali, interruzioni logistiche o shock di prezzo nelle fasi a monte della catena del valore. La presenza degli impianti va quindi distinta dall'effettivo controllo degli input necessari al loro funzionamento. Questa vulnerabilità è particolarmente rilevante nelle Life Sciences, dove sostituire fornitori, materiali o processi può essere molto complesso.

La rilevanza strategica degli input va valutata considerando insieme dipendenza dalle importazioni, concentrazione geografica dell'offerta, tempi e costi di sostituzione e conseguenze dell'indisponibilità sulla produzione e sui sistemi sanitari. In questa prospettiva, principi attivi, materie prime critiche ed energia emergono tra i principali punti di vulnerabilità della filiera europea delle Life Sciences.

La produzione di principi attivi farmaceutici (API) rappresenta una delle criticità più significative. La quota dell'Europa sulla produzione mondiale di API è scesa dal 53% nel 2000 al 25% nel 2023; nello stesso anno, Cina e India concentravano rispettivamente il 44% e il 20% della produzione globale[23]. Tale spostamento è stato favorito soprattutto dalla scarsa redditività dei medicinali maturi e generici, sottoposti a una forte pressione sui prezzi. In Cina e India i costi di sviluppo, produzione e commercializzazione dei generici sono stimati tra il 20% e il 40% di quelli sostenuti in Europa[24].

23 Commissione Europea, 2024.
24 Critical Medicines Alliance (2025), "Strategic Report of the Critical Medicines Alliance".

La dipendenza è inoltre più profonda di quanto indichi la sola produzione delle API. Infatti, anche API formalmente prodotte in Europa possono dipendere a loro volta da materie prime, reagenti e solventi provenienti da un numero ristretto di fornitori extraeuropei. La presenza di produttori finali può quindi nascondere una dipendenza dall'estero nelle fasi più a monte della filiera.

L'outsourcing della produzione di API è alla base di una parte importante delle carenze registrate negli ultimi anni: oltre il 90% delle indisponibilità segnalate per i medicinali critici in Europa riguarda farmaci generici e circa due terzi delle carenze di generici essenziali o critici interessano prodotti con pochi fornitori[25]. Il rischio è quindi particolarmente elevato proprio per medicinali indispensabili al funzionamento quotidiano dei sistemi sanitari, ma caratterizzati da margini ridotti e scarsi incentivi a mantenere capacità produttive ridondanti.

A rafforzare questa dinamica contribuiscono politiche di acquisto ancora largamente concentrate sul prezzo: nonostante la normativa europea[26] consenta di valorizzare criteri diversi dal prezzo nel procurement farmaceutico pubblico, come qualità e resilienza dei produttori, nella maggioranza dei Paesi le gare continuano a essere aggiudicate prevalentemente sulla base dell'offerta meno costosa.

La centralità di questa sfida è confermata dalla Lituania, che tra le priorità per la sua Presidenza del Consiglio dell'UE nel primo semestre 2027 ha individuato la riduzione delle dipendenze strategiche dalla Cina, anche nel settore farmaceutico.

La dipendenza da input produttivi riguarda anche le materie prime critiche[27], indispensabili per la fabbricazione di alcuni medicinali e dispositivi medici. Il lutezio, la cui offerta è controllata dalla Cina per circa l'80%, è impiegato nelle terapie radioligandiche oncologiche; il niobio, oltre il 90% del quale è estratto in Brasile, è necessario per i magneti superconduttori delle apparecchiature per la risonanza magnetica; il boro, la cui produzione è concentrata soprattutto in Turchia, è essenziale per il vetro borosilicato utilizzato in fiale e flaconi ed è impiegato anche in alcune terapie come la boron neutron capture therapy[28].

Si tratta soltanto di 3 esempi, ma la vulnerabilità è molto più ampia: secondo alcune analisi, 32 delle 34 materie prime critiche[29] individuate dalla Commissione Europea hanno applicazioni rilevanti nella produzione di farmaci o dispositivi medici[30]. Alla concentrazione geografica dell'offerta si aggiunge una limitata sostituibilità, poiché il ricorso a materiali o fornitori alternativi può richiedere modifiche ai processi produttivi. Anche materie prime che incidono solo marginalmente sul valore economico del prodotto finale possono quindi rappresentare punti di vulnerabilità decisivi per la continuità della produzione e delle cure.

A queste dipendenze materiali si affianca quella energetica. L'impatto dei costi energetici è particolarmente rilevante nelle fasi di produzione di API, semilavorati e medicinali maturi, contribuendo al divario di competitività rispetto ai produttori asiatici. Secondo il Rapporto Draghi, le imprese europee pagano l'elettricità tra 2 e 3 volte più di quelle statunitensi e il gas naturale tra 4 e 5 volte di più. Rispetto alle concorrenti cinesi, il divario è ancora più marcato.

La vulnerabilità energetica europea non consiste quindi soltanto nel rischio di indisponibilità fisica, ma anche nella difficoltà di mantenere economicamente sostenibili le produzioni strategiche. Politiche volte a riportare sul territorio europeo API e altri input rischiano di essere insufficienti se gli impianti devono operare con costi strutturalmente superiori a quelli dei concorrenti.

25 Ibid.
26 Direttiva 2014/24/UE.
27 Le materie prime critiche sono, nella classificazione della Commissione Europea, materiali di grande importanza per l'economia che presentano un alto rischio di scarsità o di interruzione della fornitura.
28 La Boron Neutron Capture Therapy è un tipo avanzato di radioterapia a bersaglio cellulare utilizzata nei tumori del cervello, i tumori testa-collo e i melanomi. Il trattamento distrugge le cellule malate con una precisione microscopica, proteggendo i tessuti sani vicini.
29 Una materia prima critica (Critical Raw Material) è una materia prima che combina elevata importanza economica per l'economia europea e alto rischio di approvvigionamento, cioè una significativa dipendenza da forniture esterne e/o una vulnerabilità della catena di approvvigionamento.
30 UNECE (2022), "The Impact of COVID-19 on Critical Raw Material Supplies needed for the Healthcare and Possible Mitigation Actions".

A ciò si aggiunge l'esposizione agli shock geopolitici che interessano le principali rotte energetiche. Lo Stretto di Hormuz rappresenta uno dei maggiori punti di concentrazione del sistema globale: nel 2025 vi transitavano circa il 25% del commercio marittimo mondiale di petrolio e quasi un quinto di quello di gas naturale liquefatto[31]. Tensioni o interruzioni lungo questa rotta come quelle verificatesi nel 2026 si traducono rapidamente in aumenti dei prezzi dell'energia, delle materie prime e dei trasporti, con ripercussioni anche sui costi di produzione del settore delle Life Sciences.

Le vulnerabilità descritte non operano in modo isolato, ma possono sommarsi lungo la stessa catena del valore. La disponibilità di un principio attivo può dipendere da semilavorati prodotti all'estero e da processi ad alta intensità energetica; quella di una tecnologia sanitaria può essere condizionata dall'accesso a una materia prima critica e dalla capacità di trasformarla. Rafforzare la sovranità sanitaria europea non significa pertanto produrre internamente ogni input, ma individuare e agire sui punti nei quali concentrazione geografica, limitata sostituibilità e rilevanza clinica possono trasformare una dipendenza commerciale in una vulnerabilità strategica.

5.3 LE TENSIONI GEOPOLITICHE E IL RITORNO DELLE POLITICHE PROTEZIONISTICHE

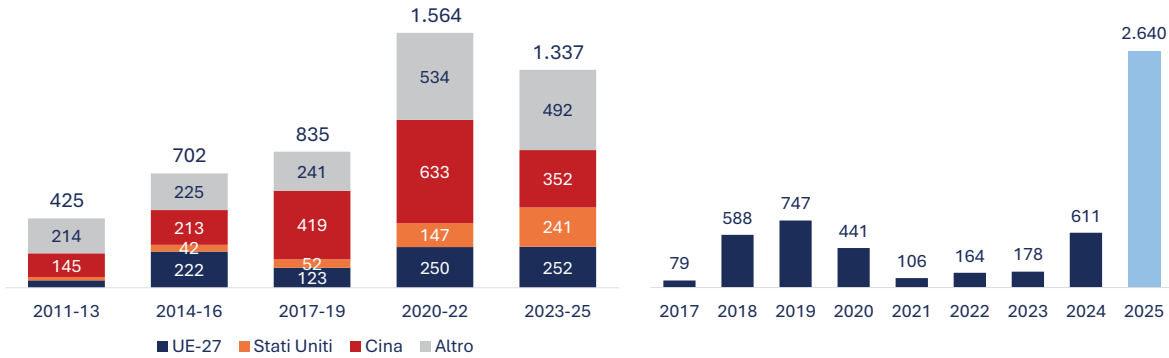
Il riconoscimento della filiera delle Life Sciences come infrastruttura strategica ha trasformato il modo in cui gli Stati interpretano il mercato. A lungo, è stato consentito che ricerca e produzione fossero localizzate soprattutto secondo criteri di efficienza. La pandemia, le tensioni geopolitiche e la competizione per le tecnologie critiche hanno progressivamente messo in discussione questo equilibrio.

Oggi le politiche industriali considerano, oltre ai costi produttivi, la capacità di garantire medicinali e dispositivi medici anche durante crisi o interruzioni degli approvvigionamenti. All'efficienza si è affiancata la resilienza e il controllo della filiera è entrato nelle strategie di sicurezza nazionale, con ricadute sulla politica commerciale e un'intensificazione delle misure protezionistiche.

Il protezionismo di oggi va oltre le tradizionali barriere doganali: ai dazi si affiancano sussidi alla ricerca e alla produzione, crediti d'imposta, requisiti di contenuto locale, controlli sulle esportazioni, scorte strategiche e contratti pubblici che remunerano la disponibilità di capacità produttiva. Diversi per natura e intensità, questi strumenti mirano a modificare gli incentivi di mercato per localizzare ricerca e produzione entro i confini nazionali – reshoring –, in Paesi vicini – nearshoring – o presso partner affidabili – friendshoring.

La rapidità con cui questo approccio si è consolidato emerge chiaramente dall'andamento delle misure protezionistiche[32] adottate in ambito farmaceutico. A livello globale, il loro numero è passato da 425 nel triennio 2011-2013 a 702 nel triennio 2014-2016 fino a 835 nel 2017-2019. La pandemia ha determinato un'ulteriore accelerazione, portando il numero degli interventi a 1.564 tra il 2020 e il 2022[33]. Nel periodo 2023-2025 le nuove misure sono state 1.337: un valore inferiore al picco pandemico, quando i Governi hanno dovuto implementare numerose restrizioni al commercio per evitare carenze di mascherine e vaccini, ma comunque pari a oltre 3 volte quello registrato all'inizio della serie.

31 International Energy Agency, 2026.
32 Per «misure protezionistiche» si intendono tutte quelle politiche commerciali volte ad avvantaggiare la produzione nazionale e proteggere il mercato interno come sussidi, dazi, requisiti di contenuto locale e altri.
33 Global Trade Alert, 2026.



(*) Per «misure protezionistiche» si intendono tutte quelle politiche commerciali volte ad avvantaggiare la produzione nazionale e proteggere il mercato interno come sussidi, dazi, requisiti di contenuto locale e altri.

Figura 4. A sinistra: Nuove misure protezionistiche* nel settore farmaceutico a livello globale (numero), 2011-2025. A destra: Valore dei beni interessati da misure tariffarie a livello globale (miliardi di dollari), 2017-2025

Fonte: TEHA Group su dati Global Trade Alert e Organizzazione Mondiale del Commercio, 2026

La distribuzione geografica degli interventi conferma inoltre che il protezionismo non è riconducibile a un singolo Paese. Tra il 2023 e il 2025 sono state censite 241 nuove misure protezionistiche negli Stati Uniti e 352 in Cina, alle quali si aggiungono 492 interventi nel resto del mondo. Anche l'Unione Europea, storicamente più orientata alla protezione del libero commercio, ha introdotto 252 nuove misure. La politica industriale e commerciale è quindi diventata una componente ordinaria della competizione globale nelle Life Sciences.

L'UE offre diversi esempi di questa evoluzione. Con l'IPCEI Med4Cure, approvato nel 2024, 6 Paesi membri possono mobilitare fino a 1 miliardo di euro di aiuti pubblici a sostegno di progetti farmaceutici e medicali. L'intervento riduce il rischio connesso allo sviluppo e alla prima applicazione industriale di nuove tecnologie, favorendone la localizzazione all'interno dell'UE. Con l'iniziativa EU FAB, l'Unione remunera produttori di vaccini localizzati sul territorio europeo affinché mantengano capacità produttive immediatamente attivabili in caso di emergenza pandemica, fino a un massimo di 325 milioni di dosi all'anno. In questo caso, l'intervento pubblico non finanzia soltanto la produzione effettiva, ma attribuisce un valore economico alla disponibilità preventiva di capacità manifatturiera.

Negli ultimi anni anche la disciplina europea sugli aiuti di Stato ha iniziato ad adattarsi al nuovo obiettivo di rafforzare la resilienza della filiera delle Life Sciences. La base legale resta in larga parte quella già disponibile attraverso l'articolo 106(2) TFUE e il framework del 2012 sui Servizi di Interesse Economico Generale (SGEI), ma è cambiato il modo in cui tali strumenti vengono interpretati e utilizzati. Dal 2025 la Commissione ha chiarito che la sicurezza dell'approvvigionamento dei medicinali critici può costituire un interesse pubblico tale da giustificare obblighi di produzione, mantenimento di capacità produttiva o stock strategici, aggiornando parallelamente la disciplina SGEI. Si tratta quindi non soltanto di un'evoluzione normativa, ma anche di un cambiamento politico: rispetto al paradigma precedente, maggiormente orientato all'efficienza e alla concorrenza, la resilienza e la capacità produttiva domestica sono diventate obiettivi espliciti della politica industriale europea[34].

34 Un esempio particolarmente significativo è la decisione del settembre 2026 con cui la Commissione ha autorizzato 400 milioni di euro di aiuti tedeschi a Sanofi per rafforzare la produzione di insulina in Germania, compensando l'impresa per obblighi di servizio pubblico che includono nuovi investimenti produttivi, livelli minimi di produzione, scorte strategiche e priorità al mercato europeo in caso di carenze. Il caso mostra come strumenti già disponibili prima della pandemia vengano oggi impiegati in modo molto più assertivo per perseguire obiettivi di sovranità sanitaria e sicurezza dell'approvvigionamento, segnando un ulteriore avvicinamento tra politica sanitaria, industriale e di sicurezza economica.

Come ulteriore esempio, a giugno 2025 la Commissione Europea ha escluso le aziende cinesi dalle gare di appalto pubbliche per dispositivi medici con valore superiore a 5 milioni di euro[35].

Il semplice conteggio degli interventi non restituisce tuttavia pienamente la portata del fenomeno. Le misure protezionistiche possono differire considerevolmente per ampiezza, durata e capacità di modificare i flussi commerciali. Per comprendere l'effettiva intensità del ritorno del protezionismo è quindi necessario considerare non soltanto quante misure vengono adottate, ma anche il valore degli scambi interessati e la loro capacità di influenzare le strategie delle imprese.

Da questo punto di vista, il 2025 segna una discontinuità particolarmente rilevante. Secondo l'Organizzazione Mondiale del Commercio, il valore del commercio mondiale interessato da dazi è salito da 611 miliardi di dollari nel 2024 a 2.640 miliardi nel 2025, con un incremento superiore a quattro volte e una quota pari all'11,1% delle importazioni mondiali.

L'evoluzione della politica commerciale degli ultimi anni riflette una trasformazione più ampia del contesto geopolitico, caratterizzato da tensioni crescenti e da una competizione sempre più organizzata attorno ai tre principali poli globali: Stati Uniti, Unione Europea e Cina. In questo scenario, il ricorso a misure protezionistiche non può essere valutato in termini astrattamente positivi o negativi: rappresenta piuttosto una risposta alla crescente imprevedibilità delle relazioni internazionali.

5.4 POLITICHE MFN E DAZI: RISCHI E IMPATTI SULLA COMPETITIVITÀ EUROPEA

Il ritorno di Donald Trump alla Presidenza degli Stati Uniti ha accelerato e ampliato le dinamiche protezionistiche già emerse durante e dopo la pandemia. Nella strategia dell'Amministrazione americana, politica commerciale, contenimento della spesa sanitaria e attrazione degli investimenti produttivi sono diventati obiettivi strettamente interconnessi. L'accesso al mercato statunitense viene così utilizzato non soltanto per incentivare il reshoring della produzione, ma anche per influenzare le politiche di prezzo dei farmaci negli altri Paesi.

Alla base di questa strategia vi sono due fattori principali. Il primo è il forte divario nella spesa farmaceutica tra Stati Uniti ed Europa, riconducibile anche alla diversa configurazione dei rispettivi sistemi sanitari: nel 2024 la spesa pro capite statunitense era pari a circa 1.482 euro, quasi tre volte i 528 euro registrati nell'Unione Europea. Questa differenza ha alimentato nel dibattito politico americano la convinzione che gli Stati Uniti sostengano una quota sproporzionata dei costi dell'innovazione farmaceutica globale, mentre gli altri Paesi sviluppati beneficerebbero degli stessi medicinali a prezzi inferiori.

Il secondo fattore è la crescente pressione sui conti pubblici statunitensi. Tra il 2026 e il 2036, la spesa complessiva per Medicare[36] è prevista aumentare da 1.287 a 2.421 miliardi di dollari, mentre quella per Medicaid[37] dovrebbe passare da 708 a 981 miliardi. Nello stesso periodo, secondo le proiezioni del Congressional Budget Office, il deficit federale crescerà da 1.900 a 3.100 miliardi di dollari e il debito pubblico detenuto dagli investitori dal 101% al 120% del PIL[38]. In questo contesto, le politiche di contenimento dei prezzi dei farmaci perseguono un duplice obiettivo: contribuire alla sostenibilità della spesa sanitaria americana e spingere gli altri mercati avanzati a riconoscere una maggiore remunerazione dell'innovazione.

35 L'unica eccezione riguarda casistiche in cui l'unico fornitore disponibile è un'azienda cinese.
36 Medicare è uno dei 2 principali programmi americani di assicurazione sanitaria pubblica, dedicato principalmente agli anziani. Si articola in 4 parti, tra cui la Parte B, che copre i servizi medici e ambulatoriali, inclusi alcuni farmaci somministrati nelle strutture sanitarie, e la Parte D, dedicata ai farmaci soggetti a prescrizione. Queste sono interessate rispettivamente dai meccanismi MFN GLOBE e GUARD.
37 Medicaid è il secondo grande programma di assicurazione sanitaria pubblica, dedicato principalmente alle persone con basso reddito.
38 Federal Reserve Bank of St. Louis, 2026.

Questa impostazione ha trovato una prima traduzione concreta nell'Executive Order del 12 maggio 2025[39] con cui l'Amministrazione Trump ha posto le basi per l'applicazione del principio del Most Favored Nation (MFN). L'obiettivo è fare in modo che gli Stati Uniti paghino, per determinati medicinali, prezzi non superiori a quelli praticati in un paniere di altri Paesi sviluppati. Si tratta quindi di un meccanismo di international reference pricing, che utilizza i prezzi esteri come riferimento per determinare quelli nazionali.

Il principio MFN viene declinato attraverso un insieme di strumenti. Per i medicinali esistenti, il primo è GENEROUS[40], il modello volontario[41] dedicato a Medicaid e avviato nel 2026. I produttori aderenti – 17 grandi aziende farmaceutiche individuate dal Governo – negoziano con il Governo prezzi applicabili al proprio portafoglio di medicinali, calcolati sulla base dei prezzi netti praticati in un insieme di Paesi benchmark. Il prezzo applicato negli Stati Uniti non può essere più alto del secondo prezzo più basso rilevato in 8 Paesi benchmark[42] – tra cui l'Italia – corretto per il livello di reddito a parità di potere d'acquisto. Il Governo stima che l'applicazione dei prezzi MFN ai medicinali esistenti in Medicaid produrrà risparmi federali e statali pari a 64,3 miliardi di dollari in 10 anni.

A GENEROUS verranno affiancati GLOBE[43] e GUARD[44], due modelli obbligatori proposti per Medicare. GLOBE riguarda una selezione di medicinali di Medicare Part B, prevalentemente somministrati in ospedale o in ambulatorio, tra cui terapie oncologiche, immunologiche e oftalmologiche; GUARD interessa invece alcuni medicinali coperti dalla Part D e dispensati attraverso le farmacie. L'inizio dell'applicazione di GLOBE e GUARD è previsto rispettivamente da ottobre 2026 e gennaio 2027 e, nella configurazione proposta, sarebbero inizialmente applicati in aree geografiche che rappresentano circa il 25% dei beneficiari interessati[45].

Alcune analisi suggeriscono tuttavia che i meccanismi di international reference pricing possono produrre effetti fortemente asimmetrici, determinando aumenti significativi dei prezzi nei Paesi europei di riferimento a fronte di riduzioni relativamente contenute negli Stati Uniti.

Un ulteriore tassello è rappresentato da TrumpRx, la piattaforma lanciata nel febbraio 2026 attraverso la quale i pazienti senza copertura assicurativa possono confrontare e ottenere sconti sui medicinali. Il programma affianca i tradizionali canali assicurativi e riguarda in particolare prodotti acquistati frequentemente fuori dalla copertura, come alcuni farmaci per la perdita di peso e per la fertilità.

Fin dall'inizio, la politica di pricing è stata accompagnata dall'impiego dei dazi come leva negoziale. Nei confronti dei partner commerciali, la prospettiva di tariffe elevate sui prodotti farmaceutici è stata utilizzata per ottenere concessioni commerciali e una maggiore remunerazione dell'innovazione. Il caso più evidente è quello del Regno Unito, che si è impegnato a raddoppiare la spesa per i nuovi medicinali dallo 0,3% allo 0,6% del PIL entro il 2036, a fissare un tetto al 15% per il clawback – nel 2025 era stato del 22,9% – e a innalzare la soglia di costo-efficacia utilizzata dal NICE da 20.000-30.000 a 25.000-35.000 sterline per QALY[46]. In cambio, gli Stati Uniti hanno garantito per 3 anni l'esenzione dei prodotti farmaceutici britannici dai dazi.

39 Executive Order 14297, "Delivering Most-Favored-Nation Prescription Drug Pricing to American Patients".

40 GENErating cost Reductions fOr U.S. Medicaid.

41 A differenza dei modelli GLOBE e GUARD, il modello GENEROUS si applica solo ad aziende invitate a parteciparvi in cambio dell'esenzione dai dazi.

42 Italia, Canada, Danimarca, Germania, Francia, Regno Unito, Svizzera, Giappone.

43 Global Benchmark for Efficient Drug Pricing.

44 Guarding U.S. Medicare Against Rising Drug Costs.

45 Nel GLOBE rientrano determinati medicinali e biologici "single source" (quindi senza competizione da generici o biosimilari) di Medicare Part B, con spesa superiore a 100 milioni di dollari annui e appartenenti a categorie terapeutiche selezionate. GUARD comprende medicinali e biologici "sole source" della Part D in numerose aree, tra cui oncologia, diabete, patologie cardiovascolari, respiratorie e neurologiche. I farmaci già soggetti a un "maximum fair price" (e quindi il selezionato paniere di farmaci il cui prezzo è stato sottoposto a negoziazione dall'Inflation Reduction Act del Presidente Biden) sono esclusi. Per entrambi i modelli si utilizza il prezzo più basso, corretto per il PIL pro capite in PPP, di un paniere di 19 Paesi benchmark: Australia, Austria, Belgio, Canada, Repubblica Ceca, Danimarca, Francia, Germania, Irlanda, Israele, Italia, Giappone, Paesi Bassi, Norvegia, Corea del Sud, Spagna, Svezia, Svizzera e Regno Unito.

46 La soglia di costo-efficacia indica il costo massimo che il sistema sanitario è disposto a sostenere per ottenere un anno di vita aggiuntivo corretto per la qualità (Quality-Adjusted Life Year, QALY). Un QALY corrisponde a un anno vissuto in condizioni di salute ottimali e combina quindi durata e qualità della vita. L'innalzamento della soglia consente di considerare costo-efficaci anche trattamenti più onerosi, favorendo l'accesso ai farmaci innovativi.



Figura 5. Schema di sintesi della strategia del Governo americano

Fonte: elaborazione TEHA Group, 2026

Diverso è stato l'esito del negoziato con l'Unione Europea, che ha portato all'applicazione di un'aliquota complessiva del 15% sui farmaci branded esportati negli Stati Uniti. In questo caso, gli Stati Uniti non hanno potuto collegare direttamente la concessione tariffaria a una revisione delle politiche farmaceutiche europee: la politica commerciale è infatti gestita a livello dell'Unione, mentre le decisioni su prezzi e rimborso restano di competenza dei singoli Paesi membri. Il Presidente Trump ha dichiarato di avere avviato interlocuzioni con alcuni Governi europei per favorire un aumento dei prezzi, ma al momento non risultano accordi comparabili a quello concluso con il Regno Unito.

La stessa leva dei dazi è stata utilizzata anche nei confronti dell'industria. Tra luglio 2025 e aprile 2026 l'Amministrazione ha concluso "accordi MFN" con le già citate 17 grandi aziende farmaceutiche[47]. Sebbene i contenuti rimangano in larga parte riservati e differiscano tra le diverse imprese, gli accordi collegano l'applicazione di prezzi MFN e la partecipazione a TrumpRx a esenzioni tariffarie, condizioni più favorevoli e impegni di investimenti manifatturieri negli Stati Uniti. I dazi vengono quindi usati per orientare simultaneamente pricing, allocazione dei capitali e localizzazione della manifattura.

Per un'azienda farmaceutica, la principale discontinuità consiste nella crescente interdipendenza tra decisioni che in precedenza potevano essere gestite in modo distinto. Un prezzo negoziato in Italia o in un altro Paese benchmark può incidere su quello ottenibile negli Stati Uniti, mentre un accordo tariffario può essere subordinato a investimenti produttivi e a impegni sull'intero portafoglio. Le politiche MFN cambiano quindi le logiche alla base del "launch sequencing" con impatti difficili da prevedere.

Queste politiche possono quindi incidere sulla competitività europea attraverso due canali principali. Il primo canale riguarda gli investimenti manifatturieri: la combinazione tra dazi, esenzioni tariffarie e impegni di localizzazione produttiva contenuti negli accordi MFN può favorire il riorientamento verso gli Stati Uniti di una parte dei capitali destinati a nuovi impianti in Europa. Il secondo riguarda la ricerca e l'innovazione: collegando i prezzi statunitensi a quelli praticati nei Paesi benchmark, il nuovo sistema modifica gli incentivi delle imprese nella localizzazione degli investimenti in ricerca, soprattutto clinica, e nella sequenza dei lanci aumentando il rischio che i medicinali vengano lanciati più tardi, o non vengano lanciati, nei mercati europei meno attrattivi.

47 AbbVie, Amgen, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb, Eli Lilly, EMD Serono, Genentech, Gilead Sciences, GSK, Johnson & Johnson, Merck, Novartis, Novo Nordisk, Pfizer, Regeneron Pharmaceuticals, Sanofi.

Questi rischi non si distribuiscono in modo uniforme tra i vari Paesi benchmark europei. La dimensione del mercato, i prezzi riconosciuti all'innovazione, i tempi di accesso, e tante altre variabili determinano livelli di esposizione differenti tra i 14 Paesi europei inclusi nei panieri benchmark del MFN. Per valutare il livello di esposizione al rischio dei vari Paesi, Meridiano Sanità ha elaborato 2 modelli di esposizione al rischio: il primo misura il rischio di riorientamento degli investimenti manifatturieri, mentre il secondo il rischio di perdita di ricerca e innovazione. I risultati non rappresentano una previsione deterministica, ma una valutazione comparativa delle vulnerabilità strutturali dei diversi Paesi.

5.4.1 I rischi legati alla perdita di investimenti manifatturieri

Il primo canale attraverso cui le politiche MFN possono incidere sulla competitività europea riguarda la localizzazione degli investimenti manifatturieri. Gli accordi conclusi dall'Amministrazione statunitense con le principali aziende farmaceutiche collegano infatti l'accesso a esenzioni tariffarie e condizioni più favorevoli a impegni di espansione della capacità produttiva negli Stati Uniti. Nel complesso, le 17 imprese coinvolte hanno annunciato circa 448 miliardi di dollari di investimenti sul territorio americano entro il 2029[48].

Il rischio per l'Europa non consiste necessariamente nella chiusura immediata degli impianti esistenti, che richiederebbe costi elevati e tempi lunghi, ma nel progressivo riorientamento dei nuovi investimenti. Quando un'impresa deve decidere dove realizzare un nuovo stabilimento, ampliare una linea produttiva o localizzare una tecnologia innovativa, gli incentivi statunitensi e la possibilità di evitare i dazi possono rendere gli Stati Uniti relativamente più attrattivi. Nel tempo, la concentrazione oltreoceano degli investimenti potrebbe tradursi in una perdita di capacità produttiva, competenze e attività ad alto valore aggiunto per l'Europa.

Per valutare l'esposizione relativa dei 14 Paesi europei inclusi nei panieri benchmark del MFN, Meridiano Sanità ha elaborato un modello di esposizione al rischio basato su 6 indicatori equipesati e suddivisi tra cinque fattori di vulnerabilità e un fattore protettivo.

I primi misurano sia quanto un Paese abbia potenzialmente da perdere, sia le condizioni che possono incentivare la riallocazione della produzione: incidenza della produzione farmaceutica sul PIL, numero di impianti delle 17 aziende che hanno sottoscritto accordi MFN, costo dell'elettricità, costo del lavoro manifatturiero e dazi applicati dagli Stati Uniti ai prodotti farmaceutici.

Il fattore protettivo misura invece la presenza di attività la cui rilocalizzazione è più complessa e costosa, e corrisponde alla quota di produzione farmaceutica ad alto valore aggiunto[49]. Produzioni specializzate, integrate con centri di ricerca e basate su competenze difficilmente replicabili sono infatti meno esposte rispetto alle attività più standardizzate, per le quali il differenziale di costo e gli incentivi pubblici possono incidere maggiormente sulle decisioni di localizzazione.

In questo quadro Irlanda e Italia presentano il rischio più elevato[50]. Per la prima, il risultato riflette soprattutto il peso eccezionale della farmaceutica sull'economia nazionale (la produzione farmaceutica vale il 15,6% del PIL[51]) e la forte presenza di aziende che hanno firmato

48 Il 31 agosto 2026 l'Amministrazione statunitense ha annunciato accordi MFN con ulteriori 9 aziende farmaceutiche, portando a 26 il numero complessivo delle imprese aderenti. Tali accordi, prevalentemente rivolti a operatori di medie dimensioni, hanno tuttavia determinato un incremento contenuto della quota di mercato dei farmaci branded coperta dai meccanismi MFN, passata dall'86% all'89%. Anche gli impegni manifatturieri aggiuntivi annunciati, pari ad almeno 19,6 miliardi di dollari, risultano di entità nettamente inferiore rispetto a quelli associati ai primi 17 accordi. Alla luce di questi elementi, le analisi sviluppate nel presente Capitolo mantengono come perimetro di riferimento le 17 aziende originariamente coinvolte, che rappresentano la componente largamente prevalente del mercato interessato dalle politiche MFN.

49 Sulla base della distinzione di Eurostat e OCSE tra prodotti farmaceutici di base e preparati farmaceutici.

50 Per ciascun indicatore i Paesi sono stati ordinati e normalizzati su una scala compresa tra 1, corrispondente al rischio minimo, e 10, corrispondente al rischio massimo. Il risultato complessivo deriva dalla media dei 6 punteggi, ai quali è attribuito lo stesso peso.

51 EFPIA, 2024.

accordi MFN promettendo quindi di riorientare i loro investimenti verso gli Stati Uniti. Nel caso dell'Italia, oltre a un peso significativo della produzione farmaceutica sul PIL nazionale, a pesare sono anche il costo dell'elettricità e del lavoro. La presenza di produzioni ad alto valore aggiunto costituisce un fattore di protezione, ma non sufficiente a compensare l'esposizione al rischio.

Questo non indica una debolezza assoluta del sistema produttivo, ma deriva in larga parte dalla sua rilevanza: il Paese dispone di una base manifatturiera farmaceutica ampia, orientata all'esportazione e caratterizzata da una presenza significativa delle aziende coinvolte negli accordi con gli Stati Uniti. Proprio perché l'Italia rappresenta uno dei principali poli produttivi europei, il riorientamento delle future decisioni di investimento può avere conseguenze particolarmente rilevanti.

Anche Germania e Francia registrano un rischio importante. In questi casi la presenza di una base industriale ampia aumenta il valore delle attività potenzialmente interessate, ma la diversificazione produttiva, la capacità innovativa e il peso delle attività ad alto contenuto tecnologico riducono il rischio. Al contrario, i punteggi più bassi di Regno Unito e Repubblica Ceca non devono essere interpretati automaticamente come un indice di maggiore competitività: in alcuni casi riflettono soprattutto una minore quantità di capacità produttiva esposta alla possibile riallocazione e, nel caso del Regno Unito, anche l'esenzione dai dazi ottenuta dagli Stati Uniti.

5.4.2 I rischi legati alla perdita di investimenti in ricerca e all'accesso all'innovazione

Il meccanismo di reference pricing previsto dal MFN, collegando il prezzo dei farmaci negli Stati Uniti a quello praticato nei Paesi benchmark, aumenta le implicazioni economiche delle negoziazioni condotte nei singoli mercati europei. Di conseguenza, le imprese potrebbero rivedere le proprie strategie di lancio ("launch sequencing"), privilegiando i mercati più remunerativi e posticipando l'introduzione dei nuovi medicinali nei Paesi in cui prezzi più bassi, dimensioni del mercato contenute o tempi di accesso prolungati rischiano di comprometterne la redditività complessiva.

Sebbene i diversi meccanismi MFN non siano ancora pienamente operativi, si osservano già alcuni segnali di maggiore prudenza nelle strategie commerciali. Nei dieci mesi successivi all'Executive Order del 12 maggio 2025, il numero di lanci di nuovi farmaci registrati nei Paesi europei benchmark è diminuito del 35% rispetto ai dieci mesi precedenti[52]. Il calo è stato particolarmente marcato in Italia (-67%), Svezia (-57%) e Belgio (-53%). Il confronto deve essere interpretato con cautela e rappresenta solo un'evidenza preliminare, ma il ritardo nei lanci nei mercati dei Paesi benchmark sembra ormai consolidato. Un sondaggio[53] condotto pochi mesi dopo l'introduzione delle politiche MFN tra 24 autorità competenti in materia di prezzo e rimborso europee, infatti, evidenziava come sei di queste avessero già registrato una riduzione degli avvii di procedure di prezzo e rimborso richiesti dalle aziende.

Gli effetti possono manifestarsi già nella fase di ricerca clinica. Nella scelta dei Paesi in cui localizzare una sperimentazione, le aziende tendono infatti a considerare anche i mercati nei quali intendono lanciare prioritariamente il farmaco. La conduzione di un trial consente di coinvolgere precocemente centri clinici, sperimentatori e opinion leader, generare familiarità con la terapia e costruire competenze ed evidenze utili alla successiva introduzione sul mercato (per maggiori dettagli si veda il Capitolo 6 del presente Rapporto). Ricerca clinica e strategia di lancio risultano quindi strettamente collegate: un Paese ritenuto meno attrattivo dal punto di vista commerciale può perdere progressivamente rilevanza anche nelle decisioni di localizzazione dei trial.

52 Global Data, 2026.
53 Commissione Europea, 2026.

La rilevanza della ricerca clinica va tuttavia oltre la sua funzione nello sviluppo di nuovi medicinali. In Italia, essa rappresenta un'importante fonte di valore economico e sanitario, stimato in circa 2,6 miliardi di euro (per approfondire si rimanda al Capitolo 6 del presente Rapporto). Per il SSN, la partecipazione alle sperimentazioni favorisce l'accesso precoce dei pazienti a terapie innovative, contribuisce alla crescita delle competenze dei professionisti sanitari e genera benefici economici, anche attraverso i costi di farmaci e prestazioni sostenuti dalle aziende promotrici. A questi si aggiungono le ricadute sull'economia nazionale, in termini di investimenti, occupazione qualificata e sviluppo dell'ecosistema scientifico e tecnologico. Preservare l'attrattività dell'Italia per la ricerca clinica significa quindi tutelare un patrimonio che genera benefici su più livelli, dall'industria al sistema sanitario passando per l'economia del Paese.

In questo caso, per valutare l'esposizione relativa dei 14 Paesi europei inclusi nei panieri MFN, Meridiano Sanità ha elaborato un modello basato su 6 indicatori. Il primo è la dimensione del mercato farmaceutico[54], che misura il potenziale commerciale nel Paese. Il secondo è il prezzo medio dei medicinali. Il terzo considera le prospettive di finanza pubblica, attraverso l'andamento del deficit e del debito pubblico nel periodo 2022-2027. L'indicatore mira a cogliere la capacità prospettica dei Paesi di remunerare l'innovazione, sulla base dell'ipotesi che un deterioramento degli equilibri fiscali possa tradursi in maggiori pressioni per il contenimento della spesa farmaceutica e, quindi, in condizioni di prezzo meno favorevoli per le imprese. Un ulteriore elemento è il tempo intercorrente tra l'approvazione europea e l'effettiva disponibilità del farmaco[55], che riflette rapidità e prevedibilità dell'accesso. Il quinto è il numero di pazienti reclutati mensilmente nei trial clinici, indicatore della performance osservata di arruolamento e, quindi, della capacità del Paese di contribuire in modo efficiente allo sviluppo clinico. Infine, il volume di trial in corso, sia in rapporto alla popolazione che in percentuale del totale europeo, restituisce la vivacità dell'ecosistema della ricerca clinica.

I risultati[56] mostrano differenze marcate. La Svezia registra l'esposizione più elevata, seguita da Norvegia, Irlanda e Austria. Si tratta di mercati di dimensioni relativamente contenute, nei quali il potenziale commerciale più limitato può ridurre l'incentivo delle imprese a introdurre tempestivamente nuovi medicinali, soprattutto quando vi è il rischio di influenzare la redditività in mercati più remunerativi.

Anche Paesi Bassi, Repubblica Ceca, Italia, Belgio, Danimarca, Francia e Spagna rientrano nella fascia di rischio alto. La Germania emerge come il mercato maggiormente protetto: la combinazione tra dimensione, capacità di remunerare l'innovazione e rapidità di accesso ne rende difficilmente ipotizzabile l'esclusione dalle strategie di lancio.

L'Italia registra un rischio elevato anche in questo caso. La rilevanza del mercato nazionale e la presenza di una rete di ricerca clinica articolata costituiscono importanti fattori di attrattività, ma non compensano pienamente le criticità associate alle condizioni di accesso e valorizzazione dell'innovazione. In particolare, ai tempi necessari per la negoziazione nazionale si aggiungono ancora passaggi regionali che possono ritardare l'effettiva disponibilità dei medicinali. Inoltre, il prezzo medio contenuto dei farmaci rende il mercato italiano penalizzante per un'azienda che commercializza un prodotto anche negli Stati Uniti.

La principale implicazione del MFN non è quindi necessariamente l'abbandono dei mercati europei, ma una loro più rigida gerarchizzazione. I Paesi capaci di combinare dimensioni rilevanti, prezzi sostenibili, accesso rapido e un buon ecosistema della ricerca continueranno a essere considerati prioritari. Quelli meno attrattivi rischiano invece di vedere posticipati i lanci e, nel medio periodo, di perdere sperimentazioni e competenze.

54 Viene considerato il mercato dei farmaci coperti da brevetto.
55 WAIT Indicator.
56 Per ciascun indicatore i Paesi sono stati ordinati e normalizzati su una scala compresa tra 1, corrispondente al rischio minimo, e 10, corrispondente al rischio massimo. Il risultato complessivo deriva dalla media dei 6 punteggi, ai quali è attribuito lo stesso peso.

5.4.3 La matrice di esposizione ai rischi dei Paesi benchmark e lo scenario al 2030

La lettura integrata delle 2 dimensioni evidenzia come le vulnerabilità assumano configurazioni differenti a seconda del contesto. Nel complesso, l'esposizione al rischio risulta generalmente elevata sul fronte della ricerca e dell'innovazione, mentre presenta una maggiore eterogeneità tra Paesi per quanto riguarda gli investimenti manifatturieri. Alcuni Paesi, come la Germania, presentano un'esposizione elevata sul fronte manifatturiero, ma mantengono condizioni relativamente favorevoli per l'attrazione di ricerca e innovazione, pur scontando un quadro delle finanze pubbliche in peggioramento; altri, come la Svezia, mostrano una situazione opposta. L'Italia emerge, insieme all'Irlanda, come l'unico Paese caratterizzato da un rischio elevato in entrambe le dimensioni[57].

Il caso italiano è particolarmente significativo perché evidenzia una potenziale disconnessione tra la solidità della base industriale e l'attrattività dell'ecosistema dell'innovazione. L'elevata esposizione al rischio manifatturiero riflette anche la rilevanza dell'industria farmaceutica nazionale: essendo l'Italia uno dei principali poli produttivi europei, le conseguenze di un eventuale riorientamento dei nuovi investimenti verso gli Stati Uniti potrebbero essere particolarmente significative. Al contrario, un'esposizione più contenuta in altri Paesi può dipendere semplicemente dalla minore presenza di attività manifatturiere potenzialmente interessate, piuttosto che da una maggiore competitività. Al tempo stesso, le criticità nei tempi di accesso e nella remunerazione dei medicinali innovativi rischiano di rendere il mercato italiano meno prioritario nelle strategie globali di lancio e di sviluppo delle attività di ricerca.

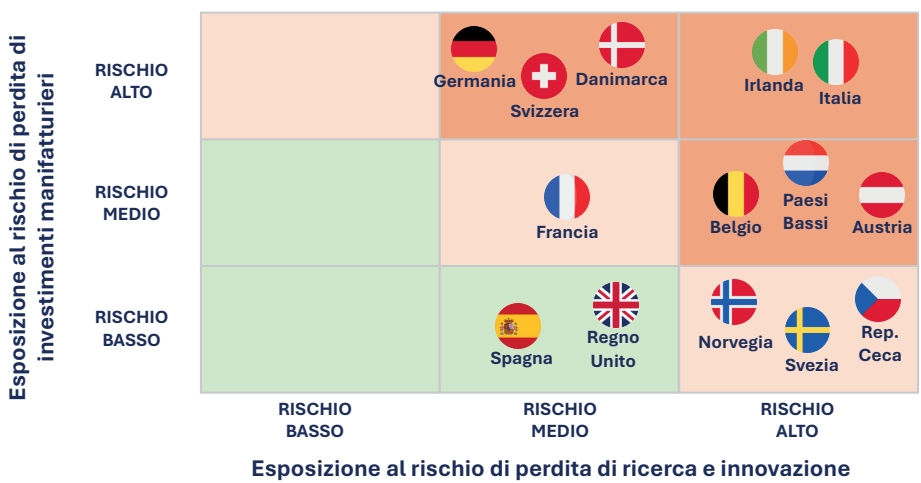


Figura 6. Matrice di esposizione dei Paesi europei ai rischi del MFN, 2026

Fonte: elaborazione TEHA Group, 2026

La sovrapposizione di queste vulnerabilità assume particolare rilievo in un settore nel quale ricerca, sperimentazione e produzione sono sempre più strettamente interconnesse. Nel medio-lungo periodo, la perdita di attrattività su entrambi i fronti potrebbe indebolire la capacità

57 I Paesi sono classificati in 3 fasce di esposizione sulla base dei punteggi ottenuti nei 2 modelli: rischio basso per valori inferiori a 4, rischio medio per valori compresi tra 4 e 7 (estremi inclusi) e rischio alto per valori superiori a 7.

del Paese di trattenere le attività a maggiore valore aggiunto, anche in presenza di una base industriale ancora solida. Il rischio non è quindi necessariamente una contrazione immediata della produzione, quanto una progressiva perdita di importanza del Paese nelle catene globali del valore.

In questa prospettiva, la doppia esposizione dell'Italia richiama la necessità di una maggiore integrazione tra politica sanitaria, politica economica e politica industriale. Le decisioni relative a prezzi e accesso, tradizionalmente orientate soprattutto alla sostenibilità della spesa pubblica, possono infatti avere implicazioni sempre più rilevanti per l'attrattività della ricerca e degli investimenti. Preservare la competitività italiana richiede pertanto di considerare congiuntamente la sostenibilità del sistema sanitario e la capacità del Paese di attrarre innovazione, competenze e nuove attività produttive.

Le politiche MFN vengono spesso interpretate nel dibattito pubblico come una misura contingente, strettamente legata alla presidenza Trump e quindi destinate a esaurire i propri effetti con il mutare del contesto politico statunitense. Una lettura di questo tipo rischia tuttavia di sottovalutare la portata del cambiamento in atto. Vi sono almeno tre ragioni per cui gli effetti del MFN sono destinati a estendersi ben oltre l'orizzonte politico dell'attuale amministrazione americana.

La prima ragione è che le pressioni sulla spesa sanitaria e sui conti pubblici statunitensi rappresentano sfide strutturali, destinate a persistere indipendentemente dall'orientamento politico delle future amministrazioni.

La seconda è che le politiche MFN si inseriscono all'interno di una strategia molto più ampia. Negli ultimi anni gli Stati Uniti hanno progressivamente adottato un approccio finalizzato a rafforzare la propria leadership nelle tecnologie considerate strategiche (si veda ad esempio il CHIPS Act), utilizzando una combinazione di incentivi industriali, politiche commerciali, misure di reshoring e strumenti regolatori. Da questa prospettiva, il MFN non rappresenta un episodio isolato, ma una componente di un più ampio sforzo volto ad aumentare l'autonomia strategica.

La terza ragione riguarda la natura stessa degli investimenti nel settore. Le decisioni relative alla localizzazione di impianti produttivi e trial clinici producono effetti che si sviluppano su orizzonti temporali molto lunghi. Una volta che capitale, competenze e infrastrutture vengono riallocati, il sistema tende a sviluppare meccanismi di autoalimentazione che difficilmente possono essere invertiti nel breve periodo.

L'evoluzione del settore al 2030 dipenderà quindi meno dalla sopravvivenza formale del MFN e più dal modo in cui tale nuova logica competitiva si consoliderà nel tempo e dalle risposte che gli altri Paesi saranno in grado di mettere in campo. Da questo punto di vista, gli impatti di medio-lungo periodo possono essere letti come il risultato dell'interazione tra 2 dimensioni.

La prima riguarda l'intensità con cui gli Stati Uniti riusciranno a implementare e consolidare le politiche MFN. Tale intensità dipenderà da quali e quanti dei diversi programmi annunciati dall'Amministrazione americana verranno attuati, dall'eventuale estensione degli accordi MFN a tutto il settore farmaceutico, dalla possibilità di accedere a informazioni affidabili sui prezzi praticati nei mercati esteri e dall'eventuale estensione dei meccanismi di benchmarking anche nei mercati di assicurazione sanitaria privata.

La seconda dimensione riguarda la capacità di risposta dell'Europa. Tra le leve più importanti vi è quella del pricing: un adeguamento del riconoscimento del valore dei farmaci è essenziale per mantenere l'accesso all'innovazione. Anche i tempi di accesso al mercato diventeranno più rilevanti: in un contesto in cui le imprese privilegeranno i mercati più attrattivi, la rapidità di prezzo e rimborso potrà incidere direttamente sulle strategie di lancio. Il rafforzamento degli accordi di riservatezza sui prezzi netti potrebbe inoltre limitare la trasparenza delle condizioni economiche praticate nei singoli mercati, complicando l'applicazione dei meccanismi di reference pricing statunitensi.

Un ulteriore elemento di rilievo è rappresentato dall'obbligo di fornitura ("launch obligation") previsto dalla riforma della legislazione farmaceutica europea, che consentirà ai Paesi membri di richiedere alle aziende di rendere disponibili sul proprio territorio i medicinali beneficiari di protezione regolatoria. Questa disposizione potrebbe interagire direttamente con le strategie di "launch sequencing": una volta ottenuta l'autorizzazione europea, le imprese avrebbero infatti minori margini per selezionare i mercati nei quali commercializzare i nuovi farmaci.

A ciò si aggiungono le condizioni di contesto che determinano l'attrattività degli ecosistemi: qualità regolatoria, capitale umano, incentivi, meccanismi di payback, efficienza amministrativa e capacità di sostenere ricerca e produzione. Infine, sarà decisiva la capacità di dare una risposta europea coordinata: cooperazione tra Paesi membri, rafforzamento della Health Union e joint procurement potrebbero aumentare il potere negoziale dell'Europa e ridurre il rischio di competizione frammentata tra Paesi.

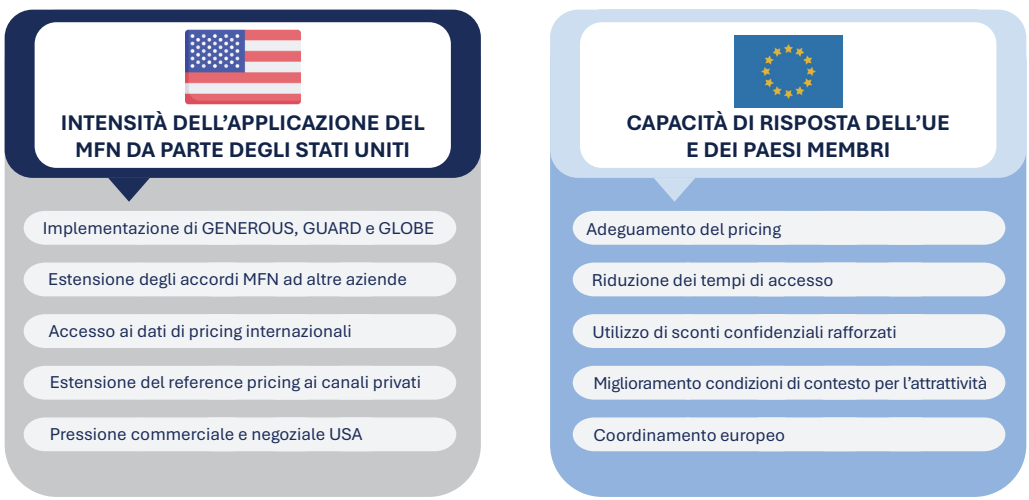


Figura 7. Le due dimensioni che determineranno l'impatto del MFN sull'Europa nel medio-lungo periodo

Fonte: elaborazione TEHA Group su fonti varie, 2026

Dall'interazione tra queste 2 dimensioni emergono 4 possibili traiettorie evolutive per il settore. Nello scenario più favorevole, il MFN viene implementato con una intensità bassa e l'Europa riesce a mettere in campo una risposta efficace, rafforzando la propria competitività e la propria capacità di attrazione (nella Figura 8, "Rilancio europeo"). In questo scenario, l'Europa non si limita a mitigare gli effetti del MFN, ma riesce a riaffermarsi come uno dei principali poli globali delle Life Sciences accanto a Stati Uniti e Cina.

All'estremo opposto si colloca uno scenario in cui gli strumenti MFN vengono implementati in modo estensivo con una risposta europea debole ("Marginalizzazione europea"). In questo caso i meccanismi di reference pricing, combinati con una persistente pressione sui prezzi e con condizioni di contesto meno favorevoli rispetto agli Stati Uniti, potrebbero modificare in modo significativo le strategie delle imprese. I ritardi nell'accesso all'innovazione tenderebbero ad aumentare, i trial clinici verrebbero progressivamente concentrati nei mercati ritenuti più strategici e una quota crescente degli investimenti potrebbe essere riallocata fuori dall'Europa. In questo scenario il rischio non è soltanto una perdita di competitività industriale, ma una progressiva marginalizzazione dell'Europa.

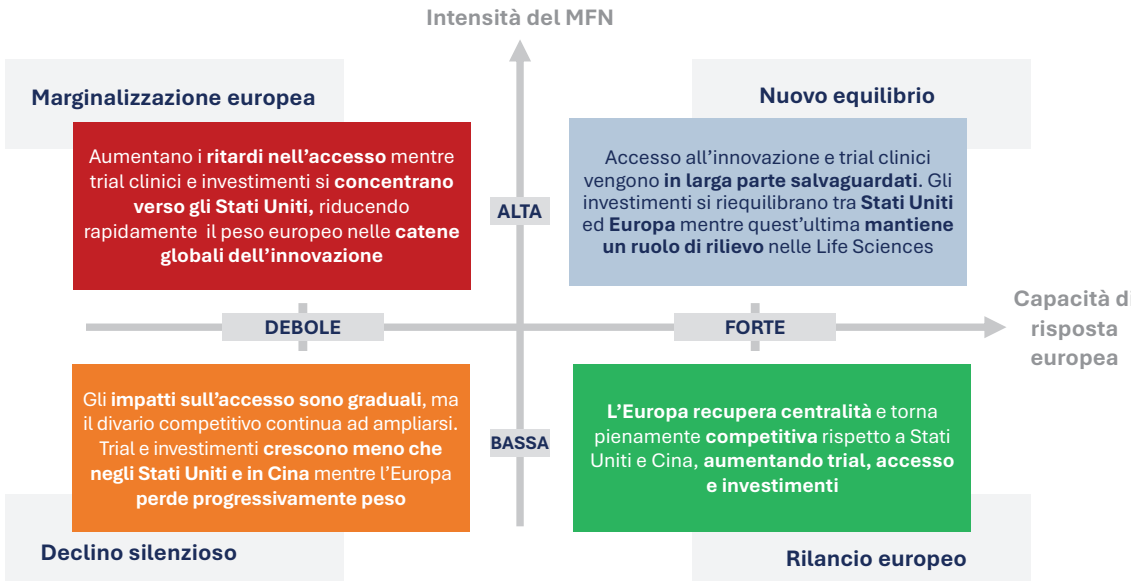


Figura 8. Quattro possibili scenari di medio-lungo periodo sull'impatto del MFN in Europa

Fonte: elaborazione TEHA Group, 2026

Più complesso è lo scenario in cui il MFN si afferma pienamente ma l'Europa reagisce con una strategia altrettanto incisiva ("Nuovo equilibrio"). In questo caso l'Europa non sarebbe in grado di impedire il cambiamento delle regole del gioco, ma potrebbe adattarsi ad esse. Una maggiore attenzione alla competitività del settore, tempi di accesso più rapidi, procedure regolatorie più efficienti e un rafforzamento degli strumenti di coordinamento europeo consentirebbero di preservare buona parte della capacità di attrarre investimenti e innovazione. Il necessario adattamento delle politiche di prezzo e rimborso potrebbe comportare maggiori oneri per i sistemi sanitari europei, a fronte del mantenimento dell'attrattività del Continente per la ricerca, l'innovazione e gli investimenti industriali.

Infine, esiste uno scenario più sfumato ma non necessariamente meno problematico ("Declino silenzioso"). Anche qualora le politiche MFN producessero effetti più limitati del previsto, l'assenza di risposta europea efficace potrebbe comunque determinare un progressivo deterioramento della posizione competitiva del Continente, considerato anche il crescente peso competitivo della Cina. In questo caso non si assisterebbe a una rottura improvvisa, bensì al proseguire dell'attuale graduale erosione della capacità di attrarre investimenti, ricerca clinica e innovazione. Sarebbe uno scenario caratterizzato da cambiamenti incrementali, spesso poco visibili nel breve termine, ma in grado di accumularsi nel tempo fino a ridisegnare gli equilibri del settore.

La differenza tra questi scenari non riguarda quindi soltanto l'entità degli effetti del MFN, ma soprattutto la capacità dell'Europa di adattarsi a un contesto nel quale innovazione, politica industriale, attrazione degli investimenti e competitività internazionale sono destinati a diventare sempre più interdipendenti.

5.4.4 Le prime risposte europee al MFN, tra attendisti e interventisti

Negli ultimi anni la maggior parte dei Paesi europei aveva perseguito una strategia orientata soprattutto al contenimento della spesa farmaceutica, facendo leva principalmente su negoziazioni più aggressive e meccanismi di clawback. In un contesto nel quale l'Europa rappresentava uno dei principali mercati globali per l'innovazione farmaceutica, tale approccio appariva compatibile con il mantenimento di elevati livelli di attrattività.

L'emergere delle politiche MFN modifica tuttavia questa logica, portando a un dilemma strategico. Da un lato, i Paesi benchmark possono scegliere di preservare o addirittura rafforzare l'attrattività del proprio ecosistema Life Sciences, accettando di migliorare alcune condizioni economiche e regolatorie; dall'altro possono continuare a perseguire prioritariamente obiettivi di riduzione della spesa, assumendosi però il rischio che una parte crescente degli investimenti, dei trial clinici e dei lanci commerciali venga indirizzata verso mercati percepiti come più attrattivi.

Le prime reazioni mostrano come i Paesi benchmark del MFN si stiano posizionando in modo eterogeneo rispetto a questo dilemma.

Un primo gruppo è costituito dai Paesi che hanno scelto di affrontare direttamente il tema dell'attrattività, riconoscendo esplicitamente la necessità di migliorare le condizioni offerte all'industria innovativa. Il caso più rilevante è quello del Regno Unito, che rappresenta ad oggi l'unico Paese ad aver raggiunto un'intesa formale con gli Stati Uniti sul tema. L'accordo, già citato in apertura del Paragrafo 5.4, prevede la sospensione dei dazi in cambio di un insieme di misure volte a rafforzare la remunerazione dell'innovazione, tra cui l'incremento della spesa destinata ai farmaci innovativi e l'innalzamento delle soglie di costo-efficacia utilizzate nelle valutazioni del NICE.

Sul fronte opposto si collocano invece Paesi che, almeno per il momento, sembrano considerare prioritaria la sostenibilità dei conti pubblici rispetto al rischio di una possibile perdita di attrattività. Germania e Francia, nonostante il ruolo centrale ricoperto nel panorama europeo delle Life Sciences, hanno annunciato interventi orientati prevalentemente al contenimento della spesa farmaceutica anche a causa di un quadro di finanza pubblica in peggioramento. In Germania, il Governo ha promosso il GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz[58], un pacchetto di misure che mira a generare circa 1,9 miliardi di euro di risparmi sulla spesa farmaceutica nel solo 2027, attraverso il rafforzamento degli sconti obbligatori a carico delle aziende e ulteriori interventi sui meccanismi di prezzo e rimborso.

In Francia, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2026 prevede invece interventi di contenimento della spesa per farmaci e dispositivi medici compresi tra 1,6 e 2,3 miliardi di euro, tramite il rafforzamento dei meccanismi di clawback, una maggiore pressione sui prezzi e incentivi all'utilizzo di generici e biosimilari. Questi Paesi sembrano ritenere che gli effetti del MFN siano ancora troppo incerti per giustificare una modifica sostanziale delle politiche perseguite negli ultimi anni.

Tra questi due estremi emerge un gruppo di Paesi che sta cercando di individuare soluzioni alternative, evitando una contrapposizione netta tra aumento della spesa e semplice mantenimento dello status quo. La Spagna rappresenta probabilmente il caso più emblematico. Il Paese sta esplorando strumenti volti a preservare l'attrattività del sistema facendo leva sul miglioramento delle condizioni di accesso all'innovazione e sul rafforzamento degli accordi di riservatezza sul prezzo, che eviterebbe alle aziende di dover riportare il prezzo negoziato alle autorità americane, isolando così di fatto il mercato spagnolo dagli effetti del meccanismo di reference pricing del MFN.

58 Legge per la stabilizzazione dei contributi dell'assicurazione sanitaria obbligatoria.

Un ultimo gruppo è costituito dai Paesi che stanno prevalentemente osservando l'evoluzione del contesto internazionale prima di assumere decisioni definitive. Danimarca, Svezia e altri Paesi hanno avviato analisi e valutazioni sugli effetti potenziali delle nuove dinamiche internazionali, interrogandosi sulla necessità di modificare nel medio periodo i propri approcci al pricing e alla valutazione dell'innovazione.

Anche l'Italia sta iniziando a delineare una risposta più strutturata alle politiche MFN. Nell'ottobre 2026, il Ministero della Salute ha trasmesso al Ministero dell'Economia e delle Finanze un pacchetto di proposte da inserire nella Legge di Bilancio 2027, con l'obiettivo di rafforzare l'attrattività del mercato farmaceutico nazionale senza ricorrere a un aumento generalizzato dei prezzi. La misura principale prevede un tetto al payback sugli acquisti diretti di 1,64 miliardi di euro annui nel triennio 2027-2029, a fronte dei circa 2,4 miliardi versati dalle aziende nel 2025. A questa si affiancano un meccanismo sperimentale di accesso precoce ai medicinali innovativi (180 milioni di euro nel triennio), un Fondo dedicato alle terapie avanzate (250 milioni di euro annui), il rafforzamento delle risorse per gli antibiotici Reserve e la possibilità di estendere l'accesso al Fondo farmaci innovativi oltre gli attuali 36 mesi per i farmaci privi di alternative terapeutiche. Il principale ostacolo rimane tuttavia la sostenibilità finanziaria: la sola introduzione del tetto al payback comporterebbe un onere stimato di circa 5,1 miliardi di euro nel triennio 2027-2029.

Nel suo insieme, l'Europa conserva tuttavia importanti punti di forza nel nuovo contesto competitivo. Rappresenta il secondo mercato farmaceutico mondiale dopo gli Stati Uniti, sostenuto da sistemi sanitari e di welfare consolidati. Questa dimensione costituisce una leva economica e negoziale significativa, che potrebbe rafforzare la capacità europea di attrarre investimenti e innovazione.

Tale potenziale rischia tuttavia di rimanere inespresso in assenza di una risposta coordinata a livello europeo. Mentre i diversi Paesi membri stanno adottando strategie differenti, spesso guidate da priorità nazionali, non emerge ancora una visione condivisa su come bilanciare sostenibilità, accesso all'innovazione e competitività. Il rischio è che le politiche MFN finiscano per accentuare una frammentazione già esistente, alimentando una competizione interna per attrarre investimenti. In assenza di un coordinamento, l'Europa potrebbe quindi trovarsi a competere non solo con Stati Uniti e Cina, ma anche con se stessa, indebolendo la propria capacità di agire come un ecosistema integrato.

5.5 LE REAZIONI A UNA GEOGRAFIA DEL SETTORE IN EVOLUZIONE: PRIORITÀ E DOSSIER APERTI A BRUXELLES E A ROMA

La crescente pressione competitiva esercitata dai competitor globali si riflette nell'agenda politica europea. Se per lungo tempo il dibattito si è concentrato su temi come la sostenibilità della spesa sanitaria, negli ultimi anni è emersa con forza una nuova consapevolezza: la capacità dell'Europa di mantenere una posizione di leadership nelle Life Sciences rappresenta una questione non soltanto sanitaria ma anche industriale, economica e di autonomia strategica.

La risposta europea si è progressivamente articolata attraverso una serie di iniziative che affrontano le principali debolezze evidenziate nel presente Capitolo. Da un lato, le Istituzioni europee stanno cercando di rafforzare la capacità dell'Europa di generare e finanziare innovazione, favorendo la crescita delle imprese e l'accesso ai capitali. Dall'altro, puntano a rendere il mercato europeo più attrattivo per lo sviluppo clinico, l'approvazione e il lancio delle nuove tecnologie sanitarie. Parallelamente, sono stati avviati interventi finalizzati a rafforzare la resilienza industriale del continente e a ridurre la dipendenza europea da fornitori esteri.

Uno dei principali fattori alla base della perdita di competitività europea descritta nel Capitolo riguarda il trasferimento tecnologico. Pur continuando a essere uno dei principali poli mondiali della ricerca biomedica, l'Europa fatica sempre più a trattenere sul proprio territorio

le imprese innovative nelle fasi successive allo sviluppo scientifico. Secondo la Commissione Europea, l'UE attrae oggi soltanto il 7% del venture capital globale nel settore delle biotecnologie sanitarie, e negli ultimi 6 anni, 66 delle 67 aziende biotecnologiche UE quotate in borsa hanno scelto di quotarsi su mercati azionari extra-UE[59].

Per rispondere a queste criticità, nel dicembre 2025 la Commissione Europea ha presentato lo European Biotech Act, uno dei principali pilastri della nuova Strategia europea per le Life Sciences[60]. La proposta è attualmente all'esame di Parlamento e Consiglio nell'ambito della procedura legislativa ordinaria, con la Commissione che punta all'approvazione entro il 2027, ma alcuni provvedimenti del dossier sono già operativi.

Il provvedimento interviene contemporaneamente su più dimensioni: semplificazione dei percorsi regolatori, accelerazione delle sperimentazioni cliniche, rafforzamento della biomanifattura europea, miglior utilizzo dei dati sanitari, tutela della proprietà intellettuale e sviluppo e accesso a strumenti di finanziamento dedicati a startup e PMI innovative.

Nell'ambito del Biotech Act, la Commissione Europea e la Banca Europea per gli Investimenti (BEI) hanno varato il fondo EU Health Biotechnology Investment Pilot, finalizzato a mobilitare circa 10 miliardi di euro di investimenti pubblici e privati[61] nel 2026-2027. Queste risorse rappresentano un primo tentativo di colmare il divario di investimenti pubblici nel settore, ma non sono ancora sufficienti per arrivare al volume di risorse mobilitato da Stati Uniti e Cina.

Per le imprese, uno degli strumenti di maggiore interesse è rappresentato dall'introduzione delle categorie di Strategic Projects e High Impact Projects, identificati dalla BEI, che avranno accesso prioritario ai fondi. Tali progetti potranno beneficiare anche di un trattamento prioritario lungo l'intero iter autorizzativo in termini di supporto amministrativo e tecnico. In particolare, il Biotech Act prevede procedure accelerate per il permitting[62] e per i procedimenti amministrativi e giudiziari laddove previste dal diritto dei Paesi membri.

Un altro intervento riguarda la creazione di una nuova governance finalizzata a migliorare il coordinamento tra Commissione Europea e Paesi membri. I Single Points of Contact, che dovranno essere istituiti in ogni Stato Membro, fungeranno da sportello unico per le imprese, coordinando le autorizzazioni e i permessi necessari allo sviluppo di progetti biotech e riducendo la complessità amministrativa[63]. Parallelamente, l'EU Health Biotechnology Support Network avrà il compito di facilitare l'accesso a finanziamenti, infrastrutture, competenze e investitori[64], mentre l'European Health Biotechnology Steering Group garantirà il coordinamento strategico tra Commissione e Paesi membri, monitorando l'attuazione del provvedimento e i progetti considerati prioritari[65].

59 Commissione Europea, 2026.

60 La Strategia Europea per le Life Sciences, presentata dalla Commissione Europea nel luglio 2025, rappresenta la cornice politica entro cui si inseriscono gran parte delle nuove iniziative europee per il settore. L'obiettivo dichiarato è fare dell'Europa il luogo più attrattivo al mondo per le Life Sciences entro il 2030, rafforzando la competitività lungo l'intera catena del valore, dalla ricerca alla commercializzazione delle innovazioni.

61 Circa 1 miliardo di euro sarà messo a disposizione dalla BEI con l'obiettivo di mobilitare ulteriori 9 miliardi di euro di investimenti privati.

62 Processo di ottenimento delle autorizzazioni necessarie per commercializzare un medicinale in Italia. Questo processo include la valutazione scientifica dei requisiti di qualità, sicurezza ed efficacia del medicinale, e richiede la presentazione di un dossier che contiene informazioni riguardanti aspetti chimico-farmaceutici, preclinici e clinici (fonte: AIFA).

63 Il Biotech Act prevede che ciascuno Stato Membro designi una o più amministrazioni competenti come Single Point of Contact. È quindi probabile che vengano scelte strutture già esistenti. In Italia, è possibile che venga designato come Single Point of Contact l'Unità di Missione Attrazione e Sblocco degli Investimenti – UMASI, già operativa presso il MIMIT.

64 Più nel dettaglio, l'EU Health Biotechnology Support Network è concepito come una rete europea di supporto alle imprese biotech, coordinata dalla Commissione Europea. La sua funzione principale è facilitare l'accesso agli strumenti disponibili a livello europeo e nazionale, fungendo da punto di raccordo tra imprese, investitori, infrastrutture di ricerca, programmi di finanziamento e Istituzioni.

65 L'European Health Biotechnology Steering Group rappresenta il livello più alto della governance del Biotech Act. Composto da rappresentanti della Commissione Europea e dei Paesi membri, avrà il compito di coordinare l'attuazione del provvedimento, monitorarne i risultati e garantire un approccio coerente tra i diversi Paesi.

Un altro aspetto rilevante riguarda la semplificazione delle procedure legate all'autorizzazione ed esecuzione delle sperimentazioni cliniche. Il Biotech Act interviene sulla Clinical Trials Regulation[66] con l'obiettivo di ridurre i tempi necessari per l'autorizzazione dei trial multinazionali. Secondo le stime della Commissione, i tempi medi di autorizzazione per i trial multinazionali potrebbero ridursi da 106 a 75 giorni[67]. Per le terapie avanzate (ATMP) verrebbe inoltre eliminato l'attuale periodo aggiuntivo di 50 giorni.

La riforma mira, inoltre, a superare una delle principali fonti di frammentazione europea nella ricerca clinica multicentrica attraverso il rafforzamento del ruolo del "Reporting Member State", che assumerebbe la responsabilità principale della valutazione scientifica, etica e regolatoria dei trial clinici multinazionali. Mentre oggi ogni Stato Membro fa una propria valutazione, il nuovo modello prevede la possibilità di fare affidamento sulle valutazioni di un solo Paese, favorendo una significativa riduzione degli oneri amministrativi per gli sponsor.

Un ultimo elemento di interesse riguarda la protezione della proprietà intellettuale. La Commissione propone di riconoscere fino a 12 mesi aggiuntivi di Supplementary Protection Certificate (SPC) ai medicinali biotecnologici che rispettino specifici requisiti di innovatività, sperimentazione clinica multi-paese e presenza di attività produttive sul territorio europeo[68].

L'efficacia di incentivi basati sull'estensione della protezione brevettuale potrebbe tuttavia risultare limitata in un contesto di crescente accelerazione dell'innovazione, nel quale nuovi trattamenti possono ridurre il valore commerciale di un farmaco ben prima della scadenza del brevetto. In questa prospettiva si inserisce la proposta avanzata dalla Spagna nell'ambito del negoziato sul Biotech Act, che punta ad affiancare agli incentivi "late pull", come l'estensione del SPC, strumenti "early pull", capaci di generare valore già nelle prime fasi della commercializzazione. In particolare, la proposta prevede un meccanismo europeo di coordinamento della domanda, attraverso strumenti quali acquisti congiunti, negoziazioni coordinate e accordi di early access, per favorire la disponibilità dei medicinali innovativi dopo l'autorizzazione europea e prima della conclusione delle procedure nazionali di prezzo e rimborso.

In questo contesto si inserisce la riforma della legislazione farmaceutica europea, il più ampio aggiornamento del quadro regolatorio del farmaco degli ultimi 20 anni. Il dossier ha raggiunto un accordo politico tra Parlamento e Consiglio nel dicembre 2025 e le nuove disposizioni entreranno progressivamente in vigore nei prossimi anni. La riforma nasce con l'obiettivo di conciliare esigenze spesso contrapposte: da un lato contenere la spesa farmaceutica e dall'altro mantenere un sistema di incentivi sufficientemente attrattivo per le aziende.

Uno degli aspetti più significativi della riforma riguarda proprio il sistema degli incentivi regolatori. Rispetto al regime storico "8+2+1"[69], il nuovo assetto mantiene gli 8 anni di protezione dei dati ma riduce la protezione di mercato standard da 2 a 1 anno, introducendo un modello nel quale parte della protezione aggiuntiva deve essere ottenuta attraverso il soddisfacimento di specifiche condizioni, ad esempio il lancio del prodotto in tutti i Paesi membri o il contributo a bisogni terapeutici insoddisfatti[70]. A fronte di un beneficio in termini di possibile riduzione della spesa pubblica, questa riforma potrebbe portare a un indebolimento dell'attrattività dell'Europa per il settore.

66 Regolamento N. 536/2014.

67 Come già anticipato nella sezione 6.2, questa riduzione dei tempi non è comunque sufficiente per superare la velocità di autorizzazione dei trial negli Stati Uniti e in Cina.

68 Per ottenere l'estensione del SPC è necessario che il medicinale rispetti 4 criteri: 1) Contiene un nuovo principio attivo 2) Ha un meccanismo d'azione nettamente diverso rispetto a quelli già in commercio e presenta un livello di sicurezza ed efficacia almeno equivalenti 3) Le sperimentazioni cliniche sono state condotte in più di 2 Paesi membri; 4) Almeno una fase di produzione è nell'UE (escluso packaging, controllo qualità e certificazione).

69 Il modello "8+2+1" prevedeva 8 anni di protezione regolatoria dei dati clinici, durante i quali i produttori di generici e biosimilari non possono utilizzare il dossier del farmaco originatore, seguiti da 2 anni di protezione di mercato, durante i quali il medicinale concorrente può essere autorizzato ma non commercializzato. A questi può aggiungersi un ulteriore anno di protezione in caso di approvazione di una nuova indicazione terapeutica con rilevante beneficio clinico.

70 Il periodo massimo teorico di protezione intellettuale rimane quindi a 11 anni, ma la platea dei farmaci che otterrà la durata massima di protezione diminuirà.

Un secondo filone di intervento mira a rendere il contesto regolatorio europeo più efficiente, prevedibile e coordinato. In particolare, il nuovo quadro rafforza gli strumenti di monitoraggio e gestione delle carenze di medicinali, introduce procedure più armonizzate tra i Paesi membri e promuove una maggiore integrazione tra le attività dell'EMA e delle autorità nazionali.

A tale intervento si affianca il nuovo regolamento europeo sull'Health Technology Assessment (HTA), che rappresenta uno dei principali tentativi di ridurre la frammentazione dei processi di valutazione dei medicinali. Attraverso l'introduzione delle Joint Clinical Assessments (JCA), il regolamento mira a creare una base comune di evidenze cliniche utilizzabile da tutti i Paesi membri. Pur lasciando ai singoli Paesi la piena responsabilità delle decisioni relative a prezzo e rimborso, il nuovo sistema punta ad aumentare il coordinamento europeo. Le prime evidenze suggeriscono che il nuovo regolamento stia consentendo l'avvio di valutazioni cliniche congiunte, con la pubblicazione nel 2026 dei primi JCA[71]. È tuttavia ancora troppo presto per valutarne l'impatto sui tempi di accesso ai farmaci.

In risposta al tema della dipendenza dall'estero, analizzato nel Paragrafo 5.2, l'UE ha promosso il Critical Medicines Act (CMA), con l'obiettivo non solo di affrontare il problema delle carenze, ma più in generale di ridurre le dipendenze strategiche. Il CMA interviene contemporaneamente su diversi livelli. Un primo pilastro riguarda la creazione dei cosiddetti Strategic Projects, ossia progetti industriali destinati a creare capacità produttiva europea per medicinali critici, API e altri input produttivi. Tali progetti potranno beneficiare di procedure autorizzative accelerate, supporto amministrativo dedicato e accesso facilitato a fonti di finanziamento.

Un secondo intervento riguarda gli acquisti pubblici. Per i medicinali critici[72], le amministrazioni aggiudicatrici dovranno considerare non soltanto il prezzo, ma anche criteri legati alla resilienza e alla sicurezza delle forniture, come la diversificazione geografica delle fonti produttive e l'affidabilità della supply chain. Il terzo pilastro è costituito dal rafforzamento degli strumenti di collaborative procurement, attraverso i quali più Paesi membri possono aggregare la domanda e coordinare gli acquisti di medicinali strategici.

L'obiettivo del CMA non è quello di rendere l'Europa completamente autosufficiente, un traguardo difficilmente perseguibile in un'industria complessa come quella delle Life Sciences. Alcune vulnerabilità risultano infatti difficili da affrontare. È il caso, ad esempio, della dipendenza europea dall'import di alcune materie prime critiche, per le quali la produzione è oggi fortemente concentrata in un numero limitato di Paesi extraeuropei. Più realisticamente, la norma mira ad aumentare la resilienza del sistema, ovvero la sua capacità di assorbire shock di approvvigionamento senza compromettere la continuità delle forniture.

L'11 maggio 2026 Parlamento Europeo e Consiglio hanno raggiunto un accordo sul testo del regolamento, accolto ufficialmente dalla Commissione Europea il giorno successivo. Pur essendo ormai sostanzialmente definito nei suoi contenuti principali, il CMA deve ancora completare le ultime fasi formali della procedura legislativa prima dell'adozione definitiva.

Anche in Italia, negli ultimi anni il settore ha assunto crescente rilevanza nell'agenda istituzionale, affermandosi come uno dei principali asset industriali, tecnologici e scientifici del Paese. Ne sono testimonianza la visita di una delegazione di Farmindustria al Quirinale nel 2025 e l'elevata partecipazione istituzionale registrata all'Assemblea pubblica di Farmindustria del 2026[73]. In questo contesto, l'Italia ha avviato una serie di interventi che interessano il settore sotto molteplici profili.

Il principale dossier oggi in discussione è rappresentato dal Testo Unico della legislazione farmaceutica[74], che si propone di riordinare e razionalizzare un quadro estremamente frammentato e migliorare la coerenza e la prevedibilità delle regole che disciplinano il settore.

71 A Settembre 2026 risultavano pubblicati Joint Clinical Assessments per 3 medicinali mentre erano in corso ulteriori 16 Assessment.
72 Identificati nella Union List of Critical Medicines. Al momento la lista comprende 299 principi attivi.
73 4 Ministri, 1 Commissario Europeo, 1 Sottosegretario, 1 Presidente di Regione e un messaggio scritto della Presidente del Consiglio Meloni.
74 Su iniziativa del Sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato.

Il settore è infatti oggi disciplinato da centinaia di disposizioni contenute in numerose fonti legislative stratificatesi nell'arco di decenni, rendendo difficile garantire coerenza normativa, prevedibilità regolatoria e semplicità amministrativa. Proprio per questo il provvedimento è stato concepito come un Testo Unico, ossia come uno strumento volto a raccogliere, coordinare e aggiornare in un quadro organico le principali norme che disciplinano il comparto[75].

Il disegno di legge delega, approvato dal Senato il 7 ottobre 2026 e attualmente all'esame della Camera, prevede che il Governo adotti, entro 12 mesi dall'entrata in vigore della legge – attesa entro dicembre 2026 –, uno o più decreti legislativi per la revisione e la razionalizzazione della normativa farmaceutica.

Oltre al riordino normativo, la riforma interviene su alcune dimensioni rilevanti per la competitività del settore, tra cui la revisione dei tetti di spesa e dei meccanismi di payback, il rafforzamento dei sistemi di monitoraggio delle carenze di medicinali – che, secondo AIFA, il MFN rischia di accentuare[76] – la digitalizzazione dei processi di prescrizione e dispensazione e l'integrazione delle banche dati sanitarie. Particolarmente significativo, nel nuovo contesto geopolitico, è l'obiettivo di favorire la produzione nazionale di principi attivi, eccipienti e medicinali, contribuendo al rafforzamento dell'autonomia produttiva del Paese. Il provvedimento punta, inoltre, a potenziare il ruolo delle farmacie territoriali come presidi di prossimità.

Il Testo Unico rappresenta un tentativo organico di migliorare il contesto normativo in cui operano le imprese farmaceutiche e altri attori del sistema-salute, integrando obiettivi di accesso alle cure, sostenibilità economica e sicurezza degli approvvigionamenti. La portata effettiva della riforma dipenderà tuttavia dai contenuti dei successivi decreti attuativi e dalla disponibilità delle risorse necessarie per gli interventi che comporteranno maggiori oneri pubblici.

Accanto a questo dossier, negli ultimi anni sono stati adottati numerosi interventi che incidono su aspetti specifici della competitività del settore. Tra questi figurano l'incremento dei tetti della spesa farmaceutica[77], la riforma di AIFA con l'introduzione della Commissione Scientifica ed Economica (CSE), i provvedimenti volti a ridurre i tempi delle procedure di prezzo e rimborso[78], e gli investimenti del PNRR nelle infrastrutture di ricerca e nella digitalizzazione. Considerati singolarmente, molti di questi interventi rispondono a criticità reali e affrontano temi rilevanti per il settore. Nel loro insieme, tuttavia, appaiono spesso come misure settoriali, sviluppate per rispondere a specifiche esigenze contingenti piuttosto che come elementi di una strategia complessiva di rafforzamento della competitività nazionale nelle Life Sciences.

Proprio l'assenza di una visione organica rappresenta probabilmente il principale elemento di differenziazione rispetto a quanto osservato a livello europeo e in altri Paesi competitor, come il Regno Unito, la Germania, la Francia e la Spagna[79]. L'Italia non dispone ancora di una vera strategia delle Life Sciences capace di integrare politica sanitaria, politica industriale, ricerca, innovazione, competenze e attrazione degli investimenti all'interno di un'unica visione di lungo periodo.

Se l'Economia della Salute è effettivamente destinata a rappresentare uno dei pilastri del nuovo modello di sviluppo del Paese, come dichiarato nel Libro Bianco[80], appare necessario sviluppare una strategia nazionale che individui obiettivi, priorità e strumenti per rafforzare

75 In maniera simile a quanto fatto per settori complessi come quello finanziario e bancario.
76 AIFA (2026), "Carenze di medicinali. Cause, dimensioni del fenomeno e strategie per garantire la continuità delle cure. Le carenze di medicinali nell'era delle crisi globali".
77 Tra il 2022 e il 2026, il tetto della farmaceutica per acquisti diretti è aumentato dal 7,85% all'8,60% del FSN (+0,75 p.p.), cui si aggiunge uno 0,20% destinato ai gas medicinali. Il tetto di spesa della convenzionata è sceso dal 7% al 6,85%.
78 Per i generici, il tempo mediano passa da 51 giorni nel 2021 a 41 giorni nel periodo aprile 2024-dicembre 2025. Per gli altri farmaci, il tempo mediano passa da 225 a 203 giorni.
79 Tutti questi Paesi hanno adottato piani specifici per rafforzare la competitività delle Life Sciences: il Regno Unito con il Life Sciences Sector Plan (2025), la Francia con Innovation Santé 2030 (2021), la Germania con lo Strategiepapier (2023) e la Spagna con la Estrategia de la Industria Farmacéutica 2024-2028 (2024).
80 Ministero delle Imprese e del Made in Italy (2025), "Made in Italy 2030. Per una nuova strategia industriale".

il ruolo dell'Italia come hub della ricerca, della produzione e dell'innovazione. In questo senso, la sfida non consiste soltanto nel risolvere le criticità esistenti, ma nel cogliere l'opportunità di costruire una visione di lungo periodo che richiede necessariamente un intervento organico capace di agire in maniera coordinata sui fattori che influenzano la capacità competitiva del settore. In questo modo sarà possibile liberare le energie di uno dei settori che maggiormente contribuisce alla salute, alla crescita economica, alla sostenibilità del sistema sanitario e alla competitività internazionale del Paese.

6. RICERCA E NUOVI FARMACI: INNOVAZIONE E VALORE PER LE PERSONE, IL SSN E IL SISTEMA-PAESE

Investire in ricerca significa scommettere sul futuro: creare le condizioni perché nuove conoscenze si traducano in soluzioni più efficaci e in una maggiore capacità di rispondere ai bisogni della società determinandone il progresso nel tempo. Nelle Life Sciences questa relazione assume una valenza particolarmente concreta: la ricerca è il punto di partenza di un percorso che, dalla generazione di conoscenza alla sperimentazione, fino allo sviluppo e alla disponibilità di nuove terapie, può tradursi in migliori prospettive di salute per le persone.

Ma il valore della ricerca non si esaurisce nell'innovazione che arriva ai pazienti. La capacità di produrre conoscenza e trasformarla in nuove soluzioni forma capitale umano altamente qualificato, alimenta la nascita e la crescita di imprese innovative, attrae investimenti e competenze e contribuisce a rafforzare gli ecosistemi scientifici, sanitari e produttivi dei territori. Investire in ricerca significa quindi investire contemporaneamente nella salute delle persone, nella capacità di innovazione del sistema sanitario e nella competitività futura del Paese. È un valore che si costruisce lungo l'intera filiera e che riguarda il capitale cognitivo, l'occupazione, la produttività e l'autonomia strategica.

A livello globale, gli investimenti in R&S dell'industria farmaceutica hanno raggiunto nel 2025 circa 268 miliardi di euro, contro i 163 miliardi del 2018, con una crescita media annua del 7,4%. Il ritmo è però destinato a rallentare: le stime indicano un incremento medio del 3% annuo fino al 2032, quando la spesa in ricerca rappresenterà il 18% delle vendite mondiali di farmaci, contro il 24% attuale[1]. Alla crescita delle risorse si accompagna, soprattutto, una profonda ridefinizione della geografia dell'innovazione. La Cina, fino a pochi anni fa marginale, sta passando dal ruolo di fornitore a quello di partner e concorrente diretto dei Paesi occidentali.

È in questo scenario che va letto il posizionamento europeo. Secondo le ultime stime disponibili, nel 2025 le imprese farmaceutiche hanno investito in Europa 60 miliardi di euro in R&S, coinvolgendo circa 125.000 addetti nella sola ricerca e sviluppo[2]. Gli equilibri globali, però, si stanno spostando rapidamente. Tra il 2010 e il 2024 la spesa europea è raddoppiata, da 28 a 56 miliardi di euro, e quella statunitense è passata da 31 a 70 miliardi. In Cina, invece, è cresciuta di oltre dieci volte, da poco più di 1 a quasi 15 miliardi, e la sua quota sul totale delle quattro principali aree è salita dal 2% al 10%[3]. Senza un deciso cambio di passo, l'Europa rischia di perdere ulteriore terreno nella competizione per attrarre investimenti.

1 Evaluate (2026), "World Preview 2026". Valori convertiti da dollari in euro al cambio medio annuo BCE 2025 (1,13 dollari per euro), applicato a entrambi gli anni.
2 EFPIA (2026), "The Pharmaceutical Industry in Figures".
3 Elaborazione TEHA Group su dati EFPIA, 2026. Valori convertiti in euro al tasso di cambio medio annuo BCE di ciascun anno. Le variazioni risentono quindi anche dell'andamento dei cambi: in valuta locale, ad esempio, la spesa giapponese è cresciuta del 30%, mentre in euro risulta in calo per la svalutazione dello yen.

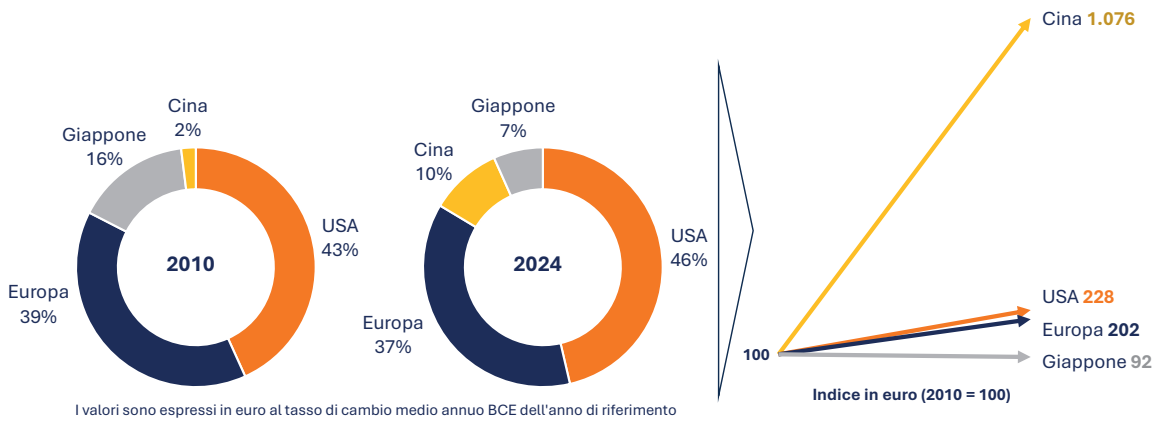


Figura 1. A sinistra: Distribuzione della spesa in R&S dell'industria farmaceutica tra Europa, USA, Cina e Giappone (%), 2010 e 2024.
A destra: Crescita della spesa in R&S dell'industria farmaceutica in Europa, USA, Cina e Giappone (indice, 2010 = 100), 2010-2024

Fonte: TEHA Group su dati EFPIA e BCE, 2026

La capacità dell'Europa di competere in questo nuovo scenario non dipende, tuttavia, soltanto dagli investimenti privati. Alla base di un ecosistema innovativo vi è anche la capacità di generare conoscenza, alimentare la ricerca di frontiera e formare le competenze sulle quali può innestarsi successivamente l'innovazione industriale. Questo vale soprattutto per la ricerca di base, caratterizzata da elevata incertezza e da benefici che si diffondono oltre la singola impresa, per la quale il finanziamento pubblico svolge un ruolo essenziale nel sostenere le fasi più rischiose e formare competenze di cui beneficia anche l'industria. Non a caso, il Rapporto Draghi individua nella ricerca una leva essenziale per colmare il divario di crescita dell'Europa rispetto a Stati Uniti e Cina, richiamando il mancato raggiungimento dell'obiettivo del 3% del PIL in R&S: nel 2024 l'Unione Europea ha investito circa 403 miliardi di euro, pari al 2,24% del PIL, ancora distante da quella soglia[4].

La sfida riguarda anche il capitale umano: l'UE dispone al 2024 di circa 2,15 milioni di ricercatori, quasi un quarto del totale mondiale, ma opera in un contesto sempre più competitivo, in cui la Cina ha più che raddoppiato i propri ricercatori in un decennio, superando i 3 milioni nel 2023[5]. L'Italia, pur avendo una ricerca di eccellenza in alcune aree, non è ai primi posti per numero di ricercatori in relazione alle dimensioni: nel 2023 il nostro Paese presentava 2.855 ricercatori per milione di abitanti, ben al di sotto della media UE (4.741) e di Paesi come Germania (5.926) e Francia (5.369)[6]. Un divario che riguarda anche la formazione scientifica, con 18,5 laureati STEM ogni mille giovani tra i 20 e i 29 anni, contro una media europea di 23[7].

Per l'Europa non si tratta quindi soltanto di quantità di risorse, ma anche di capacità di attrarre, formare e trattenere i talenti. Risorse, competenze, capacità di sperimentazione e condizioni di accesso all'innovazione sono, in questa prospettiva, parti di uno stesso percorso. La sfida per l'Europa e per l'Italia è riuscire a presidiare l'intera catena del valore della ricerca: generare conoscenza, trasformarla in innovazione, attrarre sperimentazioni e investimenti e, infine, fare in modo che i progressi della ricerca possano tradursi tempestivamente in nuove opportunità di prevenzione, diagnosi e cura per i pazienti. È lungo questa traiettoria che ricerca e innovazione diventano insieme una politica per la salute e una leva di sviluppo e competitività del sistema-Paese.

4 Eurostat, 2026.
5 Ibid.
6 UNESCO Institute for Statistics (2026), "R&D Data Release".
7 Commissione Europea (2025), "Education and Training Monitor 2025, Country Report: Italy".

6.1 LA RICERCA BIOMEDICA COME POLITICA PUBBLICA E INVESTIMENTO STRATEGICO

La ricerca biomedica e sanitaria rappresenta il punto di partenza del percorso attraverso cui la conoscenza scientifica si traduce in nuove soluzioni di diagnosi e trattamento. Comprende attività molto diverse, dalla ricerca di base e traslazionale allo sviluppo preclinico e clinico, e si realizza attraverso l'interazione tra imprese, università, Istituzioni pubbliche, strutture sanitarie ed enti non profit, in un ecosistema nel quale assumono un peso crescente anche startup e piccole imprese biotecnologiche.

La capacità di alimentare questo ecosistema dipende innanzitutto dalle risorse destinate alla ricerca e dalla loro distribuzione lungo le diverse fasi del processo di innovazione. Un primo fattore di competitività riguarda la decisione e la capacità del sistema pubblico di sostenere le fasi e gli ambiti della ricerca in cui i rischi sono più alti e i ritorni meno certi. Nel 2022 gli Stati Uniti hanno destinato 49,5 miliardi di dollari di risorse pubbliche alla R&S in ambito sanitario, oltre tre volte i 14,9 miliardi dell'Unione Europea[8]. Per la Cina non è disponibile un dato pienamente comparabile, ma l'entità delle risorse mobilitate è significativa: oltre agli obiettivi del 15° Piano Quinquennale[9], il Fondo nazionale di venture capital punta a mobilitare circa 138 miliardi di dollari per le industrie tecnologiche emergenti, tra cui la biomedicina, mentre la Bank of China prevede almeno 147 miliardi di dollari per il solo settore biomedico nel quinquennio[10].

All'investimento pubblico si affianca quello privato, che resta il principale motore dell'innovazione e rende le Life Sciences uno dei comparti a più alta intensità di conoscenza dell'economia. Il settore destina alla ricerca il 13,4% dei ricavi netti, il valore più elevato tra i macrosettori considerati[11], e nel solo farmaceutico la quota sale a circa un quinto (21%)[12]. Dopo un decennio di forte espansione, emergono tuttavia segnali di rallentamento. Dopo essere quasi quadruplicato tra il 2001 e il 2025, il numero di farmaci in sviluppo nel mondo si è ridotto nel 2026 per la prima volta dalla metà degli anni Novanta[13]. Più che una semplice ricerca di efficienza, il fenomeno segnala portafogli più selettivi e una maggiore attenzione al rischio, in un contesto segnato da una grande incertezza macroeconomica e regolatoria, instabilità geopolitica e pressioni sui prezzi.

Parallelamente, sta cambiando anche il modo in cui l'innovazione viene generata e incorporata nelle pipeline. Le nuove molecole nascono sempre più spesso in biotech e piattaforme tecnologiche che i grandi gruppi integrano attraverso acquisizioni, licenze e partnership. Il valore delle operazioni di M&A è tornato a crescere, avvicinandosi ai 200 miliardi di euro nella stima per il 2026[14]. In questo scenario la Cina si è affermata come principale fornitore di nuovi asset: la sua quota sul valore degli accordi di licenza è passata dal 5% di cinque anni fa al 42% del 2025 e potrebbe superare i due terzi nel 2026.

Alla trasformazione dei modelli di innovazione si accompagna inoltre una ridefinizione delle priorità della ricerca, che risentono delle prospettive di sviluppo delle diverse aree terapeutiche. L'oncologia resterà l'area più rilevante, ma a trainare la crescita saranno soprattutto il cardiovascolare e le malattie autoimmuni[15].

8 OCSE (2025), "Health at a Glance 2025".
9 Il Piano colloca biomedicina e biomanifattura tra i settori del futuro e prevede una crescita media annua di almeno il 7% della spesa nazionale in R&S, già pari al 2,8% del PIL nel 2025. Per un quadro sulla competizione tra Europa, Stati Uniti e Cina nelle Life Sciences si rimanda al Capitolo 5 del presente Rapporto.
10 Governo Cinese, 2026.
11 Commissione Europea (2025), "Industrial Research & Development Investment Scoreboard". Il macrosettore Health comprende farmaceutica, biotecnologie, apparecchiature mediche, tecnologie e servizi sanitari e fornitori di assistenza sanitaria.
12 PhRMA (2025), "Annual Membership Survey". Il dato si riferisce alle imprese biofarmaceutiche associate alla Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA), che nel 2024 hanno reinvestito in R&S circa il 21% dei ricavi. Riguarda esclusivamente gli Stati Uniti e deve quindi essere confrontato con massima riserva con il dato dello Scoreboard della Commissione Europea, che ha un perimetro globale.
13 Citeline (2026), "Pharma R&D Annual Review 2026". All'inizio del 2026 risultavano in sviluppo 22.940 farmaci, il 3,9% in meno rispetto all'anno precedente.
14 Evaluate (2026), "World Preview 2026".
15 Secondo le stime Evaluate gli immunomodulatori cresceranno a oltre il 9% annuo tra il 2025 e il 2032; tra le prime dieci aree terapeutiche solo il cardiovascolare crescerà più rapidamente superando il 10% di tasso di crescita annuo.

In questo scenario globale, la capacità dell'Europa e dei singoli Paesi di attrarre investimenti in ricerca assume un valore strategico. Nel 2024 gli investimenti in R&S delle aziende farmaceutiche in Europa sono concentrati in pochi Paesi: Regno Unito (11,0 miliardi di euro), Germania (10,7 miliardi di euro) e Svizzera (9,6 miliardi di euro), mentre l'Italia si attesta sui 2,3 miliardi, dietro anche a Belgio e Francia[16]. Una quota rilevante di questi investimenti è destinata alla ricerca clinica. Considerando che le sperimentazioni di fase I, II e III assorbono complessivamente il 44,6% degli investimenti in R&S nel 2024[17], se si rapporta questa quota ai circa 60 miliardi di euro complessivi investiti in R&S farmaceutica in Europa nel 2025 si può stimare per la ricerca clinica un ordine di grandezza prossimo ai 27 miliardi di euro.

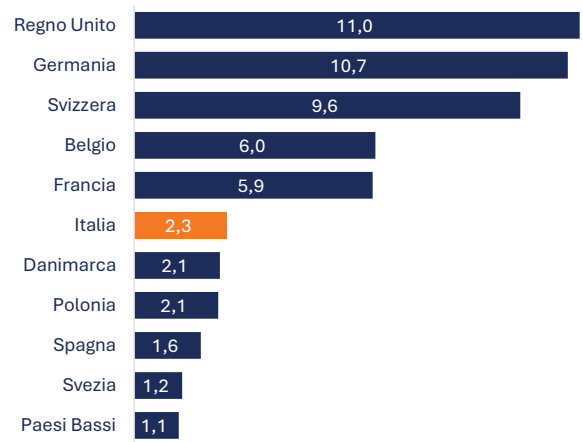


Figura 2. Spesa in R&S dell'industria farmaceutica in Europa (miliardi di euro), 2024

Fonte: TEHA Group su dati EFPIA, 2026

L'Italia partecipa a questa dinamica con investimenti in crescita, sebbene ancora distanti da quelli dei principali hub europei. Secondo stime di Farmindustria, nel 2025 le imprese farmaceutiche hanno investito in Italia complessivamente 2,5 miliardi di euro in R&S, con una crescita del 47% rispetto al 2021[18]. Di questi investimenti, oltre 800 milioni di euro all'anno sono destinati agli studi clinici, spesso realizzati presso strutture del SSN.

È proprio nella ricerca clinica che il valore dell'investimento va oltre lo sviluppo del singolo farmaco e si estende al sistema della ricerca e dell'assistenza, contribuendo a rafforzare competenze, centri di ricerca e occupazione qualificata. Secondo uno studio del 2026, i trial sponsorizzati dall'industria sostengono già circa 16.900 posti di lavoro nel Paese, e un aumento dell'11,1% del numero di studi, in linea con il target europeo, potrebbe generarne altri 1.900, con circa 289 milioni di euro di valore economico aggiuntivo[19].

La capacità di produrre ricerca, tuttavia, è solo una parte della competizione: altrettanto rilevante è la capacità di trasformare i risultati scientifici in innovazioni tutelabili e valorizzabili. Da questo punto di vista, l'evoluzione dei brevetti restituisce con particolare evidenza il cambiamento della geografia mondiale dell'innovazione. Tra il 2004 e il 2024, sulla base dei dati dell'Organizzazione Mondiale per la Proprietà Intellettuale

16 EFPIA (2025), "The Pharmaceutical Industry in Figures".
17 Ibid.
18 Farmindustria (2026), "Indicatori farmaceutici".
19 EFPIA (2026), "The economic impact of industry clinical trials across Europe".

(WIPO), i brevetti concessi a richiedenti cinesi nel farmaceutico sono passati da 1.880 a 12.297, superando dal 2021 quelli statunitensi. Nelle tecnologie mediche la crescita è stata ancora più netta, da 462 a oltre 31.000, con il sorpasso sugli Stati Uniti nel 2024. La Cina rappresenta così circa un terzo dei brevetti concessi nel mondo in entrambi i settori, contro circa il 10% nel farmaceutico e il 2% nel medtech vent'anni fa. L'Europa segue invece traiettorie diverse nei due ambiti. Nel medtech i brevetti dell'UE-27 sono più che raddoppiati, da 4.636 a 10.300, un trend in crescita ma comunque relativamente basso rispetto a Stati Uniti e Cina. Nel farmaceutico, dopo il picco di oltre 7.000 nel 2013, sono scesi a 4.471 nel 2024, sotto i livelli del 2004. L'Italia riflette la stessa dinamica: nelle tecnologie mediche i brevetti concessi sono più che raddoppiati, da 218 a 575, mentre nel farmaceutico sono rimasti sostanzialmente fermi, 334 nel 2024 contro 335 nel 2004, dopo aver toccato 714 nel 2013.

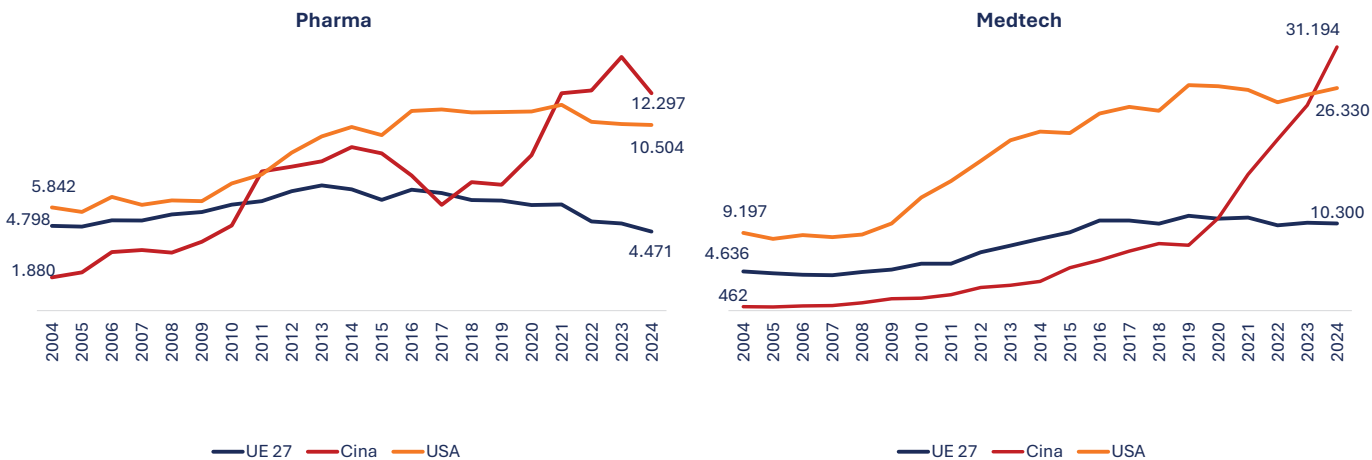


Figura 3. A sinistra: Brevetti concessi nel campo farmaceutico per origine del richiedente in UE-27, USA e Cina (numero), 2004-2024.
A destra: Brevetti concessi nel campo delle tecnologie mediche per origine del richiedente in UE-27, USA e Cina (numero), 2004-2024

Fonte: TEHA Group su dati WIPO, 2026

Il rafforzamento della posizione cinese non è però soltanto quantitativo. Un esempio concreto di questo cambiamento è l'approvazione in Cina, nel giugno 2026, della prima terapia CAR-T al mondo per un tumore solido[20]. Il caso testimonia come il ruolo crescente della Cina non riguardi soltanto il numero di nuove sostanze sviluppate e brevetti, ma anche la capacità di affermarsi nelle frontiere più avanzate dell'innovazione terapeutica.

La proprietà intellettuale introduce, infine, un'ulteriore dimensione nella competizione per l'innovazione. Nei prossimi anni il settore dovrà infatti confrontarsi con il cosiddetto "patent cliff", ossia la scadenza della protezione brevettuale di molti farmaci "blockbuster"[21]. Per i sistemi sanitari questo apre margini di risparmio sui farmaci maturi, ma per le imprese significa dover sostituire rapidamente fonti di ricavo rilevanti e rinnovare le pipeline. Anche questa dinamica contribuisce ad accelerare la ricerca di innovazione esterna e, parallelamente, a rendere più intensa la competizione tra Paesi per attrarre capitali, sperimentazioni e sviluppo delle nuove terapie.

20 Reuters (2026), "China approves CARsgen's CAR-T treatment for stomach cancer". La terapia è indicata per pazienti con adenocarcinoma gastrico o della giunzione gastroesofagea avanzato, già trattati con almeno due linee terapeutiche.

21 Evaluate (2026), "World Preview 2026". La quota di vendite mondiali di farmaci soggetti a prescrizione esposta a scadenza brevettuale potrebbe raggiungere il 6,5% nel 2027 e l'8,3% nel 2031.

6.1.1 Le politiche per attrarre ricerca nelle Life Sciences

La crescente competizione globale nella ricerca biomedica non si gioca soltanto sul volume degli investimenti, ma anche sulla capacità dei diversi sistemi di attrarli e trattenerli attraverso la creazione di contesti favorevoli, agendo su leve fiscali, regolatorie e infrastrutturali.

La Cina rappresenta oggi l'esempio più evidente di questa strategia. Nonostante i risultati già raggiunti, il Paese continua a incentivare la ricerca nelle Life Sciences con un approccio sistemico: nel 2024 è stato avviato un Piano di sostegno lungo l'intera filiera dell'innovazione farmaceutica, successivamente affiancato da 24 misure di riforma che riguardano sia i farmaci che i dispositivi medici[22]. Il pacchetto interviene dalla ricerca all'accesso al mercato, combinando incentivi fiscali, fondi pubblici, assistenza regolatoria e percorsi accelerati per sperimentazioni e autorizzazioni. Nei programmi pilota, i tempi di valutazione delle domande di sperimentazione per farmaci innovativi e dispositivi medici possono essere ridotti da 60 a 30 giorni lavorativi, mentre le imprese possono beneficiare di una deduzione fiscale aggiuntiva pari al 100% delle spese di R&S. Questa traiettoria è stata ulteriormente consolidata nel 2026 con la revisione del Regolamento di attuazione della legge cinese sui farmaci. Il provvedimento, entrato in vigore il 15 maggio, introduce fino a due anni di esclusiva di mercato per alcuni medicinali pediatrici e fino a sette anni per quelli destinati alle malattie rare, oltre a una protezione dei dati regolatori fino a sei anni per i farmaci contenenti nuove sostanze chimiche[23].

Alle iniziative centrali si accompagnano quelle locali, come il fondo istituito da Pechino con una dotazione obiettivo di quasi 3 miliardi di euro destinata a sostenere investimenti in farmaci, dispositivi e tecnologie sanitarie innovative[24], e gli incentivi introdotti da Shanghai, che possono coprire fino al 40% delle spese di R&S[25]. La strategia sostiene quindi non soltanto lo sviluppo farmaceutico, ma più in generale l'innovazione biomedica, comprese le terapie cellulari e geniche, la robotica medica e le tecnologie avanzate di diagnosi e imaging, contribuendo a rafforzare la posizione cinese nella competizione globale per investimenti e competenze.

A fronte del contesto globale, e riconosciuta l'importanza del settore, l'Unione Europea sta cercando di rafforzare la propria attrattività come luogo di ricerca, sviluppo e innovazione nelle Life Sciences. In questa prospettiva si inserisce la strategia europea "Choose Europe for life sciences"[26], con cui la Commissione Europea ha posto l'obiettivo di rendere l'Unione Europea il luogo più attrattivo al mondo per le Life Sciences entro il 2030, rafforzando coordinamento, infrastrutture, accesso ai finanziamenti e prevedibilità regolatoria.

Un primo ambito di intervento riguarda direttamente la ricerca clinica. L'agenda europea punta a facilitare il finanziamento dei trial multinazionali, rafforzare le infrastrutture dedicate alla sperimentazione e sostenere reti di centri ad alta specializzazione, in particolare nelle aree più complesse come le terapie avanzate. L'obiettivo è intervenire su uno dei principali fattori di attrattività per gli investimenti in ricerca: la possibilità di condurre studi multicentrici, innovativi e di alta qualità in tempi competitivi.

In questa direzione, un ruolo centrale è svolto da "Accelerating Clinical Trials in the EU" (ACT EU)[27], iniziativa congiunta di Commissione Europea, EMA e Heads of Medicines Agencies. Il programma mira a rendere i trial europei più rapidi, coordinati e attrattivi, migliorando il funzionamento del Clinical Trials Regulation, il coinvolgimento dei pazienti, l'uso dei dati e la sottomissione tempestiva dei

22 General Office of the State Council of the People's Republic of China (2024), "Opinions on Comprehensively Deepening the Reform of Regulation of Drugs and Medical Devices to Promote the High-Quality Development of the Pharmaceutical Industry".
23 Consiglio di Stato della Repubblica Popolare Cinese (2026), "Regulations for the Implementation of the Drug Administration Law of the People's Republic of China", Decreto del Consiglio di Stato n. 828.
24 Beijing Economic-Technological Development Area Administrative Committee (2024), "Beijing establishes government investment funds focusing on pharmaceuticals and health, artificial intelligence, robotics and information industries".
25 Shanghai Municipal People's Government (2024), "Guidelines on Supporting the Innovation-Driven Development of the Biopharmaceutical Industry Along the Whole Chain".
26 Commissione Europea (2025), "Choose Europe for life sciences, A strategy to position the EU as the world's most attractive place for life sciences by 2030".
27 EMA, Commissione Europea e Heads of Medicines Agencies (2026), "Accelerating Clinical Trials in the EU, ACT EU".

risultati. Per monitorare i progressi in termini di trial condotti nel Vecchio Continente, l'Europa ha introdotto anche obiettivi misurabili: aumentare di 500, entro il 2030, il numero complessivo di trial clinici multinazionali autorizzati rispetto alla traiettoria storica, pari a circa 100 studi aggiuntivi all'anno, e portare al 66% la quota di trial che iniziano il reclutamento entro 200 giorni dalla sottomissione della domanda[28].

Accanto ad ACT EU, iniziative mirate affrontano diversi fattori di frammentazione della ricerca clinica europea. Il progetto pilota FAST-EU sperimenta una valutazione accelerata e coordinata dei trial multinazionali, con l'obiettivo di concludere l'iter autorizzativo entro 70 giorni dalla presentazione della domanda, includendo i tempi di risposta dello sponsor e integrando i pareri dei comitati etici[29]. Il programma COMBINE interviene invece sugli studi che associano la sperimentazione di un farmaco a quella di un dispositivo medico o di un test diagnostico in vitro, promuovendo una valutazione coordinata tra le autorità coinvolte per ridurre gli oneri derivanti dall'applicazione di quadri regolatori distinti[30]. MedEthicsEU, infine, riunisce i rappresentanti nazionali dei comitati etici di ricerca medica, favorendo lo scambio di pratiche e un maggiore allineamento delle procedure di valutazione etica[31]. Nel complesso, queste iniziative mirano a rendere l'avvio e la gestione degli studi clinici in Europa più semplici, coordinati e prevedibili.

Un secondo ambito riguarda i dati. Lo European Health Data Space[32] introduce una cornice comune per l'uso primario e secondario dei dati sanitari, con potenziali ricadute rilevanti sulla ricerca clinica: migliore fattibilità degli studi, identificazione più rapida dei pazienti eleggibili, supporto al disegno dei protocolli, produzione di evidenze real world e monitoraggio degli esiti nel tempo. A questa cornice si affiancano gli interventi previsti dalla strategia europea per le Life Sciences per migliorare la qualità e l'accessibilità dei biodati, ossia dei dati biologici utilizzati nella ricerca, rafforzare l'infrastruttura europea dei dati genomici e sostenere l'impiego dell'intelligenza artificiale nella ricerca biomedica. L'obiettivo è mettere a disposizione dei ricercatori dati e strumenti di analisi utili a comprendere i meccanismi delle malattie e sviluppare approcci terapeutici più mirati[33]. Sul versante dei metodi di ricerca, l'Unione Europea sostiene inoltre lo sviluppo e la validazione delle New Approach Methodologies, tra cui modelli cellulari avanzati e simulazioni computazionali, che possono integrare o sostituire alcune sperimentazioni animali e contribuire a rendere più efficiente la valutazione della sicurezza e dell'efficacia dei nuovi medicinali[34].

A questi interventi si affianca il sostegno finanziario alla ricerca e all'innovazione in salute. Attraverso il Cluster 1 "Health" di Horizon Europe, l'Unione Europea finanzia la produzione di nuove conoscenze e lo sviluppo di soluzioni mediche innovative, oltre che di tecnologie sanitarie e modelli di assistenza più efficaci e sostenibili. Nel periodo 2021-2027, l'Agenzia esecutiva europea per la salute e il digitale (HaDEA) gestisce circa 6 miliardi di euro destinati alle azioni del Cluster, tra cui appunto attività direttamente riconducibili alla ricerca in ambito medico.

Infine, il Biotech Act[35] europeo rappresenta un tassello ulteriore. Pur avendo un perimetro più ampio[36], che include anche dimensioni industriali e di mercato, per la ricerca farmaceutica esso è rilevante soprattutto perché mira a ridurre il cosiddetto innovation gap, rafforzare

28 EMA (2025), "New targets for clinical trials in Europe".
29 Heads of Medicines Agencies, Clinical Trials Coordination Group e MedEthics EU (2026), "FAST-EU: External Guidance for Sponsors".
30 Commissione Europea, "The COMBINE programme". Si fa riferimento in particolare al progetto pilota "all-in-one coordinated assessment", avviato nel giugno 2025.
31 Commissione Europea, "Clinical trials, MedEthicsEU: Group of national representatives of Medical Research Ethics Committees".
32 Commissione Europea (2025), "European Health Data Space Regulation, EHDS".
33 Commissione Europea (2025), "Choose Europe for life sciences: A strategy to position the EU as the world's most attractive place for life sciences by 2030". Sezione "Unlocking the power of data and AI for breakthrough innovation"
34 Commissione Europea, ERA Policy Agenda 2025–2027, "Accelerating new approach methodologies (NAMs) to advance biomedical research and testing of medicinal products and medical devices".
35 Commissione Europea (2025), "European Biotech Act".
36 Per approfondimenti si rimanda al Capitolo 5 del presente Rapporto.

e semplificare il quadro regolatorio in ambiti come trial clinici e terapie cellulari e geniche, facilitare l'uso di AI, dati e soluzioni digitali, migliorare l'accesso ai finanziamenti per startup e PMI e ridurre il time-to-market attraverso una regolazione più semplice e future-proof. In questo senso, il Biotech Act non va letto soltanto come uno strumento di politica industriale, ma anche come un intervento volto a rendere più lineare il passaggio dalla ricerca allo sviluppo clinico e, successivamente, all'innovazione disponibile per i pazienti.

Nel complesso, queste iniziative indicano un cambio di passo: l'Europa sta cercando di trasformare la propria base scientifica in un sistema capace di attrarre ricerca e conseguentemente investimenti per evitare che una parte crescente del valore venga sviluppata altrove.

Oltre alle iniziative promosse a livello europeo, anche i Paesi membri stanno intervenendo per rendere più attrattiva la ricerca medica nei propri territori, agendo in particolare sui passaggi che condizionano l'avvio e la conduzione degli studi clinici. In Germania, il Medical Research Act del 2024 ha introdotto clausole contrattuali standard, procedure autorizzative più rapide e un incentivo collegato alla successiva negoziazione del rimborso. Per i medicinali i cui studi registrativi abbiano arruolato in Germania almeno il 5% dei partecipanti, vengono infatti riaperti per tre anni alcuni margini negoziali normalmente limitati dalla normativa[37]. In concreto, l'impresa e le assicurazioni sanitarie pubbliche possono negoziare il prezzo rimborsato senza avere alcune restrizioni ordinarie, pur senza garantire automaticamente un prezzo più elevato.

La Spagna ha invece introdotto un percorso fast track per gli studi di fase I su farmaci biologici o biotecnologici destinati all'oncologia e alle malattie rare, presentati esclusivamente nel Paese, con valutazione entro 26 giorni dalla validazione in assenza di richieste di chiarimento[38]. Lo stesso termine si applica automaticamente agli studi di bioequivalenza, attraverso un processo coordinato con i comitati etici aderenti. A questi interventi sulle procedure per la ricerca clinica si affianca un sistema stabile di incentivi agli investimenti in ricerca. Le deduzioni fiscali per la R&S sono presenti dal 1996 (Legge 43/1995), sono state estese all'innovazione tecnologica dalla Legge 55/1999 e oggi, ai sensi della Legge 27/2014, prevedono aliquote del 25%, fino al 42% sulla spesa incrementale, con maggiorazioni per personale qualificato e investimenti dedicati.

Altri Paesi rafforzano gli incentivi economici alla ricerca. In Belgio, le imprese possono beneficiare, a determinate condizioni, di un'esenzione fino all'80% delle ritenute sulle retribuzioni dei ricercatori qualificati, riducendo il costo della R&S[39]. La Polonia ha invece sviluppato una rete pubblica nazionale di centri di supporto ai trial, orientata a uniformare procedure, contratti e standard di qualità, affiancandola a Poland Feasibility, uno strumento che utilizza i dati del Fondo sanitario nazionale per individuare le strutture con i maggiori bacini di pazienti in base a diagnosi, trattamenti e procedure[40].

Anche l'Italia ha rafforzato il sostegno alla ricerca biomedica, combinando investimenti pubblici e misure a favore dell'innovazione industriale. Il PNRR ha destinato oltre 524 milioni di euro alla ricerca biomedica e al trasferimento tecnologico[41], cui si aggiungono oltre 194 milioni per l'IPCEI Med4Cure[42]. Il Programma nazionale della ricerca sanitaria 2026-2028 rafforza inoltre il ruolo degli IRCCS

37 Ministero federale della Salute, BMG (2024), "Medizinforschungsgesetz, MFG".
38 Agenzia spagnola dei medicinali e dei prodotti sanitari, AEMPS (2026), "Procedimientos de evaluación acelerada".
39 Servizio pubblico federale Finanze, SPF Finances (2024), "Tax Incentives for Research & Development & Innovation".
40 Agenzia polacca per la ricerca medica, ABM (2025), "Launch of the Extended Version of the Poland Feasibility Tool: New Search Capabilities".
41 Ministero della Salute, PNRR, Missione 6, Componente 2, Investimento 2.1, "Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN".
42 La Decisione della Commissione Europea C(2024) 3629 final del 28 maggio 2024 ha autorizzato gli aiuti di Stato di sei Paesi (Belgio, Francia, Ungheria, Italia, Slovacchia e Spagna) a sostegno della realizzazione del primo importante progetto di comune interesse europeo (IPCEI) per affrontare ulteriormente i potenziali fallimenti del mercato che ostacolano l'innovazione e migliorare la qualità e l'accesso all'assistenza sanitaria dei pazienti, denominato "IPCEI Med4Cure" (anche IPCEI Salute 1). L'iniziativa sostiene la ricerca, l'innovazione e la prima applicazione industriale di prodotti sanitari e processi innovativi di produzione farmaceutica. Per l'Italia sono ammissibili alle agevolazioni cinque imprese selezionate e incluse nella decisione di autorizzazione della Commissione Europea.

e orienta la ricerca verso medicina di precisione, IA e utilizzo dei dati sanitari, con 129 milioni di euro programmati per la Ricerca finalizzata[43].

Questi esempi mostrano che la competitività europea si costruisce anche attraverso le scelte dei singoli Stati: sono infatti le procedure, gli incentivi e le infrastrutture nazionali a orientare concretamente la localizzazione della ricerca e, di conseguenza, degli investimenti, con ricadute per l'economia di ciascun Paese.

6.2 LA FOTOGRAFIA EUROPEA E ITALIANA DELLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE

Le sperimentazioni cliniche rappresentano uno snodo essenziale del percorso dell'innovazione biomedica: è attraverso la ricerca clinica che le conoscenze e gli investimenti in R&S possono tradursi in nuove opportunità di prevenzione, diagnosi e cura. Il loro valore, tuttavia, va oltre la sola dimensione scientifica. Per i pazienti, partecipare a una sperimentazione può significare accedere precocemente a terapie innovative; per il sistema sanitario, attrarre studi clinici significa rafforzare competenze, infrastrutture e capacità di ricerca, oltre a beneficiare delle risorse associate agli studi e dei minori costi per i trattamenti messi a disposizione dagli sponsor; per il sistema economico, significa generare investimenti e occupazione altamente qualificata. In questa prospettiva, la ricerca clinica rappresenta quindi un punto di incontro tra innovazione, qualità dell'assistenza e sviluppo del sistema della ricerca.

Proprio per il suo valore strategico, negli ultimi anni l'Unione Europea ha profondamente rivisto il quadro regolatorio della sperimentazione clinica, con la piena applicazione del Regolamento (UE) n. 536/2014 e l'introduzione del Clinical Trials Information System (CTIS), il portale unico europeo per la presentazione, la valutazione e la gestione delle domande di sperimentazione clinica. L'obiettivo del nuovo assetto regolatorio è superare la frammentazione precedente, nella quale i promotori erano chiamati a interagire con procedure nazionali spesso diverse tra loro, e rendere più omogeneo, trasparente e coordinato il processo autorizzativo a livello europeo.

Dopo una fase transitoria, dal 31 gennaio 2025 il nuovo sistema è entrato pienamente a regime: tutte le sperimentazioni cliniche nell'Unione Europea e nello Spazio Economico Europeo devono essere condotte secondo il Regolamento europeo e gestite attraverso il CTIS. Questo passaggio ha comportato un adattamento organizzativo e amministrativo per sponsor, autorità regolatorie, comitati etici e centri clinici, ma ha anche reso disponibile una base informativa più completa e armonizzata, che consente di osservare con maggiore sistematicità l'evoluzione della ricerca clinica nei diversi Paesi europei.

A partire da questi dati, Meridiano Sanità ha ricostruito una fotografia della ricerca clinica in Europa e in Italia, analizzandone dimensioni, caratteristiche e distribuzione. Una fotografia che va letta nel contesto di una geografia globale della ricerca clinica in rapido cambiamento: una quota crescente delle sperimentazioni si sta spostando dai Paesi occidentali verso la Cina e, in misura più contenuta, verso l'America Latina, in particolare in ambito oncologico.

A favorire questa dinamica contribuiscono differenze nei costi, nei tempi autorizzativi e nella capacità di reclutamento dei pazienti. In Cina, ad esempio, i costi possono essere inferiori del 30-40%, l'approvazione richiede circa 30 giorni e il reclutamento può risultare da due a

43 Ministero della Salute (2026), "Programma nazionale della ricerca sanitaria 2026-2028" e schema del bando di Ricerca finalizzata 2026-2028. Il Programma è stato approvato all'unanimità dal Comitato tecnico sanitario il 27 maggio 2026 e successivamente trasmesso alle Regioni. Per il nuovo bando di Ricerca finalizzata sono programmati 129 milioni di euro, corrispondenti a 43 milioni per ciascuna delle tre annualità finanziarie considerate. I progetti hanno durata triennale e possono ricevere finanziamenti compresi tra 150.000 e 450.000 euro nelle categorie Ricerca finalizzata e Giovani ricercatori e fino a 700.000 euro per i progetti cofinanziati. La valutazione assegna fino a 30 punti alla qualità scientifica, 25 alla metodologia e alla fattibilità, 15 alle competenze del gruppo di ricerca e 10 all'implementazione e alla trasferibilità dei risultati. Per la prima volta, inoltre, 20 punti sono specificamente attribuiti all'impatto atteso sul SSN, con una soglia minima di 10 punti necessaria affinché il progetto possa essere finanziato.

cinque volte più rapido[44]; in un caso riportato da ESMO, il 55% dei pazienti è stato arruolato in Cina in meno di sei mesi, rispetto al 15% in Europa e al 10% negli Stati Uniti[45]. Anche alcuni Paesi dell'America Latina, tra cui Brasile, Argentina e Messico, presentano fattori di attrattività per la ricerca clinica grazie alla combinazione di popolazioni geneticamente eterogenee, costi operativi competitivi e capacità di reclutamento dei pazienti[46].

All'interno di questo scenario, l'analisi di seguito riportata si concentra sul perimetro europeo e si articola in due livelli di osservazione complementari.

Il primo considera tutti i trial registrati sulla piattaforma al 30 giugno 2026, indipendentemente dalla disponibilità della start date, e restituisce quindi una fotografia complessiva delle sperimentazioni presenti nel sistema. Nel CTIS, la start date identifica la data di avvio della sperimentazione, mentre la decision date indica la data della decisione dell'autorità competente e coincide, nel portale, con la data di caricamento o registrazione dello studio. Al 30 giugno 2026 risultano registrati 11.919 trial clinici, di cui 6.006 attivi e 2.356 autorizzati; la parte restante è composta prevalentemente da studi conclusi, sospesi o comunque non in fase attiva.

Il secondo perimetro comprende invece i soli trial con start date disponibile e compresa tra il 1° gennaio 2023 e il 30 giugno 2026. La disponibilità di una data effettiva di avvio consente di ricostruire su una base temporale omogenea l'evoluzione delle sperimentazioni nel periodo considerato, oltre ad analizzarne le principali caratteristiche. Questo sottoinsieme comprende 7.014 trial e costituisce pertanto il riferimento per l'analisi dell'andamento della ricerca clinica negli ultimi anni.

Proprio perché basato sulla start date, l'andamento temporale richiede tuttavia una lettura prudente, soprattutto negli anni interessati dalla transizione al nuovo sistema. I dati mostrano 1.473 trial nel 2023, 2.442 nel 2024, 2.155 nel 2025 e 944 nel primo semestre 2026. Il picco di fine 2024[47] potrebbe infatti essere influenzato dal processo di inserimento su CTIS degli studi già in corso, che doveva essere completato entro la fine del periodo transitorio. Analogamente, il dato relativo al 2026 è ancora parziale: al 30 giugno risultano infatti 650 trial registrati nell'anno ma ancora privi di una start date.

44 Informazioni riportate sulla base delle dichiarazioni della presidenza dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), rilasciate in occasione del Congresso annuale dell'American Society of Clinical Oncology (ASCO), tenutosi a Chicago nel 2026.

45 Dato riferito dalla presidenza della European Society for Medical Oncology (ESMO) a margine del Congresso ESMO 2025 a Berlino, in relazione a uno specifico studio su un farmaco di nuova generazione.

46 Garzón-Dangond J. M. et al. (2025), "Challenges and Opportunities for Cancer Clinical Trials Development in Latin America". JCO Global Oncology.

47 La concentrazione delle decision date a fine 2024 è verosimilmente legata alla scadenza del periodo transitorio, entro cui gli studi già in corso dovevano essere trasferiti nel CTIS. La coincidenza tra il picco delle decision date e quello delle start date suggerisce però che anche queste ultime possano essere state influenzate dal processo di transizione, attraverso l'inserimento di una start date coincidente o molto vicina alla decisione, anziché riferita all'effettivo avvio dello studio. Per questo, il picco delle start date non deve essere interpretato necessariamente come un pari aumento di nuove sperimentazioni iniziate nel periodo.

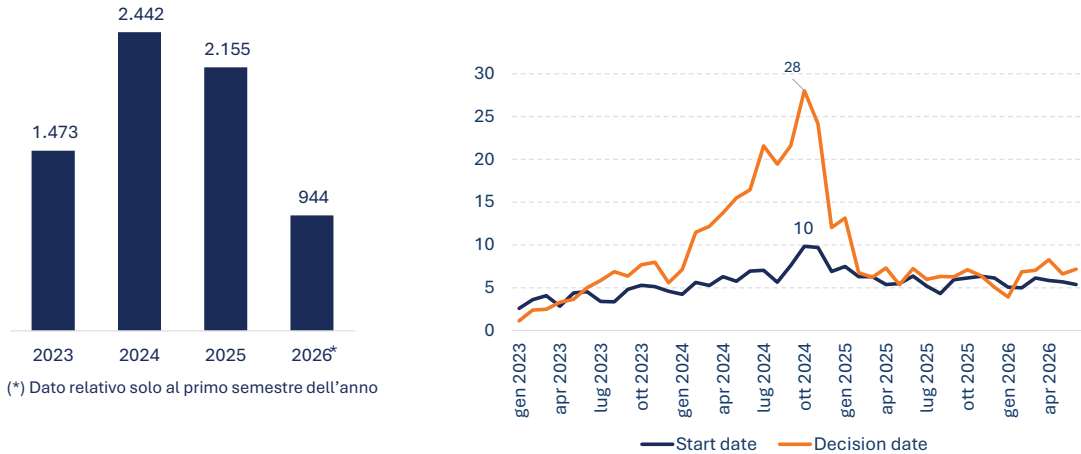


Figura 4. A sinistra: Trial registrati su CTIS con start date a partire dal gennaio 2023 (numero), 2023-2026.
A destra: Trial per mese, calcolato sulla base della Start date e della Decision date (numero medio giornaliero), 2023-2026

Fonte: TEHA Group su dati CTIS, 2026

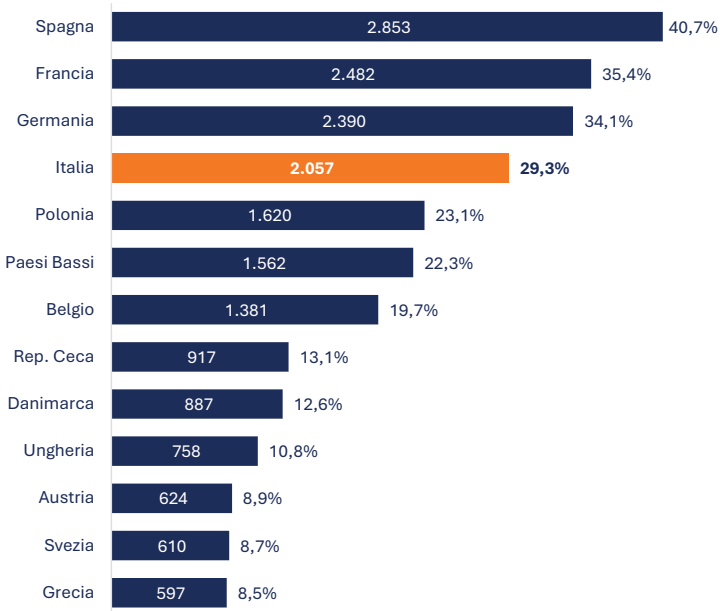
La serie CTIS consente quindi di osservare la dinamica più recente della ricerca clinica europea, ma non costituisce ancora una serie storica pienamente consolidata. Per valutare l'evoluzione dell'attività sperimentale italiana su un orizzonte temporale più ampio è pertanto utile affiancarle i dati dell'Osservatorio Nazionale sulla sperimentazione clinica dei medicinali di AIFA[48]. Il numero annuo di sperimentazioni autorizzate è passato da 557 nel 2000 al massimo di 880 raggiunto nel 2008; negli anni successivi si è mantenuto prevalentemente tra 600 e 700, con un nuovo picco di 818 nel 2021, per poi attestarsi a 626 nel 2023 e a 669 nel 2024.

La serie AIFA permette dunque di contestualizzare nel lungo periodo l'attività sperimentale del Paese, mentre per il confronto tra l'Italia e gli altri Paesi europei l'analisi che segue utilizza il perimetro omogeneo dei trial CTIS con start date compresa tra gennaio 2023 e giugno 2026.

Su questa base, l'Italia emerge come uno dei principali Paesi europei coinvolti nella ricerca clinica. Dei 7.014 trial considerati, 2.057 coinvolgono almeno un centro italiano, pari al 29,3% del totale. L'Italia si colloca così al quarto posto dopo Spagna, Francia e Germania. Il dato restituisce un ruolo significativo del Paese nel panorama europeo, ma evidenzia al tempo stesso un margine rispetto ai principali benchmark, a partire dalla Spagna, coinvolta nel 40,7% delle sperimentazioni considerate.

Il confronto tra Paesi si accompagna a una forte concentrazione degli studi in alcune aree terapeutiche. Le neoplasie rappresentano la prima categoria in Europa, con 1.763 trial, pari al 25,1% del totale. Seguono, con un peso sensibilmente inferiore, le malattie del sistema nervoso (8,4%), le malattie del sistema immunitario (7,3%) e le malattie cardiovascolari (6,9%). La centralità dell'oncologia risulta ancora più marcata in Italia: nel periodo considerato, 739 trial che coinvolgono il Paese riguardano le neoplasie, pari al 36% del totale delle sperimentazioni con partecipazione italiana.

48 AIFA (2026), "La Sperimentazione Clinica dei Medicinali in Italia 22° Rapporto Nazionale Anno 2025".



Area terapeutica	N. trial	% su totale
Neoplasie	1763	25,1%
Malattie del sistema nervoso	590	8,4%
Malattie del sistema immunitario	512	7,3%
Malattie cardiovascolari	486	6,9%
Malattie dell'apparato digerente	348	5,0%
Non specificata	331	4,7%
Malattie dell'apparato respiratorio	306	4,4%
Malattie nutrizionali e metaboliche	277	3,9%
Malattie della cute e del tessuto connettivo	262	3,7%
Malattie muscoloscheletriche	244	3,5%
Malattie del sangue e del sistema linfatico	241	3,4%
Malattie virali	215	3,1%
Disturbi mentali	177	2,5%
Infezioni batteriche e micosi	169	2,4%
Malattie e anomalie congenite, ereditarie e neonatali	134	1,9%
Altro	959	13,7%
Totale	**7014**	

Figura 5. A sinistra: Trial con start date a partire da gennaio 2023 nei Paesi UE-13 con almeno un Centro coinvolto a livello nazionale (numero e % sul totale), 2023-2026. A destra: Trial con start date a partire da gennaio 2023 per area terapeutica in Europa (numero e % sul totale), 2023-2026

Fonte: TEHA Group su dati CTIS, 2026

Il profilo dei trial mostra alcune differenze rilevanti tra l'Italia e i principali Paesi europei. In Italia, l'83% degli studi è promosso da aziende farmaceutiche, un valore superiore alla media UE-27, pari al 60%, e sostanzialmente in linea con Spagna e Germania. Il dato conferma la capacità dei centri italiani di attrarre ricerca clinica sponsorizzata dall'industria, mentre il peso delle strutture sanitarie come promotori, pari al 9%, risulta inferiore alla media europea.

Anche la distribuzione per fase evidenzia un profilo specifico dell'Italia. I trial di fase III rappresentano il 44% del totale, una quota superiore alla media UE-27, pari al 25%, e ai principali Paesi benchmark. Al contrario, gli studi di fase I e fase I con espansione hanno un peso più contenuto. Questo suggerisce una forte partecipazione dell'Italia a studi più vicini alla fase autorizzativa, spesso multicentrici e promossi dall'industria, mentre appare più limitato il ruolo nelle fasi più precoci della ricerca clinica.

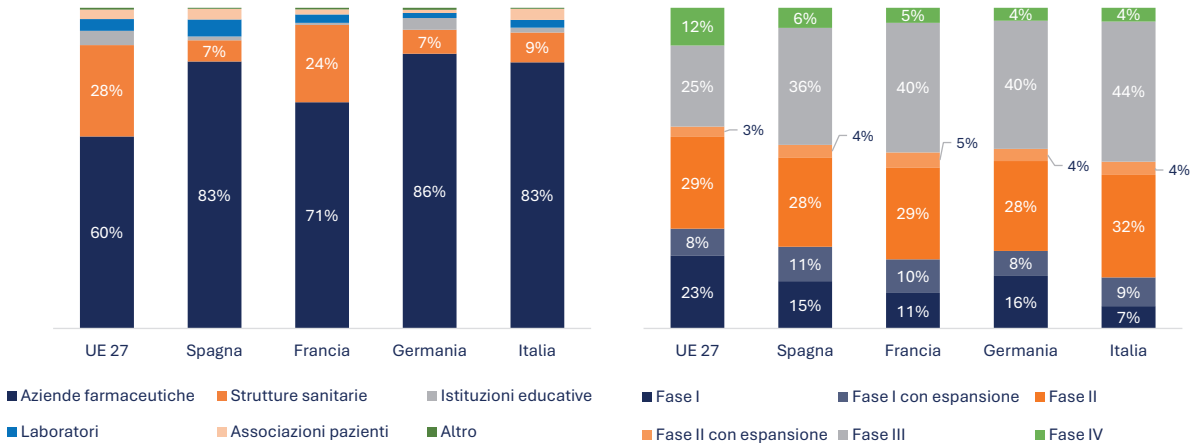


Figura 6. A sinistra: Trial nei Paesi europei per tipo di sponsor (% sul totale), 2023-2026.
A destra: Trial nei Paesi europei per fase (% sul totale), 2023-2026

Fonte: TEHA Group su dati CTIS, 2026

I dati CTIS consentono di approfondire altre caratteristiche delle sperimentazioni, dalla composizione dei partecipanti alla dimensione internazionale degli studi. Analizzando la distribuzione dei partecipanti per sesso, emerge che la grande maggioranza dei trial europei inclusi nel perimetro di osservazione coinvolge sia uomini sia donne. In particolare, su 7.014 trial considerati, circa il 90% prevede la partecipazione di entrambi i sessi, mentre 355 studi includono esclusivamente partecipanti di sesso maschile e 348 esclusivamente partecipanti di sesso femminile.

Il confronto tra Paesi mostra inoltre che i trial che coinvolgono l'Italia hanno una forte dimensione internazionale. In media, gli studi con almeno un centro italiano coinvolgono 6,8 Paesi, un valore superiore a Spagna (5,6), Francia (5,5) e Germania (6,0). La quota di trial single country è pari al 13%, inferiore a quella registrata nei principali Paesi benchmark, mentre il 64,3% degli studi che coinvolgono l'Italia interessa almeno 5 Paesi, contro il 51,2% della Spagna, il 49,6% della Francia e il 55,7% della Germania.

La forte integrazione dell'Italia nelle sperimentazioni multinazionali si accompagna, tuttavia, a un numero più contenuto di pazienti previsti per singolo trial. Il numero mediano di partecipanti previsti per trial in Italia è pari a 19, inferiore rispetto a Francia (25,5), Spagna (24) e Germania (21). Il numero medio risulta invece meno rappresentativo, perché influenzato da pochi studi di dimensioni eccezionalmente elevate: escludendo i soli 12 trial con almeno 10.000 partecipanti, il numero medio di partecipanti previsti nei trial che coinvolgono l'Italia è pari a 42, contro 76 in Francia, 59 in Germania e 51 in Spagna.

Sempre con riferimento alle informazioni sui partecipanti previsti, che possono naturalmente differire dal numero effettivo di pazienti successivamente arruolati, nei trial avviati in Italia a partire da gennaio 2023 risulta programmata la partecipazione di circa 85 mila individui. La lettura congiunta di questo quadro restituisce un posizionamento italiano solido sul piano della partecipazione internazionale ma anche spazi di miglioramento nella capacità di arruolamento dei centri nazionali.

A questo quadro si aggiunge una marcata eterogeneità territoriale nella distribuzione dell'attività sperimentale all'interno del Paese. Considerando l'intero periodo gennaio 2023-giugno 2026, la Lombardia è coinvolta nell'83% dei 2.057 trial condotti in Italia, seguita da Lazio (62%), Emilia Romagna (48%), Toscana (40%), Veneto (37%), Campania (36%) e Piemonte (33%). La concentrazione appare ancora più marcata restringendo l'osservazione ai 240 trial oncologici avviati negli ultimi due semestri per i quali si dispone dei dati, tra luglio 2025 e giugno 2026. In questo caso, la Lombardia partecipa al 90% degli studi, l'Emilia Romagna al 55%, la Campania al 47% e il Veneto al 46%, percentuali superiori a quelle rilevate sul totale dei trial.

I dati evidenziano quindi come la ricerca clinica, soprattutto negli ambiti a maggiore specializzazione come l'oncologia, tenda a concentrarsi in un numero circoscritto di territori e strutture. Competenze specialistiche, infrastrutture dedicate e disponibilità di adeguati bacini di pazienti rappresentano fattori rilevanti per la partecipazione dei centri alle sperimentazioni e per la loro capacità di contribuire all'arruolamento dei pazienti.

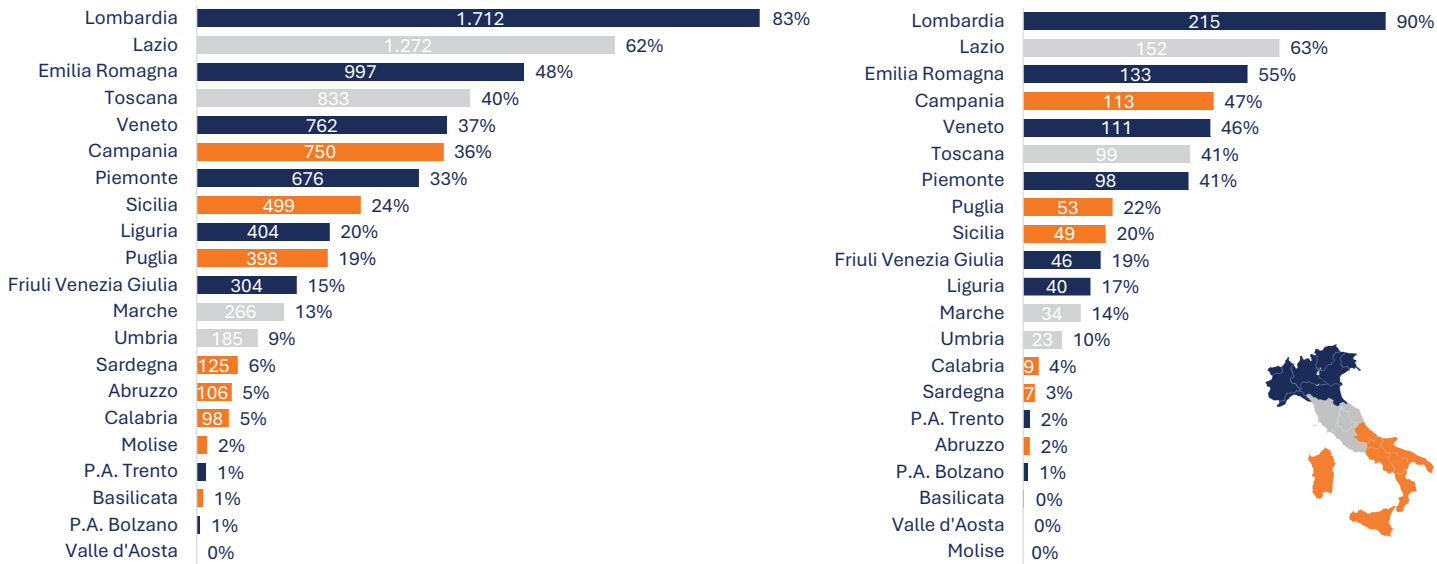


Figura 7. A sinistra: Trial clinici con almeno un centro coinvolto per Regione (numero e % sul totale), gennaio 2023 - giugno 2026.
A destra: Trial oncologici con almeno un centro coinvolto per Regione (numero e % sul totale), luglio 2025 - giugno 2026

Fonte: TEHA Group su dati CTIS, 2026

In questo contesto, assume particolare rilievo il rafforzamento delle strutture che integrano attività assistenziale e ricerca, a partire dagli IRCCS. In questa direzione si inserisce il Programma di Ricerca Corrente AGENAS 2025-2027, approvato dal Comitato Tecnico Sanitario del Ministero della Salute nel dicembre 2025 e sviluppato con il coinvolgimento dei 55 IRCCS italiani. Il programma si articola in quattro linee progettuali, una delle quali specificamente dedicata agli studi clinici. Questa linea prevede lo sviluppo di indicatori condivisi per valutarne la qualità e l'impatto, rendere maggiormente comparabili le performance degli istituti, rafforzare la collaborazione all'interno della rete e favorire il trasferimento dei risultati della ricerca nella pratica clinica e organizzativa.

6.2.1 L'analisi di Meridiano Sanità sul beneficio economico generato dalla ricerca clinica in oncologia

La capacità di attrarre e realizzare sperimentazioni cliniche non riguarda soltanto il sistema della ricerca e quello sanitario, ma costituisce un asset strategico per l'intero sistema-Paese. Un trial genera infatti valore già durante il suo svolgimento, prima che l'innovazione eventualmente sviluppata raggiunga il mercato, attivando risorse economiche, rafforzando competenze e infrastrutture, contribuendo alla sostenibilità del SSN e offrendo ai pazienti coinvolti opportunità di accesso anticipato all'innovazione. Una parte di questi effetti è direttamente quantificabile nel breve periodo, mentre altri producono ricadute che si accumulano nel tempo e rafforzano l'intero ecosistema della ricerca e dell'innovazione.

Sul piano economico, la conduzione delle sperimentazioni mobilita personale altamente qualificato, servizi specialistici, infrastrutture, forniture e competenze professionali, generando valore non soltanto attraverso le risorse direttamente destinate agli studi, ma anche attraverso le attività indirette e indotte attivate lungo la filiera.

Un ulteriore effetto riguarda gli spillover di conoscenza generati dalla ricerca clinica. Le competenze scientifiche, cliniche, metodologiche, organizzative e tecnologiche sviluppate nella conduzione di un trial non si esauriscono con la conclusione dello studio, ma si trasferiscono alle strutture e ai professionisti coinvolti, contribuendo ad accrescere nel tempo il patrimonio di conoscenze e capacità del sistema della ricerca. La partecipazione alle sperimentazioni può così rafforzare la capacità dei centri di gestire protocolli complessi, inserirsi nelle reti internazionali e partecipare a nuove attività di ricerca. Si attiva quindi un effetto cumulativo: la ricerca genera competenze e capacità che, a loro volta, rafforzano le condizioni per realizzare e attrarre nuova ricerca.

A questi effetti si affianca la dimensione più direttamente legata ai pazienti. Il beneficio delle innovazioni terapeutiche si realizza pienamente quando queste diventano disponibili nella pratica clinica, ma può iniziare già durante la sperimentazione per i pazienti arruolati, che possono accedere a trattamenti innovativi all'interno di percorsi clinici altamente monitorati. Si tratta di un beneficio circoscritto ai partecipanti e non automaticamente generalizzabile alla popolazione, ma rappresenta il primo momento in cui l'innovazione può tradursi in un potenziale miglioramento degli esiti di salute.

Vi è infine un impatto diretto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Nell'ambito delle sperimentazioni cliniche, una parte dei costi relativi ai trattamenti, alla diagnostica, al monitoraggio e all'organizzazione dello studio è sostenuta dal promotore. I trial possono quindi generare costi evitati per il sistema pubblico e, allo stesso tempo, apportare risorse aggiuntive alle strutture sanitarie coinvolte, contribuendo a sostenere attività, infrastrutture e capacità di ricerca.



Figura 8. Sintesi delle componenti del valore complessivo della ricerca clinica nel breve termine

Fonte: elaborazione TEHA Group, 2026

A ribadire l'importanza economica della sperimentazione clinica sono anche stime[49] che quantificano il valore generato dai trial clinici sponsorizzati dall'industria farmaceutica. Nel solo 2025 le sperimentazioni cliniche hanno generato, nello Spazio Economico Europeo (SEE), un beneficio economico complessivo stimato in 35,7 miliardi di euro. Per l'Italia il valore è pari a 2,6 miliardi, poco più del 7% del totale, inferiore a Germania (11,1 miliardi di euro), Francia (6,2 miliardi di euro) e Belgio (4 miliardi di euro) ma, fuori dal SEE, anche a Regno Unito (8,8 miliardi di euro) e Svizzera (7,5 miliardi di euro).

Nel medio-lungo periodo, la presenza di attività di ricerca, investimenti e competenze può contribuire a rafforzare gli ecosistemi dell'innovazione dei territori, favorendo la nascita e la crescita di nuove attività imprenditoriali e consolidando i legami tra ricerca e produzione. Negli Stati Uniti, l'aumento dei finanziamenti del National Institutes of Health (NIH) alla ricerca biotecnologica è associato alla nascita di nuove imprese biotech nelle stesse aree metropolitane in cui si svolge la ricerca, con effetti più marcati quando i fondi sono destinati alle imprese[50]. Anche l'innovazione prodotta dalle università favorisce la crescita locale di occupazione, salari e attività innovativa nei settori più vicini alle loro specializzazioni scientifiche, soprattutto in presenza di finanziamenti federali e competenze sul territorio[51].

La relazione tra ricerca e sviluppo del tessuto produttivo riguarda anche le fasi più a valle della catena del valore. Nel farmaceutico, infine, la prossimità tra R&S e produzione si associa a una maggiore qualità dei processi produttivi, in particolare quando richiedono conoscenze tacite difficili da trasferire. Un vantaggio che persiste nonostante la diffusione delle tecnologie digitali[52].

49 EFPIA (2026), "The economic impact of industry clinical trials across Europe".
50 Kolympiris C. et al. (2014), "Public funds and local biotechnology firm creation". Res Policy.
51 Hausman N. (2022), "University Innovation and Local Economic Growth". Rev Econ Stat.
52 Gray J.V. et al. (2015), "Colocation Still Matters: Conformance Quality and the Interdependence of R&D and Manufacturing in the Pharmaceutical Industry". Manage Sci.

Si delinea così un effetto che va oltre il singolo progetto di ricerca: la presenza di attività scientifiche e cliniche contribuisce ad alimentare competenze, capacità produttive e iniziativa imprenditoriale sul territorio, rafforzando progressivamente l'ecosistema delle Life Sciences. La capacità di attrarre ricerca diventa, in questa prospettiva, anche un fattore di attrattività degli investimenti e di competitività del Paese.

A partire da questo quadro, Meridiano Sanità ha sviluppato un modello originale di valorizzazione economica della ricerca clinica, volto a ricostruire in modo integrato alcune delle principali dimensioni del valore generato dai trial e applicato, come primo ambito di analisi, alle sperimentazioni oncologiche avviate in Italia nel 2025. Il modello combina i dati CTIS sulle sperimentazioni con i dati relativi agli investimenti e con parametri desunti dalla letteratura scientifica ed economica.

La scelta dell'oncologia riflette la particolare rilevanza di quest'area sia per la ricerca sia per i bisogni di salute della popolazione. Da un lato, i farmaci antitumorali rappresentano circa il 40% dei farmaci in pipeline nel 2026 e, come evidenziato dall'analisi dei dati CTIS, l'oncologia costituisce la principale area terapeutica della sperimentazione clinica in Italia. Dall'altro, le neoplasie rappresentano una delle principali cause di perdita di salute nel Paese: nel 2023 hanno determinato 3,67 milioni di DALY, pari al 19,2% del totale nazionale[53], e circa 174 mila decessi, il 26,3% di tutti quelli registrati nell'anno[54], risultando la prima causa di DALY e la seconda causa di mortalità.

L'analisi costruisce una lettura multidimensionale del valore della ricerca clinica attraverso quattro componenti complementari: l'attività economica sostenuta, gli spillover di conoscenza, i potenziali benefici clinici per i partecipanti e i costi assistenziali evitati o le risorse mobilitate per il SSN. L'obiettivo non è attribuire un valore economico esaustivo alla ricerca clinica, ma quantificarne, attraverso ordini di grandezza monetari, alcuni degli effetti che normalmente rimangono separati nelle analisi disponibili. Le stime dipendono dalle ipotesi adottate e non costituiscono una misurazione diretta degli effetti effettivamente realizzati. Le quattro componenti descrivono prospettive complementari, tra le quali possono sussistere sovrapposizioni: la loro aggregazione ha pertanto una finalità illustrativa e non equivale a una stima del beneficio sociale netto.

Il primo passaggio del modello consiste nella definizione del perimetro di analisi a partire dai dati CTIS, che consentono di ricostruire il numero e le principali caratteristiche dei trial oncologici con almeno un centro italiano coinvolto. Con riferimento al 2025, i dati estratti indicano che nel corso dell'anno sono iniziati, in almeno un centro italiano, 672 trial; di questi 259, il 38,5%, sono in ambito oncologico. La distribuzione per fase mostra una prevalenza di studi di fase III (pari a 92 trial e 5.511 partecipanti previsti), seguiti dagli studi di fase II (91 trial e 3.771 partecipanti previsti) e di fase I (73 trial e 1.497 partecipanti previsti); 3 sono gli studi di fase IV (742 partecipanti previsti). Complessivamente, il perimetro considerato comprende quindi 259 trial oncologici e 11.521 partecipanti previsti[55].

La prima componente del modello quantifica l'attività economica sostenuta dalla ricerca clinica attraverso il valore aggiunto lordo generato direttamente e lungo la filiera. Per la componente promossa dall'industria farmaceutica, il punto di partenza è rappresentato dalla spesa complessiva in ricerca clinica sostenuta dal settore in Italia, pari a circa 800 milioni di euro nel 2025[56]. Applicando un approccio income-based, che valorizza il costo del lavoro diretto e una componente prudenziale di surplus operativo, e includendo gli effetti indiretti e indotti generati lungo la filiera attraverso l'applicazione di un moltiplicatore economico[57], si ottiene una stima del valore aggiunto lordo complessivo generato dalla ricerca clinica promossa dall'industria farmaceutica. Tale valore viene poi riproporzionato considerando il peso dell'oncologia sul totale delle sperimentazioni considerate (38,5%)[58]. Il modello stima così in circa 493 milioni di euro il valore aggiunto lordo potenzialmente associato alla ricerca clinica oncologica sponsorizzata dall'industria farmaceutica nel 2025.

53 Global Burden of Disease, 2023.
54 ISTAT, 2023.
55 Il 2025 identifica l'anno di riferimento degli investimenti e la coorte di trial considerata. I partecipanti previsti si riferiscono all'intera durata degli studi, mentre i parametri economici utilizzati hanno orizzonti temporali differenti. Gli importi stimati non sono pertanto interamente riferibili ad attività e benefici realizzati nel solo anno.
56 Farmindustria (2026), "Indicatori farmaceutici".
57 Il moltiplicatore economico, pari a 2,85, è stato ricavato sulla base delle tavole input-output di ISTAT.
58 In assenza di una distribuzione degli investimenti per area terapeutica, il peso numerico dei trial è utilizzato come criterio di allocazione della spesa, assumendo convenzionalmente un investimento medio uniforme per studio. Lo stesso criterio è applicato alla componente pubblica. Il GVA risultante rappresenta l'attività economica lorda sostenuta, comprensiva degli effetti diretti, indiretti e indotti stimati.

Il framework è stato quindi esteso alla componente pubblica, in modo da restituire una rappresentazione più ampia delle risorse che alimentano la ricerca oncologica. In questo caso, il punto di partenza è rappresentato dalle risorse destinate dal Ministero della Salute agli IRCCS per la ricerca corrente e finalizzata, pari a circa 229 milioni di euro nel 2024, assunte come proxy della spesa pubblica in ricerca sanitaria e considerate stabili anche per il 2025. Applicando la quota di costo del lavoro e il medesimo moltiplicatore economico utilizzato per la componente industriale, ma senza includere la componente di surplus operativo, si ottiene una stima del valore aggiunto lordo complessivo generato dalla ricerca pubblica che è stato successivamente riproporzionato per l'oncologia. La componente pubblica così stimata è pari a circa 138 milioni di euro.

La seconda componente amplia la valutazione oltre gli effetti economici direttamente attivati, quantificando il valore potenziale degli spillover di conoscenza. I trial clinici generano infatti competenze scientifiche, metodologiche, organizzative e tecnologiche che non restano confinate al singolo studio, ma rafforzano più ampiamente la capacità dei centri di partecipare a reti di ricerca, attrarre nuovi studi e gestire protocolli complessi. Per stimare questa componente è stato utilizzato il differenziale tra rendimento sociale e rendimento privato degli investimenti in R&S, assunto pari al 17% sulla base delle evidenze disponibili in letteratura[59]. Applicando questo parametro alle risorse considerate nel modello, il valore potenziale degli spillover associati alla ricerca clinica oncologica è stimato in circa 67 milioni di euro complessivi, di cui 52 milioni riconducibili alla componente industriale e 15 milioni a quella pubblica.

La terza componente introduce nel modello la dimensione del valore generato per i pazienti, attraverso una stima del beneficio clinico potenzialmente associato alla partecipazione ai trial. Il valore clinico pieno della ricerca si manifesta nel lungo periodo, quando una terapia sperimentale dimostra efficacia e sicurezza, viene autorizzata, commercializzata e resa accessibile alla popolazione eleggibile. Coerentemente con l'obiettivo di mantenere un approccio prudenziale, l'analisi considera esclusivamente il beneficio potenzialmente riferibile ai pazienti previsti nei trial oncologici attivati nel 2025 e limita la stima agli studi nelle fasi più avanzate dello sviluppo clinico.

In questa analisi, tuttavia, la stima si concentra esclusivamente sul beneficio potenzialmente riferibile ai pazienti che si prevede saranno arruolati nei trial oncologici attivati nel 2025, utilizzando un approccio prudenziale e circoscritto. A tal fine, sono stati considerati i partecipanti ai trial oncologici di fase III e IV, pari complessivamente a 6.253 pazienti, assumendo che nelle fasi più avanzate la probabilità di osservare un beneficio clinico significativo sia maggiore rispetto alle fasi più precoci. Il beneficio medio in sopravvivenza è stato stimato a partire dalla letteratura sulle indicazioni oncologiche approvate dall'EMA, utilizzando un incremento mediano di overall survival pari a 2,7 mesi[60]. Tale valore è stato tradotto in QALY applicando un coefficiente di utility pari a 0,75, coerente con evidenze disponibili su pazienti oncologici in fase avanzata di malattia[61]. La stima è stata inoltre corretta per tenere conto del fatto che solo una quota delle indicazioni oncologiche approvate mostra un beneficio clinico sostanzialmente significativo, in linea con le evidenze di letteratura che collocano questa quota intorno a un terzo del totale[62]. La stima è stata infine dimezzata assumendo, in via semplificativa, un'allocazione 1:1 tra braccio sperimentale e braccio di controllo e attribuendo il beneficio incrementale ai soli partecipanti assegnati al trattamento sperimentale.

Sulla base di questi parametri, il modello associa ai trial oncologici considerati circa 185 QALY aggiuntivi. Applicando un valore monetario pari a 35.000 euro per QALY, valore intermedio rispetto ai principali riferimenti utilizzati nel contesto italiano[63], la valorizzazione del beneficio clinico potenziale per i pazienti coinvolti è pari a circa 6,5 milioni di euro.

59 OCSE (2023), "The Impact of R&D Tax Incentives: Results from the OECD microBeRD+ Project". OECD Science, Technology and Industry Policy Papers.

60 Davis C. et al. (2017), "Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life of cancer drugs approved by European Medicines Agency: retrospective cohort study of drug approvals 2009-13". BMJ.

61 Huang M. et al. (2016), "A Trial-Based EuroQol EQ-5D Health Utility Analysis in Patients with Previously Treated Advanced NSCLC". Value Health.

62 Grössmann N. et al. (2021), "Twelve years of European cancer drug approval: a systematic investigation of the magnitude of clinical benefit". ESMO Open.

63 Ariznavarreta A. et al. (2025), "Relationship Between Cost-Effectiveness Threshold and Drug Reimbursement in Spain, Italy and France". Value Health; Russo P. et al. (2023), "Role of Economic Evaluations on Pricing of Medicines Reimbursed by the Italian National Health Service". PharmacoEconomics.

La quarta componente misura il contributo potenziale delle sperimentazioni alla sostenibilità del SSN, considerando congiuntamente i costi assistenziali evitati e le risorse messe a disposizione dai promotori nell'ambito dei trial. Nell'ambito delle sperimentazioni cliniche, il promotore sostiene una quota rilevante dei costi che, in assenza del trial, sarebbero a carico del sistema pubblico. La stima considera sia la componente drug-related, legata ai farmaci antineoplastici e ai trattamenti di supporto, sia la componente non drug-related, relativa a personale, diagnostica, monitoraggio, attività amministrative e costi organizzativi.

Per la componente drug-related, le principali evidenze italiane disponibili riportano valori differenti ma coerenti nell'indicare un risparmio rilevante per paziente arruolato: uno studio condotto presso l'Istituto Nazionale Tumori Pascale di Napoli ha stimato un risparmio medio di 5.487 euro per paziente in un periodo di quattro settimane[64]; un'analisi condotta presso l'Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori Dino Amadori ha rilevato valori annuali compresi tra circa 6.400 e 8.100 euro per paziente[65]; un contributo più recente pubblicato nel Bollettino SIFO ha stimato un risparmio medio pari a 14.185 euro per paziente oncologico[66]. Sulla base dell'intervallo restituito dalle evidenze disponibili, il modello adotta prudenzialmente un valore convenzionale di 10.000 euro per partecipante per la componente drug-related[67].

A questa componente si aggiunge quella relativa ai costi non drug-related. Uno studio activity-based costing ha stimato un costo medio pari a 11.379 euro per paziente, includendo personale, test diagnostici, monitoraggio, follow-up, attività amministrative e costi generali di struttura[68]. Utilizzando tale valore come proxy dei costi coperti nell'ambito della sperimentazione, il modello stima in circa 246 milioni di euro il valore complessivamente associato ai costi evitati e alle risorse finanziate dai promotori a beneficio del SSN. La stima richiede tuttavia una particolare cautela interpretativa: la componente non drug-related non coincide integralmente con un risparmio per il SSN, poiché una parte delle attività considerate è svolta specificamente per la sperimentazione e non si sarebbe necessariamente verificata in sua assenza. Ai fini dell'esercizio di valorizzazione, viene pertanto adottata l'ipotesi semplificativa che l'intero importo possa concorrere alla componente riferita al SSN.

Nel complesso, l'applicazione del modello ai trial oncologici avviati in Italia nel 2025 restituisce una valorizzazione convenzionale prossima a 950 milioni di euro. Il risultato sintetizza quattro dimensioni complementari del valore della ricerca clinica: attività economica sostenuta, spillover di conoscenza, beneficio clinico potenziale per i pazienti e contributo alla sostenibilità del SSN.

Si tratta di un ordine di grandezza particolarmente significativo se confrontato con le risorse attribuite dal modello alla ricerca clinica oncologica, pari a poco meno di 400 milioni di euro[69]: per ogni euro di investimento considerato, l'esercizio associa circa 2,4 euro alle diverse componenti di valore analizzate. Il rapporto ha natura indicativa ed esprime la relazione tra le grandezze costruite nel modello; non costituisce una misura del rendimento finanziario dell'investimento né un rapporto benefici-costi derivato da una valutazione economica completa. Analogamente, la valorizzazione complessiva non deve essere interpretata come beneficio economico netto, incremento del PIL o risparmio di bilancio, anche perché non è possibile escludere integralmente sovrapposizioni tra le diverse componenti.

L'esercizio considera, inoltre, soltanto alcune delle componenti di valore stimabili nel breve periodo. A queste si aggiunge il valore che la

64 D'Ambrosio F. et al. (2020), "Clinical trials and drug cost savings for Italian health service". BMC Health Serv Res.
65 Gasperoni L. et al. (2023), "The role of clinical trials in the sustainability of the Italian national health service: cancer drug expenditure". Eur J Hosp Pharm.
66 Stella F. et al. (2026), "Valutazione dell'impatto delle sperimentazioni cliniche in oncologia sulla sostenibilità del sistema sanitario regionale". Bollettino SIFO.
67 Il parametro costituisce un valore convenzionale di scenario, individuato sulla base di studi con casistiche e periodi di osservazione differenti. Nell'esercizio viene applicata una sola annualità equivalente per partecipante previsto, senza ricostruire la durata effettiva dei trattamenti. I costi evitati dipendono dalle terapie alternative e dalla fornitura dei medicinali prevista nei singoli protocolli.
68 Pascarella G. et al. (2019), "Costs of clinical trials with anticancer biological agents in an Oncologic Italian Cancer Center using the activity-based costing methodology". PLoS One.
69 Il calcolo è ottenuto moltiplicando il valore complessivo degli investimenti pubblici e privati in ricerca clinica per la quota di trial oncologici sul totale dei trial condotti in Italia nel 2025.

ricerca può generare nel medio-lungo termine, quando le terapie sperimentate dimostrano efficacia e sicurezza, raggiungono il mercato e diventano accessibili a una platea più ampia di pazienti. Il valore associato ai trial rappresenta quindi solo una parte degli effetti complessivi della ricerca e dell'innovazione sulla salute e sul sistema economico.

È proprio nel passaggio dalla sperimentazione alla cura che l'investimento in ricerca può esprimere pienamente il proprio valore: non solo generando nuove conoscenze e nuove terapie, ma traducendole in migliori esiti di salute e, più ampiamente, in capacità scientifica, sanitaria e produttiva per il Paese. Rafforzare la capacità di sviluppare, attrarre e tradurre la ricerca in innovazione accessibile diventa così una priorità strategica per un Paese che guarda al futuro.

6.3 DALLA RICERCA ALLA DISPONIBILITÀ DI FARMACI PER I PAZIENTI

La conclusione positiva della sperimentazione non coincide ancora con l'accesso del paziente alla terapia. Tra la produzione delle evidenze e la disponibilità effettiva del farmaco si sviluppa infatti un percorso composto da più passaggi: la valutazione europea, la decisione nazionale su prezzo e rimborso e, infine, le procedure regionali e aziendali necessarie all'acquisto e all'utilizzo del medicinale. La capacità di rendere questi passaggi fluidi e tempestivi assume quindi un rilievo sostanziale: è lungo questo percorso che l'innovazione prodotta dalla ricerca può trasformarsi da risultato scientifico in una concreta opportunità di cura per i pazienti.

I numeri riportati nel report di EMA[70] mostrano un quadro stabile negli ultimi anni in termini di nuovi farmaci e trattamenti per cui il Comitato per i Medicinali per Uso Umano (CHMP) ha espresso parere positivo per l'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) nel mercato europeo.

Nel periodo 2021-2025, il numero di pareri positivi del CHMP si mantiene complessivamente elevato, pur con alcune oscillazioni annuali: dopo il minimo del 2023, con 77 pareri positivi, si registra un picco nel 2024, con 114, seguito da 104 nel 2025. Considerando il totale degli esiti delle procedure annuali, il valore passa da 105 nel 2021 a 133 nel 2025, confermando un'attività regolatoria sostenuta a livello europeo.

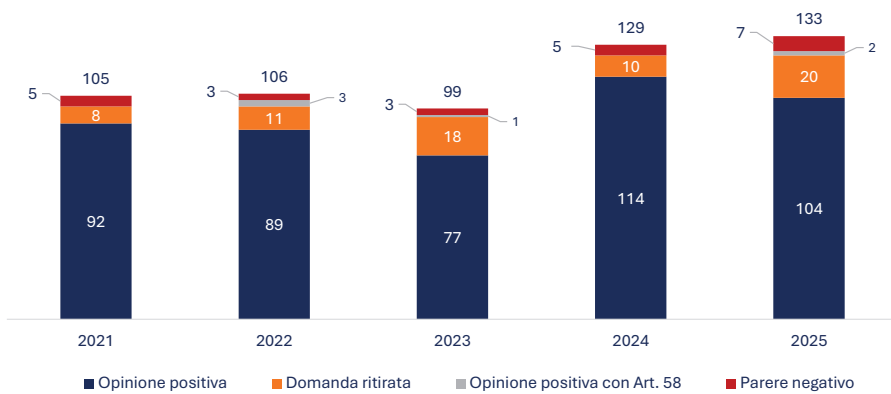


Figura 9. Distribuzione delle richieste di AIC centralizzata per esito del parere CHMP (numero), 2021-2025

Fonte: TEHA Group su dati EMA, 2026

70 EMA (2026), "Annual Report 2025".

Tra i 104 medicinali che hanno ricevuto un parere positivo nel 2025, 38 contengono nuove sostanze attive, 41 sono biosimilari, 16 medicinali orfani, 10 generici e 4 terapie avanzate (ATMP). Il quadro restituisce quindi non soltanto il volume dell'attività regolatoria europea, ma anche la pluralità delle innovazioni che il sistema è chiamato progressivamente a valutare e rendere disponibili.

L'oncologia concentra il maggior numero di nuove sostanze attive, 14, mentre l'endocrinologia registra il numero complessivo più elevato di pareri positivi, 29, in larga parte riferiti a biosimilari (24). Una presenza rilevante di biosimilari si osserva in oftalmologia, 8 su 9 medicinali, e nell'area immunologia, reumatologia e trapianto, 6 su 10. Tra le altre aree, si segnalano neurologia e metabolismo, entrambe con 3 nuove sostanze attive, mentre 3 dei 4 medicinali positivamente valutati nell'area vaccini contengono nuove sostanze attive[71].

Il passaggio dalla sperimentazione clinica all'effettiva disponibilità dei nuovi farmaci per i pazienti richiede tempi non trascurabili. La dimensione temporale diventa pertanto parte integrante del valore dell'innovazione: a parità di efficacia e sicurezza, il tempo necessario a completare le diverse fasi regolatorie e di accesso incide sul momento in cui il potenziale beneficio terapeutico può raggiungere i pazienti. A livello europeo, sempre secondo i dati del rapporto annuale di EMA, nel 2025 la procedura centralizzata per i farmaci che hanno ottenuto parere positivo ha richiesto in media 421 giorni, in riduzione rispetto ai 434 giorni del 2024 e ai 465 del 2023. Una parte rilevante di questo tempo è riconducibile alla fase di valutazione del CHMP, pari a 197 giorni nel 2025, e al clock stop aziendale, pari a 159 giorni, durante il quale l'azienda è chiamata a rispondere alle richieste di integrazione emerse nel corso della procedura.

L'approvazione europea, tuttavia, non coincide automaticamente con la disponibilità del farmaco nei singoli Paesi. Dopo l'autorizzazione a livello UE, ciascun sistema nazionale deve infatti completare le proprie procedure di prezzo, rimborso e accesso. Si apre così una seconda fase del percorso, nella quale alla valutazione regolatoria comune si affiancano scelte nazionali che riflettono assetti istituzionali, procedure e modalità di definizione della rimborsabilità differenti.

Secondo i dati EFPIA[72], nel periodo compreso tra 2021 e 2024 il tempo medio tra approvazione europea e rimborsabilità nazionale è pari a 441 giorni in Italia, inferiore alla media UE-27, pari a 597 giorni, e più contenuto rispetto a Spagna (537 giorni) e Francia (633 giorni), ma superiore alla Germania, dove l'accesso avviene in media in 158 giorni. Guardando separatamente ai farmaci oncologici e orfani, i tempi medi aumentano nella maggior parte dei Paesi europei. In Italia raggiungono 495 giorni per i farmaci orfani e 470 giorni per quelli oncologici, mentre la media UE-27 si attesta rispettivamente a 614 e 655 giorni.

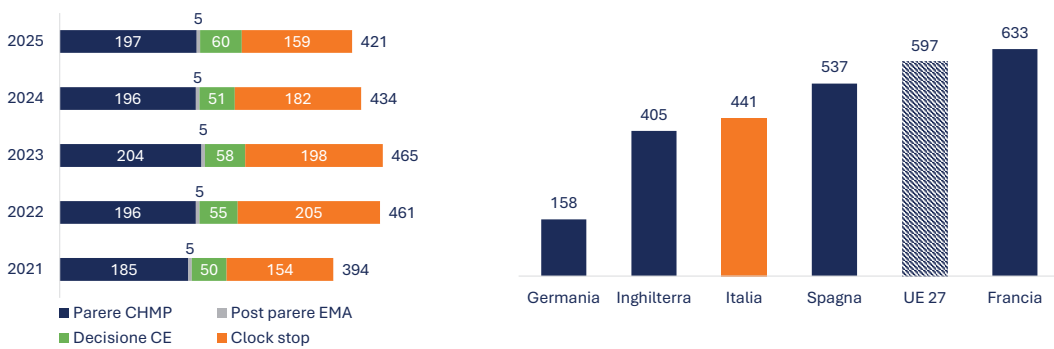


Figura 10. A sinistra: Tempo per la valutazione della richiesta di AIC centralizzata per fase in Europa (giorni), 2021-2025.
A destra: Tempo medio che intercorre tra l'approvazione del farmaco a livello europeo e la rimborsabilità a livello nazionale in Europa (giorni), 2021-2024

Fonte: TEHA Group su dati EMA, EFPIA, 2026

71 I conteggi non sono mutuamente esclusivi. Uno stesso medicinale può infatti rientrare contemporaneamente in più tipologie, ad esempio essere sia una nuova sostanza attiva sia un farmaco orfano, e può aver ricevuto un parere positivo per più indicazioni riconducibili a differenti aree terapeutiche.

72 EFPIA (2026), "Patients W.A.I.T. Indicator 2025 Survey".

Inoltre, il confronto sulla disponibilità dei farmaci conferma un posizionamento relativamente favorevole dell'Italia nel contesto europeo. Dei 168 farmaci approvati a livello UE tra il 2021 e il 2024 considerati nell'analisi EFPIA, 133 risultano disponibili in Italia, un valore superiore a Spagna (116) e Francia (100), ma inferiore alla Germania (156). Disponibilità e tempestività rappresentano tuttavia due dimensioni complementari: un numero elevato di medicinali resi disponibili non elimina la rilevanza del tempo necessario perché l'autorizzazione europea si traduca in rimborsabilità nazionale.

Sul passaggio dall'approvazione europea alla decisione nazionale incide anche il nuovo quadro di valutazione delle tecnologie sanitarie. Con il Regolamento (UE) 2021/2282, applicabile dal 12 gennaio 2025, l'Unione ha introdotto la valutazione clinica congiunta (Joint Clinical Assessment), che fornisce a livello europeo un'analisi comune dell'efficacia e della sicurezza relative delle nuove tecnologie, a partire dai farmaci oncologici e dalle terapie avanzate, per poi estendersi ai farmaci orfani dal 2028 e a tutti i medicinali dal 2030[73]. La valutazione riguarda il solo dominio clinico, mentre le decisioni su prezzo, rimborso e costo-efficacia restano di competenza nazionale: l'obiettivo è ridurre le duplicazioni e offrire ai Paesi membri una base scientifica comune, particolarmente utile per i Paesi più piccoli o con minori risorse. In questa direzione si colloca anche la proposta, avanzata nel 2026, di istituire un Centro europeo di eccellenza clinica per i prodotti farmaceutici, pensato per mettere a disposizione raccomandazioni terapeutiche e analisi di HTA non vincolanti, complementari al ruolo di EMA e delle valutazioni cliniche congiunte[74]. Il nuovo assetto introduce quindi un ulteriore elemento di integrazione europea proprio nella fase che precede le decisioni nazionali, con la prospettiva di rendere maggiormente condivisa la base clinico-scientifica sulla quale queste ultime vengono costruite.

Tornando alle tempistiche che caratterizzano il passaggio dall'approvazione europea alla disponibilità dei farmaci in Italia, è importante richiamare l'introduzione della Commissione Scientifica ed Economica, CSE, avvenuta nel 2024 nell'ambito della riforma organizzativa di AIFA. La CSE ha riunito in un unico organismo le funzioni precedentemente svolte dalla Commissione Tecnico-Scientifica, CTS, e dal Comitato Prezzi e Rimborso, CPR, integrando la valutazione scientifica e quella economico-negoziale all'interno di un percorso procedimentale più unitario. Il nuovo rapporto[75] di AIFA sulle procedure di prezzo e rimborso consente di osservare le tempistiche del processo nel periodo successivo all'introduzione della CSE, con riferimento alle istanze sottomesse tra aprile 2024 e dicembre 2025 e concluse con Determinazione AIFA entro maggio 2026.

Un primo confronto può essere effettuato rispetto ai tempi mediani della stessa componente del procedimento valutativo e negoziale riportati nel precedente rapporto[76] AIFA per il 2021. Pur tenendo conto delle differenze metodologiche tra i due rapporti, il confronto mostra una riduzione delle tempistiche sia per i farmaci generici sia per le altre tipologie negoziali. Per i generici, il tempo mediano passa da 51 giorni nel 2021 a 41 giorni nel periodo aprile 2024-dicembre 2025, con una riduzione di 10 giorni. Per le procedure diverse dai generici, il tempo mediano passa da 225 a 203 giorni, con una riduzione di 22 giorni, anche se per i farmaci orfani le tempistiche passano da 380 a 436 giorni (si segnala che i farmaci orfani rappresentano il 3% dei farmaci non generici). Il dato evidenzia quindi, nel periodo successivo all'introduzione della CSE, una riduzione complessiva delle tempistiche della fase valutativa e negoziale. La riduzione osservata costituisce un segnale positivo, ma la diversa evoluzione tra le tipologie di medicinali mostra come la complessità delle procedure continui a incidere in maniera rilevante sui tempi necessari per arrivare alla decisione di rimborsabilità.

Soffermandosi sull'intero percorso analizzato dal rapporto più recente, dalla data di inserimento del dossier alla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, emerge una forte eterogeneità tra le diverse tipologie di procedura. Il tempo medio complessivo è pari a 206 giorni, ma scende a

73 Commissione Europea (2025), "Regolamento (UE) 2021/2282 sull'Health Technology Assessment".
74 Comitato economico e sociale europeo (2026), "Parere esplorativo sullo sviluppo di un Centro europeo di eccellenza clinica per i prodotti farmaceutici"; proposta della Presidenza cipriota del Consiglio dell'UE.
75 AIFA (2026), "Tempistiche delle procedure di prezzo e rimborso dei farmaci, aprile 2024 - dicembre 2025".
76 AIFA (2023), "Rapporto sulle tempistiche delle procedure di prezzo e rimborso dei farmaci nel periodo 2018 - 2022".

118 giorni per i farmaci generici e aumenta nelle procedure più complesse, fino a 455 giorni per i farmaci orfani. Il dato conferma quindi che le tempistiche nazionali di prezzo e rimborso variano in modo significativo in funzione della tipologia di procedura e della complessità del dossier.

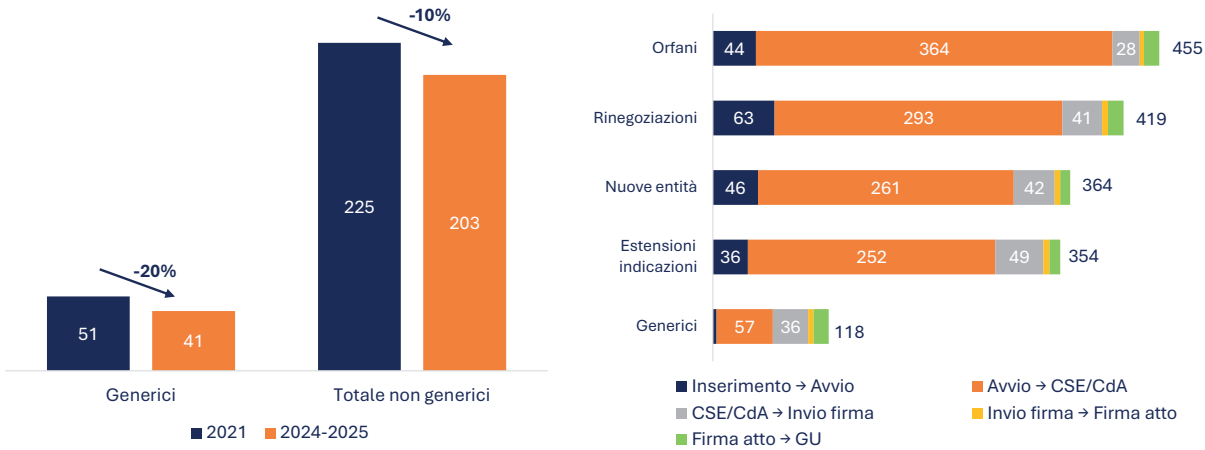


Figura 11. A sinistra: Durata mediana della fase valutativa e negoziale in AIFA prima e dopo l'introduzione della CSE (giorni), 2021 vs. 2024-2025. A destra: Durata media del percorso di prezzo e rimborso in AIFA, per fase e tipologia negoziale (giorni), 2024-2025

Fonte: TEHA Group su dati AIFA, 2026

Un ulteriore elemento riguarda la fase finale del procedimento, cioè il passaggio dalla conclusione della valutazione alla Gazzetta Ufficiale. In questo caso, le mediane risultano sostanzialmente allineate tra il precedente rapporto e quello più recente, pari rispettivamente a 45 e 47 giorni sul totale delle procedure. Il confronto deve tuttavia essere letto con cautela, perché il nuovo rapporto segnala una differenza metodologica: il precedente considerava la data di trasmissione del provvedimento alla Gazzetta Ufficiale, mentre il nuovo fa riferimento alla data di efficacia del provvedimento a seguito della pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, misurando quindi un intervallo potenzialmente più ampio. Ciò potrebbe suggerire un miglioramento della fase finale, che non è tuttavia possibile quantificare con precisione a causa della diversa metodologia adottata nei due rapporti.

Questi risultati sono coerenti anche con alcune analisi pubblicate in letteratura nel 2026, che associano l'introduzione della CSE a una riduzione della fase valutativo-negoziale per nuove entità e farmaci orfani[77] e a un'accelerazione del percorso verso la Determina di prezzo e rimborso per le nuove entità autorizzate dalla Commissione Europea[78].

A queste tempistiche nazionali si aggiungono quelle necessarie a tradurre la rimborsabilità del farmaco nella sua disponibilità operativa a livello regionale. Il Libro Bianco[79] dell'Osservatorio Regional Access ha analizzato 689 osservazioni, corrispondenti alle combinazioni tra 65 farmaci, 20 Regioni e Province Autonome e relative procedure di accesso, considerando i medicinali con determina AIFA di prezzo e rimborso pubblicata in Gazzetta Ufficiale nel biennio 2023-2024. Il tempo mediano tra la pubblicazione della determina e l'aggiudicazione della gara

77 Dal Canto B. et al. (2026), "The AIFA reform and evaluation timelines for new drugs: the impact of the Scientific and Economic Commission". Glob Reg Health Technol Assess.
78 Raspolini G.M. et al. (2026), "Italian Medicines Agency's reform and time until pricing and reimbursement decisions: a time-to-event analysis". Glob Reg Health Technol Assess.
79 Progetto Osservatorio Regional Access, ORA (2026), "Libro bianco Progetto Osservatorio Regional Access, ORA, 2026".

è risultato pari a 165 giorni, con una marcata variabilità regionale, da circa 100 a 400 giorni. La scomposizione dell'intero percorso mostra che il principale snodo temporale precede l'avvio della gara: la fase compresa tra la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale e l'indizione presenta una mediana di 115 giorni, rispetto ai 41 giorni necessari, in termini mediani, per passare dall'indizione all'aggiudicazione. Una parte rilevante dei tempi si concentra quindi nelle attività di recepimento regionale, programmazione del fabbisogno, attivazione amministrativa e coordinamento con le centrali di acquisto, più che nella procedura di gara in senso stretto.

Le caratteristiche dei medicinali incidono solo in parte sulle tempistiche: nel modello multivariato, i farmaci orfani risultano associati a tempi più lunghi del 14,6%, mentre quelli innovativi a tempi più brevi del 17,3%. Un peso maggiore sembra tuttavia riconducibile agli assetti organizzativi e alle modalità di procurement: rispetto alle Regioni grandi, quelle medie e piccole presentano tempi stimati superiori di circa il 70%, mentre le procedure più snelle risultano associate a percorsi più rapidi. La tempestività dell'accesso regionale dipende quindi soprattutto dalla capacità di coordinare governance, programmazione e strumenti di acquisto, mentre la sola presenza del Prontuario Terapeutico Regionale non mantiene un'associazione significativa dopo l'aggiustamento per le altre variabili considerate. La sfida consiste pertanto nel ridurre le discontinuità tra i diversi passaggi del percorso, affinché la rimborsabilità riconosciuta a livello nazionale possa tradursi più rapidamente in una disponibilità effettiva e uniforme sul territorio.

Nel complesso, l'accesso all'innovazione emerge quindi come un percorso unitario, ma articolato su più livelli. L'efficienza di ciascun passaggio è necessaria, ma è soprattutto la continuità tra le diverse fasi a determinare il tempo complessivo che separa l'innovazione scientifica dalla sua disponibilità per i pazienti. Ridurre questa distanza significa valorizzare più rapidamente i risultati della ricerca, assicurando al tempo stesso che l'innovazione riconosciuta come efficace, sicura e rimborsabile possa raggiungere i pazienti in modo tempestivo e il più possibile uniforme sul territorio nazionale.

6.3.1 Gli schemi di accesso anticipato per accelerare la disponibilità dell'innovazione

Il percorso descritto mostra come tra lo sviluppo di una nuova terapia e la sua piena disponibilità per i pazienti possano intercorrere tempi legati a passaggi regolatori, valutativi, negoziali e organizzativi. Nella maggior parte dei casi questi passaggi sono necessari a garantire che l'accesso avvenga sulla base di adeguate evidenze cliniche e di condizioni definite di rimborsabilità e utilizzo. In alcune situazioni, tuttavia, soprattutto in presenza di patologie gravi e di bisogni terapeutici non soddisfatti, il fattore tempo assume esso stesso una rilevanza clinica.

È in questo spazio, tra l'emergere di un'innovazione potenzialmente rilevante e il completamento del percorso ordinario di accesso, che assumono particolare rilievo gli schemi di accesso anticipato, o early access schemes (EAS), che consentono, attraverso percorsi e condizioni specificamente definiti, di rendere disponibili determinate terapie a pazienti che potrebbero trarne beneficio prima del completamento di tutte le fasi dell'accesso ordinario. Gli EAS non sostituiscono quindi i processi di autorizzazione, valutazione e rimborso, ma rispondono all'esigenza di contemperare tempestività dell'accesso, bisogno clinico, livello delle evidenze disponibili e sostenibilità del sistema.

Proprio perché chiamati a operare in questa fase di transizione, gli schemi adottati nei diversi Paesi riflettono differenti scelte su quali pazienti e medicinali ammettere, in quale momento del percorso regolatorio intervenire, come finanziare il trattamento e quali evidenze raccogliere durante il periodo di accesso anticipato.

La panoramica degli strumenti di accesso anticipato offre un quadro piuttosto eterogeneo. Uno studio comparativo su Francia, Italia, Spagna e Regno Unito evidenzia come i programmi differiscano per perimetro di applicazione, fase del ciclo regolatorio coperta, soggetti finanziatori e modalità di raccolta dei dati. La Francia rappresenta uno dei modelli più strutturati, grazie a un sistema di accesso precoce finanziato dall'assicurazione sociale, che copre sia la fase precedente all'autorizzazione sia quella successiva all'autorizzazione ma precedente al rimborso ordinario. In Spagna l'accesso è regolato attraverso il regime dei medicinali in situazioni speciali, mentre nel Regno Unito un ruolo centrale è svolto dall'Early Access to Medicines Scheme, rivolto a pazienti con condizioni gravi o potenzialmente letali e bisogni clinici non soddisfatti[80].

L'esperienza francese offre alcune evidenze particolarmente rilevanti. Il sistema di accès précoce, riformato nel 2021, consente l'accesso rapido e rimborsato a medicinali considerati innovativi destinati a pazienti con malattie gravi, rare o invalidanti, in assenza di alternative terapeutiche appropriate. Secondo il bilancio aggiornato della Haute Autorité de Santé[81], nei primi quattro anni di applicazione sono state presentate oltre 350 domande di accesso precoce da parte delle aziende produttrici, più di 140.000 pazienti hanno avuto accesso al programma e il tempo mediano di valutazione delle prime richieste è stato pari a 80 giorni, inferiore al termine regolatorio di 90 giorni. I medicinali disponibili in accesso precoce restano inoltre in tale regime in media 17 mesi prima dell'inserimento nel rimborso ordinario; tra i prodotti valutati nel percorso ordinario e caratterizzati da un progresso terapeutico rilevante, l'80% era già disponibile tramite accesso precoce. Il caso francese mostra chiaramente come gli early access schemes possano diventare una componente strutturale del percorso di accesso all'innovazione.

In Italia, gli strumenti di accesso precoce e di utilizzo non ordinario dei farmaci comprendono diversi percorsi, con finalità e modalità differenti. Tra questi rientrano la Legge 648/1996, o Lista 648, l'uso compassionevole, il Fondo nazionale AIFA 5% e la Legge 94/1998, nota come Legge Di Bella, relativa all'uso off-label individuale[82]. Nel loro insieme, questi strumenti intervengono in momenti diversi del percorso di accesso, dalla fase precedente all'autorizzazione alla fase successiva all'AIC ma precedente alla rimborsabilità, fino all'impiego di medicinali già disponibili per indicazioni diverse da quelle autorizzate.

Strumento	Quando si usa	Copertura	Differenza chiave
Legge 648/1996	Farmaci non autorizzati in Italia, in sperimentazione, o uso off label inserito in lista AIFA	SSN	Accesso pubblico tramite elenco nazionale AIFA
Uso compassionevole DM 7 settembre 2017	Farmaci in sperimentazione per pazienti gravi, rari o senza alternative, fuori dai trial	Azienda produttrice	Accesso pre-autorizzazione, con fornitura gratuita
Fondo 5% Legge 326/2003	Farmaci orfani o speranza di terapia per gravi patologie, in attesa della commercializzazione	AIFA	Accesso nominale per singolo paziente
Legge Di Bella Legge 94/1998	Uso off label individuale di farmaco già in commercio	Paziente o struttura sanitaria	Prescrizione individuale sotto responsabilità del medico

Figura 12. Schemi di early access in Italia

Fonte: TEHA Group su dati AIFA, 2026

80 Tarantola A. et al. (2023), "Early access programs for medicines: comparative analysis among France, Italy, Spain, and UK and focus on the Italian case". J Pharm Policy Pract.
81 Haute Autorité de Santé (2025), "Accès précoce des médicaments: un bilan positif après deux ans de mise en place du dispositif", aggiornamento dei dati a quattro anni.
82 Accanto a questi early access schemes in senso stretto, esistono ulteriori strumenti che possono consentire l'impiego di trattamenti non ancora disponibili o rimborsati attraverso il percorso ordinario. Tra questi rientrano i medicinali per terapie avanzate preparati su base non ripetitiva, disciplinati dal D.M. 16 gennaio 2015, che possono essere prodotti e utilizzati in ambito ospedaliero per uno specifico paziente, previa autorizzazione AIFA, e la classe C non negoziata, C(nn), introdotta dall'art. 12 del D.L. 158/2012, convertito dalla Legge 189/2012, relativa a medicinali già autorizzati ma ancora in attesa della definizione del prezzo e della rimborsabilità.

La letteratura conferma che questi strumenti possono produrre benefici rilevanti per pazienti e SSN. Un'analisi su 14 programmi di uso compassionevole in Italia, riferita al periodo gennaio 2015-agosto 2022, ha considerato 3.485 pazienti, per il 70% affetti da tumori, stimando un beneficio economico netto compreso tra 47 e 75 milioni di euro, pari a 13.500-21.500 euro per paziente, soprattutto grazie al fatto di evitare trattamenti alternativi; per i soli farmaci oncologici, il beneficio netto è stato stimato tra 12,6 e 40 milioni di euro[83]. Un ulteriore studio dedicato ai farmaci oncologici innovativi ha evidenziato come un accesso più tempestivo possa contribuire a ridurre le conseguenze cliniche ed economiche associate alla progressione della malattia durante il periodo che intercorre tra l'approvazione europea e la conclusione del percorso nazionale di prezzo e rimborso[84]. Anche una recente analisi comparativa su Inghilterra, Francia, Germania, Italia e Spagna sottolinea che gli early access schemes sono particolarmente rilevanti nei Paesi in cui l'accesso ordinario dipende da valutazioni di HTA e negoziazioni di prezzo, come Francia, Italia e Spagna, poiché possono ridurre il tempo effettivo di accesso a medicinali con valore terapeutico aggiunto[85].

Alla luce dell'evoluzione del contesto regolatorio e della crescente rilevanza delle terapie innovative, alcune analisi condotte da gruppi di lavoro hanno evidenziato come gli strumenti oggi disponibili in Italia possano essere ulteriormente valorizzati attraverso un maggiore coordinamento operativo. In particolare, per i percorsi che prevedono una copertura pubblica del trattamento, come Lista 648/1996 e Fondo AIFA 5%, un programma più unitario di early access, attivabile dopo la sottomissione del dossier a EMA e basato su criteri condivisi di bisogno terapeutico, valore aggiunto ed evidenze disponibili, potrebbe contribuire a rendere più omogenei tempi e modalità di accesso[86].

La maggiore integrazione degli strumenti di accesso anticipato dovrebbe accompagnarsi a una preparazione tempestiva dei servizi chiamati a erogare le nuove terapie. Ciò implica programmare le dotazioni diagnostiche, le competenze professionali e i percorsi assistenziali necessari all'impiego dei medicinali, soprattutto quando questi richiedono test specifici o cambiamenti rilevanti nell'organizzazione delle cure. La predisposizione di tali condizioni dovrebbe consentire ai pazienti eleggibili di accedere concretamente ai trattamenti, sia attraverso gli schemi di accesso anticipato sia dopo il completamento dell'iter ordinario di prezzo e rimborso, riducendo il rischio che ostacoli organizzativi ne ritardino l'effettiva disponibilità.

A supporto di questa preparazione, un ruolo importante può essere svolto dall'Horizon Scanning, ossia dall'identificazione e valutazione anticipata delle terapie in sviluppo, cui AIFA dedica anche un rapporto annuale sui medicinali in arrivo. Le informazioni prodotte dovrebbero orientare la programmazione delle risorse economiche e dei servizi, attraverso previsioni progressivamente aggiornate con l'avanzamento dello sviluppo clinico e del percorso autorizzativo. Per tradurre queste analisi in decisioni operative, sarebbe opportuno rafforzare il coordinamento tra AIFA e Regioni, valorizzando le valutazioni nazionali e concentrando le attività regionali sulla stima della popolazione potenzialmente trattabile, sull'individuazione dei centri e sui fabbisogni economici e organizzativi locali. Questo raccordo permetterebbe di avviare le attività preparatorie prima della conclusione della negoziazione nazionale, favorendo una maggiore omogeneità territoriale nella capacità di rendere disponibili le nuove terapie.

A testimonianza di come questi schemi di accesso anticipato siano ormai parte integrante dei percorsi di cura, una survey dell'Associazione Italiana Oncologia Medica (AIOM), presentata nel giugno 2026 in occasione della XXIV conferenza nazionale della società scientifica, mostra che il 92% degli oncologi rispondenti ha utilizzato farmaci antitumorali non ancora rimborsati dal SSN e al di fuori di sperimentazioni cliniche. Al tempo stesso, l'indagine evidenzia criticità procedurali differenziate per strumento, segnalate dal 44% degli oncologi

83 Jommi C. et al. (2024), "Impatto economico di 14 programmi di uso compassionevole dei farmaci in Italia, nella prospettiva del Servizio Sanitario Nazionale". Glob Reg Health Technol Assess.

84 D'Errico M. et al. (2024), "Advancing early access policies for innovative cancer drugs: a scoping review and explorative analysis in the Italian setting". J Pharm Policy Pract.

85 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.

86 Popoli P. et al. (2024), "Accesso precoce ai farmaci: una proposta di riforma per il Servizio Sanitario Nazionale". Glob Reg Health Technol Assess.

rispondenti per il Fondo AIFA 5%, dal 32% per l'uso off-label, dal 29% per i programmi di uso compassionevole o nominale e dal 13% per la Legge 648/1996.

La rilevanza di questi strumenti di accesso anticipato è destinata a crescere ulteriormente in un contesto in cui molte terapie innovative arrivano sul mercato con evidenze promettenti ma ancora in evoluzione. Per l'Italia, la sfida è valorizzare gli strumenti esistenti, rafforzandone il coordinamento e la capacità di generare evidenze, in modo da garantire accesso tempestivo ai pazienti, sostenibilità per il SSN e maggiore coerenza tra sperimentazione, valutazione e disponibilità effettiva dei nuovi trattamenti.

7. CONOSCENZA, FIDUCIA E COMPORTAMENTI: IL RUOLO DELL'INFORMAZIONE IN SANITÀ ALLA PROVA DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Eletta da Treccani come parola dell'anno 2025, "fiducia" racchiude la profonda sfida che oggi accomuna sistemi sanitari, Istituzioni, professionisti e cittadini, non un'emozione privata ma il fondamento invisibile dell'ordine civile[1]. Fiducia nelle persone, nella scienza e nelle Istituzioni, fiducia nelle fonti informative, fiducia nella tecnologia e, sempre più spesso, negli strumenti di intelligenza artificiale (IA) che mediano l'accesso alla conoscenza. È attorno a questo concetto che si gioca una parte crescente delle decisioni di salute dei cittadini.

È fatto noto che, negli ultimi anni, la comunicazione e le modalità attraverso cui le persone si informano sono cambiate profondamente. Una trasformazione che ha interessato trasversalmente la società e che non ha lasciato indenne il settore sanitario. La diffusione capillare di Internet, dei social media e, più recentemente, degli strumenti di IA generativa ha modificato radicalmente il modo in cui i cittadini accedono alle informazioni, costruiscono la propria conoscenza e maturano decisioni che riguardano la salute.

Se in passato il rapporto con l'informazione sanitaria era mediato prevalentemente da professionisti e mezzi di comunicazione tradizionali, oggi i cittadini e le cittadine dispongono di un ecosistema informativo complesso, accessibile in qualsiasi momento e da qualsiasi luogo. Basti pensare che nel tempo necessario per leggere questa pagina, circa 120.000 persone nel mondo hanno chiesto a ChatGPT un'informazione sulla propria salute, un sintomo, un esame o un percorso di benessere. L'aumento dei canali disponibili, nel frattempo, ha creato nuove opportunità per raggiungere pubblici prima difficilmente intercettabili, favorendo una circolazione delle informazioni più rapida, ampia e partecipata.

Nel raggiungimento di questi risultati, i social media hanno svolto, e continuano a svolgere, un ruolo centrale. A differenza dei canali tradizionali, non si limitano a trasmettere contenuti, ma consentono agli utenti di commentare, condividere, reinterpretare, contribuendo alla costruzione di una dimensione partecipativa che porta con sé opportunità uniche di coinvolgimento e sensibilizzazione, sia criticità oramai note. Le piattaforme digitali tendono infatti a favorire la formazione di vere e proprie "camere dell'eco", ambienti nei quali le persone sono prevalentemente esposte a opinioni e informazioni coerenti con le proprie convinzioni, con il rischio di amplificare fenomeni di polarizzazione e disinformazione.

L'affermazione dell'IA generativa e dei chatbot introduce un ulteriore elemento di trasformazione. Sempre più persone utilizzano questi strumenti per ottenere spiegazioni, approfondimenti o indicazioni preliminari su sintomi, patologie e percorsi di cura. In questo nuovo scenario, le informazioni non vengono soltanto cercate o condivise, ma anche sintetizzate e interpretate da sistemi tecnologici. L'ecosistema informativo diventa così sempre più ibrido: da un lato, i social media moltiplicano contenuti e conversazioni, dall'altro, l'intelligenza artificiale organizza, filtra e restituisce risposte personalizzate sulla base di modelli e logiche proprie delle diverse piattaforme.

Ciò che non cambia è il ruolo sempre più attivo assunto dal cittadino/paziente. Oggi le persone sono sempre più abituate a informarsi autonomamente, confrontando fonti, leggendo esperienze condivise da altri utenti e valutando online le opzioni terapeutiche disponibili. Quando arrivano al confronto con il professionista sanitario, spesso dispongono già di un proprio patrimonio informativo, corretto o meno che sia.

1 Treccani (2026), "Fiducia. Credere nell'altro per abitare il futuro".

Di conseguenza la salute, uscita da tempo da una dimensione esclusivamente clinica, si sviluppa all'interno di uno spazio in cui convivono evidenze scientifiche, percezioni individuali e dinamiche sociali. Informazioni e vissuti si sovrappongono, contribuendo a rendere le decisioni più autonome e, allo stesso tempo, più esposte al rischio di errore. Secondo la survey realizzata da TEHA nel 2026, 1 italiano su 5 crede ad almeno un'informazione sulla salute priva di basi scientifiche.

Comprendere e governare la trasformazione degli ecosistemi dell'informazione e della comunicazione significa poi agire su una leva sempre più strategica, considerato il legame tra alfabetizzazione sanitaria e migliori condizioni di salute. Le persone dotate di maggiori conoscenze e competenze tendono infatti ad adottare stili di vita più salutari, riconoscere precocemente i segnali di malattia, aderire con maggiore efficacia ai percorsi terapeutici e gestire meglio le patologie croniche.

Una grande possibilità di cambio di paradigma si apre: cittadini e pazienti possono assumere un ruolo più attivo e responsabile nella gestione della propria salute, partecipando in modo informato al percorso di prevenzione e cura. Se il potenziale è enorme, la sua realizzazione è tutt'altro che scontata. Senza adeguati livelli di alfabetizzazione, strumenti affidabili e un contesto informativo trasparente, il rischio è che l'ampliamento dell'accesso alle informazioni si traduca in nuove disuguaglianze e forme di disorientamento, anziché in maggiore partecipazione.

7.1 IL LIVELLO DI ALFABETIZZAZIONE SANITARIA IN ITALIA: DOVE SIAMO OGGI

Le informazioni sulla salute non sono mai state così accessibili come oggi. In pochi secondi è possibile ottenere indicazioni su sintomi, farmaci, alimentazione, prevenzione o nuovi trattamenti. La salute è ormai presente in ogni momento della vita quotidiana: sugli smartphone, nei motori di ricerca, nelle applicazioni dedicate al benessere, nella pubblicità che vediamo. Eppure, la crescente disponibilità di informazioni non coincide necessariamente con una maggiore capacità di compiere scelte consapevoli.

Anzi, proprio nell'epoca dell'abbondanza informativa emerge una nuova fragilità: orientarsi. Comprendere quali fonti meritino fiducia, distinguere evidenze scientifiche e opinioni personali, interpretare correttamente dati e raccomandazioni, trasformare le informazioni raccolte in comportamenti utili alla propria salute. È in questa capacità che si gioca oggi una delle sfide più importanti per i cittadini e per i sistemi sanitari.

Dal punto di vista teorico, l'alfabetizzazione sanitaria, o health literacy, può essere definita come l'insieme delle competenze che consentono alle persone di accedere alle informazioni sulla salute, comprenderle, valutarle criticamente e utilizzarle in maniera efficace. Si tratta di una capacità che influenza aspetti molto concreti: seguire correttamente una terapia, interpretare un referto, aderire a uno screening, confrontarsi con un professionista sanitario, orientarsi tra servizi sempre più complessi e digitalizzati.

Diversi studi ne hanno infatti dimostrato il livello di influenza diretta e 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[2].

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

È importante poi sottolineare che l'alfabetizzazione sanitaria, per quanto spesso presentata come una responsabilità individuale, dipende anche dalla capacità delle organizzazioni sanitarie di comunicare in modo chiaro, accessibile e coerente, riducendo la complessità evitabile.

Guardando ai dati più recenti disponibili a livello internazionale, il quadro che emerge evidenzia come l'alfabetizzazione sanitaria sia ancora una criticità significativa per il nostro Paese. Secondo la Health Literacy Survey 2019-2021 realizzata nell'ambito della rete M-POHL[3], il 23% degli italiani presenta un livello di alfabetizzazione sanitaria inadeguato e un ulteriore 35% un livello problematico. Nel complesso, il 58% della popolazione adulta mostra dunque un livello limitato di health literacy[4].

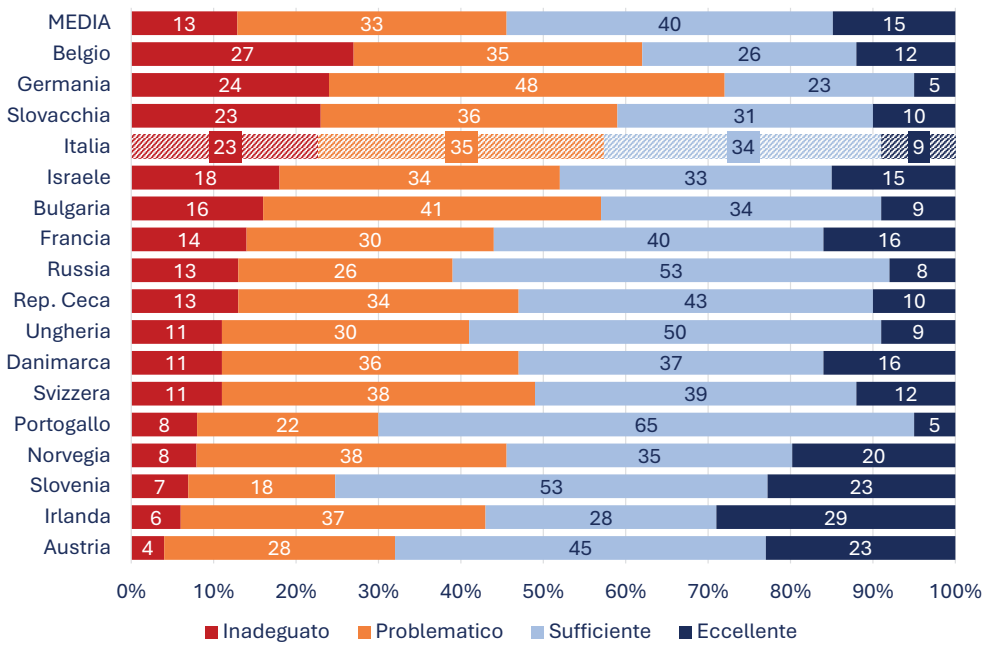


Figura 1. Livelli di alfabetizzazione sanitaria a livello europeo (% sul totale della popolazione), media 2019-2021

Fonte: TEHA Group su dati Health Literacy Survey, 2026

Dietro questo dato non si nasconde semplicemente una difficoltà nel comprendere informazioni mediche complesse. Si riflette una più generale difficoltà ad orientarsi all'interno di un ecosistema sanitario e informativo che richiede ai cittadini di assumere un ruolo sempre più attivo che prevede attività come prenotare una prestazione, valutare diverse opzioni terapeutiche, utilizzare i servizi digitali.

3 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.

4 La nuova rilevazione internazionale HLS24, avviata tra il 2024 e il 2026, consentirà di aggiornare questa fotografia e di valutare eventuali cambiamenti intervenuti negli ultimi anni. Al momento, tuttavia, i risultati comparativi non sono ancora disponibili.

Le difficoltà non si distribuiscono in modo casuale nella popolazione. Al contrario, seguono un chiaro gradiente sociale. I livelli più bassi di alfabetizzazione sanitaria si osservano più frequentemente tra le persone anziane, tra coloro che presentano minori livelli di istruzione e tra chi vive condizioni economiche meno favorevoli. Si tratta di un elemento particolarmente rilevante perché gli stessi gruppi tendono spesso a presentare maggiori bisogni di salute. L'aumento delle malattie croniche e della multimorbilità rende infatti necessaria una gestione quotidiana della salute che richiede continuità e capacità decisionale. In questo contesto, una limitata alfabetizzazione sanitaria rischia quindi di amplificare disuguaglianze già esistenti.

A questo quadro si aggiunge il tema più ampio delle competenze di base della popolazione. Secondo gli ultimi dati resi disponibili da ISTAT nell'ambito dell'indagine OCSE sulle competenze degli adulti[5], il 34,7% degli italiani tra i 16 e i 65 anni presenta bassi livelli di literacy, numeracy e capacità di problem solving adattivo[6], collocando il Paese nelle ultime posizioni del confronto internazionale. Comprendere una prescrizione o valutare il rapporto tra benefici ed effetti collaterali richiede anche competenze linguistiche e numeriche di base. Per questa ragione alfabetizzazione sanitaria e alfabetizzazione generale tendono spesso a procedere insieme. Del resto, le difficoltà nella comprensione e nell'utilizzo delle informazioni numeriche non riguardano esclusivamente la popolazione generale: diverse evidenze internazionali mostrano che anche tra studenti delle professioni sanitarie, infermieri e medici possono emergere criticità in calcoli numerici di base e dosaggi farmacologici[7].

Gli stessi dati OCSE mostrano che le competenze non influenzano soltanto la capacità di elaborare informazioni, ma sono strettamente associate al benessere individuale e alla partecipazione sociale: le persone con livelli più elevati di competenze dichiarano più frequentemente una salute buona o eccellente, una maggiore soddisfazione per la vita e livelli più elevati di fiducia e partecipazione civica. In altre parole, sono in grado di esercitare un ruolo attivo nelle decisioni che riguardano la propria vita.

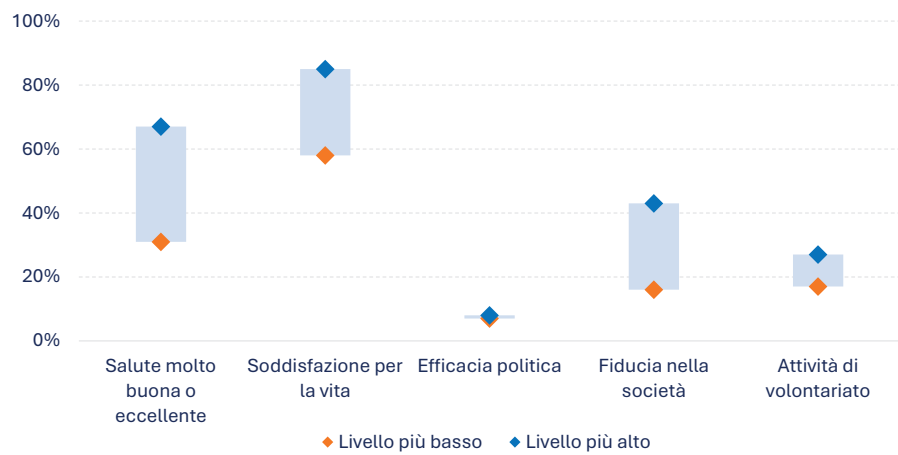


Figura 2. Legame tra competenze in numeracy, benessere individuale e impegno sociale (% di risposte positive tra gli adulti italiani tra 25 e 65 anni), 2024

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT e OCSE, 2026

5 OCSE (2024), "Indagine sulle Competenze degli Adulti 2023: Italia".

6 I tre ambiti fanno rispettivamente riferimento a: capacità di capire e analizzare testi scritti e digitali per elaborare informazioni, comprendere e usare dati matematici nella vita reale, risolvere problemi e situazioni mutevoli.

7 Myers K., Giblin E., Zell-Kanter M. (2019), "It's just Math! – Unless It's Toxic!". AEM Education and Training, PubMed.

Il tema dell'alfabetizzazione sanitaria non può poi essere affrontato separatamente da quello delle competenze digitali. Negli ultimi anni la trasformazione digitale ha cambiato profondamente il modo in cui le persone accedono alle informazioni e interagiscono con i servizi sanitari. Il Fascicolo Sanitario Elettronico, le prenotazioni online, le televisite e le applicazioni dedicate alla salute offrono opportunità concrete di semplificazione e di accesso.

Eppure, nel 2025 soltanto il 54,3% degli italiani tra i 16 e i 74 anni possedeva competenze digitali almeno di base[8], un valore in aumento di 8 p.p. rispetto al 2024 seppur inferiore alla media europea e ancora molto distante dall'obiettivo dell'80% fissato dall'Unione Europea per il 2030[9]. Le differenze generazionali restano marcate: le competenze digitali di base riguardano il 71,7% dei giovani tra i 20 e i 24 anni, ma scendono al 49,1% tra i 55 e i 59 anni e al 27,4% tra le persone tra i 65 e i 74 anni. Nonostante la rapida crescita dell'accesso alla rete, nel 2025, tra le famiglie composte esclusivamente da persone anziane la quota si fermava al 63,9%.

Nel corso del tempo sono cambiati anche i percorsi che seguono le informazioni sanitarie. Il medico, il farmacista, le Istituzioni e i mezzi di comunicazione tradizionali costituivano le principali fonti attraverso cui i cittadini costruivano la propria conoscenza. Oggi questo scenario è radicalmente cambiato, con le scelte di salute che si formano all'interno di un ecosistema molto più ampio, nel quale convivono fonti autorevoli, testimonianze personali, influencer, gruppi online, piattaforme digitali e sistemi algoritmici che selezionano e organizzano continuamente i contenuti ai quali siamo esposti.

La salute, nel frattempo, è diventata un fenomeno 'social'. Alimentazione, attività fisica, salute mentale, longevità, benessere, integratori e trattamenti estetici vengono raccontati e osservati quotidianamente all'interno di comunità digitali che influenzano percezioni, aspettative e comportamenti. In questo contesto, la popolarità di un contenuto può essere confusa con la sua affidabilità, allo stesso tempo la visibilità diventa spesso un criterio implicito di credibilità. Se le comunità online rappresentano senza dubbio una risorsa preziosa per lo scambio di esperienze e il sostegno reciproco, queste possono anche favorire la diffusione di informazioni incomplete, semplificazioni e convinzioni difficili da correggere una volta consolidate.

Di fronte a una quantità crescente di informazioni, il problema non è più soltanto trovare risposte ma capire quali siano quelle realmente utili. L'accesso continuo può inoltre generare una forma di sovraccarico informativo che rende più complessa la decisione anziché facilitarla, tanto che un numero crescente di studi richiama l'attenzione sul fenomeno della cosiddetta information fatigue: la difficoltà di elaborare una quantità eccessiva di informazioni e trasformarla in azioni concrete. In questi casi la disponibilità di dati non aumenta necessariamente la capacità di decidere, ma può generare incertezza, ansia e rinvio delle scelte.

La trasformazione digitale non riguarda però soltanto il modo in cui i cittadini ricevono e valutano le informazioni: cambia anche il loro ruolo nella produzione dei dati sanitari. Oggi, infatti, sempre più persone generano, condividono e mettono a disposizione dati che riguardano il proprio stato fisico e di salute, spesso in modo continuativo. Ogni volta che si utilizza un dispositivo indossabile o un'applicazione dedicata al benessere (in UE lo fa quasi 1 cittadino su 3[10]), si registra un parametro fisiologico, si carica un documento clinico o si interagisce con uno strumento digitale, si genera una quantità crescente di informazioni potenzialmente rilevanti.

Un esempio della portata di questo fenomeno viene dal programma statunitense All of Us, il cui dataset integra i dati raccolti tramite dispositivi Fitbit[11] da circa 59.000 partecipanti nell'arco di 14 anni, comprendendo 39 milioni di osservazioni relative ai passi e 31 milioni al sonno.

8 ISTAT (2026), "Cittadini e ICT – Anno 2025".
9 EUR-Lex (2022), "Programma strategico per il decennio digitale 2030".
10 Eurostat, 2026.
11 Patten T., Preble E.A., Master H. et al. (2026), "The All of Us Research Program's wearables dataset". Nat Med 32, 2302–2310. Fitbit è una linea di dispositivi indossabili, oggi parte di Google, utilizzati per monitorare attività fisica, sonno e altri parametri fisiologici.

Una mole di informazioni che permette di osservare l'evoluzione dello stato di salute nella vita quotidiana e lungo periodi molto estesi, evidenziando cambiamenti che rimarrebbero invisibili tramite osservazioni sporadiche. Lo studio pubblicato su Nature mostra ad esempio come i dispositivi possano seguire concretamente un percorso di recupero: in un sottocampione dei partecipanti, interessati da frattura agli arti inferiori, i passi giornalieri diminuiscono fino al 40%, per tornare quasi ai livelli pre-infortunio entro 120 giorni.

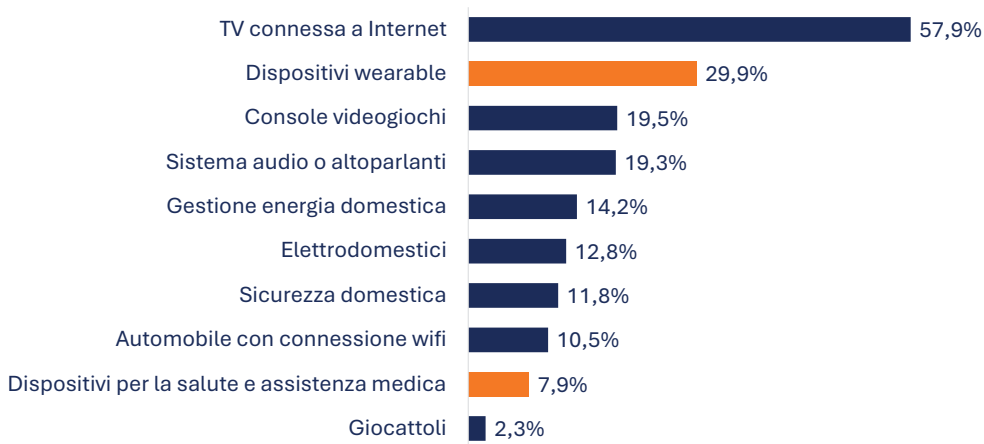


Figura 3. Utilizzo di dispositivi connessi a Internet nell'UE (% di individui tra 16 e 74 anni che li hanno utilizzati nei 3 mesi precedenti l'indagine), 2024

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat, 2026

Questo cambiamento introduce anche una nuova dimensione dell'alfabetizzazione sanitaria. Comprendere come vengono raccolti, conservati e utilizzati i dati sanitari diventa una condizione essenziale per una partecipazione informata e consapevole. La questione assume un'importanza crescente anche alla luce dello sviluppo dello Spazio Europeo dei Dati Sanitari, European Health Data Space (EHDS)[12], concepito per favorire un utilizzo sicuro e interoperabile delle informazioni sanitarie a supporto dell'assistenza, della ricerca e dell'innovazione. Il tema della conoscenza si intreccia così sempre più strettamente con quello della fiducia. La disponibilità delle persone a condividere informazioni dipenderà dalla percezione di sicurezza, dalla trasparenza delle regole e dalla fiducia nelle Istituzioni che gestiscono tali dati.

7.2 DALL'INFODEMIA AI CHATBOT, L'EVOLUZIONE DELLA RICERCA DI INFORMAZIONI

Negli ultimi vent'anni il modo in cui le persone accedono alle informazioni è cambiato più rapidamente di quanto non sia cambiato nei precedenti cinquant'anni. La trasformazione non riguarda soltanto la quantità di contenuti disponibili, ma soprattutto il ruolo degli intermediari che guidano l'accesso alla conoscenza.

12 Per approfondire si rimanda al Capitolo 8 del presente Rapporto.

Nella prima fase di Internet, tra la fine degli anni Novanta e i primi anni Duemila, il cittadino era chiamato a cercare attivamente le informazioni. Motori di ricerca, siti istituzionali e portali specialistici rappresentavano le principali porte di accesso. Con l'affermazione dei social media e delle piattaforme digitali la logica si è progressivamente invertita: non sono più le persone a cercare esclusivamente i contenuti, ma sono i contenuti a raggiungere le persone attraverso algoritmi di raccomandazione sempre più sofisticati.



Figura 4. Schema di sintesi dell'evoluzione del contesto informativo e comunicativo a livello globale

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2026

Facebook (2004), YouTube (2005), Twitter/X (2006), Instagram (2010) e TikTok (2016) hanno contribuito a spostare l'informazione da un ecosistema basato sulla ricerca a uno basato sulla distribuzione algoritmica. L'informazione è diventata più immediata e personalizzata, ma anche più esposta a fenomeni di polarizzazione e disinformazione. In questo percorso evolutivo, il 2016 viene spesso considerato un punto di svolta. Il referendum sulla Brexit e le elezioni presidenziali statunitensi hanno portato all'attenzione globale il ruolo delle piattaforme nella diffusione di contenuti falsi o fuorvianti, contribuendo alla diffusione del concetto di "post-verità", un contesto in cui percezioni, emozioni e convinzioni individuali possono influenzare il dibattito pubblico più dei fatti verificabili.

Le caratteristiche stesse delle piattaforme digitali favoriscono infatti la rapida circolazione dei contenuti più emotivi, sorprendenti o divisivi: una celebre ricerca pubblicata su Science ha dimostrato come una notizia falsa impieghi circa 10 ore per raggiungere 1.500 utenti su Twitter/X, una velocità 6 volte superiore rispetto a quella necessaria a una notizia vera per raggiungere lo stesso livello di diffusione[13].

Dieci anni dopo, il panorama continua a evolversi. Per la prima volta, secondo il Reuters Institute Digital News Report 2026, i social media e le piattaforme video sono diventati, a livello globale, una fonte di informazione più utilizzata rispetto alla televisione e ai siti web delle organizzazioni editoriali. Allo stesso tempo, la fiducia nelle notizie è scesa al livello più basso dall'inizio della misurazione[14].

13 Vosoughi S., Roy D., Aral S. (2018), "The spread of true and false news online". Science.
14 Reuters Institute (2026), "Digital News Report 2026".

Se i social media hanno rivoluzionato il modo in cui le informazioni vengono distribuite, l'intelligenza artificiale generativa ha progressivamente cambiato il modo in cui vengono interpretate. Il lancio di ChatGPT nel novembre 2022 ha inaugurato una nuova fase dell'evoluzione digitale. Per oltre vent'anni il paradigma dominante è stato quello del motore di ricerca – una domanda generava una lista di risultati che l'utente doveva selezionare e interpretare autonomamente – ma con l'IA il percorso si accorcia: alla domanda segue direttamente una risposta. Un passaggio che modifica profondamente il ruolo dell'intermediario informativo.

L'ecosistema informativo sta quindi assumendo una natura sempre più ibrida: da un lato, i social media svolgono principalmente una funzione di amplificazione e distribuzione dei contenuti, dall'altro l'intelligenza artificiale ne assume progressivamente la funzione di interpretazione, sintesi e contestualizzazione. Queste diverse modalità di intermediazione possono produrre effetti opposti anche sulla circolazione delle opinioni: mentre sui social media le posizioni estreme tendono a essere sovrarappresentate, nelle conversazioni con i chatbot IA tendono a essere ricondotte verso posizioni più "moderate".

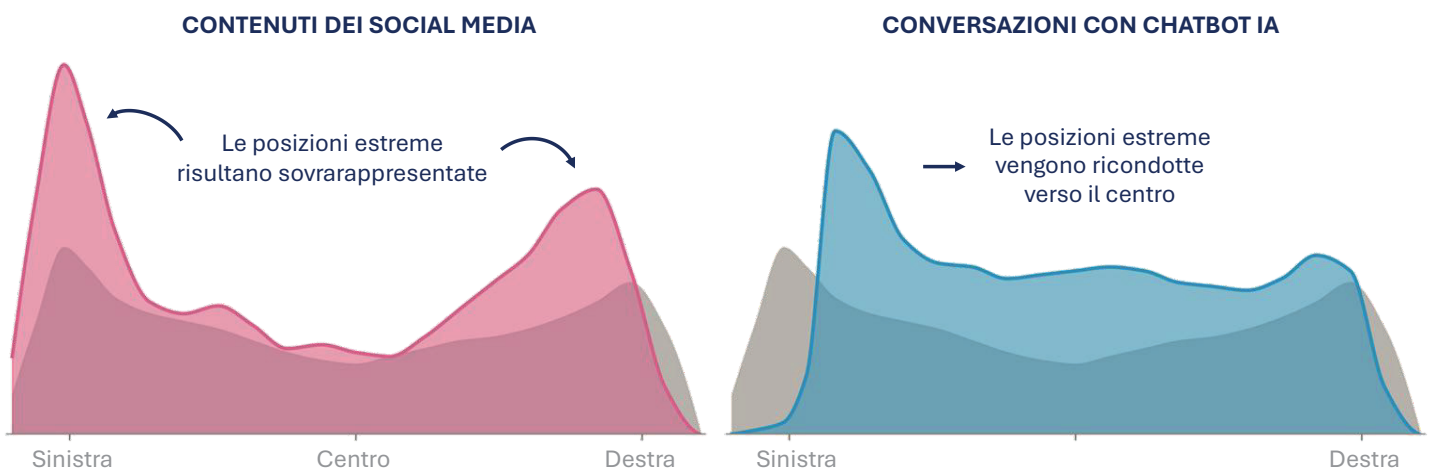


Figura 5. Orientamento politico dei contenuti social e delle conversazioni con chatbot IA rispetto alla popolazione generale (sulla base dei risultati del Co-operative Election Study sulle elezioni americane del 2024)

Fonte: TEHA Group su analisi Financial Times e Harvard University, 2026

Tra tutti gli ambiti informativi, la salute rappresenta uno di quelli in cui la crescita dell'utilizzo dell'IA è stata più rapida. Secondo OpenAI, la salute è oggi una delle modalità di utilizzo più frequenti di ChatGPT. A gennaio 2026 l'azienda ha dichiarato che oltre 230 milioni di persone nel mondo pongono domande su salute e benessere ogni settimana alla piattaforma. A luglio 2026 la stima è stata ulteriormente aggiornata a oltre 300 milioni di utenti settimanali[15]. Le richieste riguardano prevalentemente: interpretazione di sintomi, spiegazione di referti ed esami, chiarimenti dopo una visita medica, preparazione di appuntamenti con specialisti, alimentazione, attività fisica e benessere, salute mentale e supporto emotivo.

15 OpenAI, 2026.

Il successo di questi strumenti è facilmente comprensibile. Sono disponibili 24 ore su 24, hanno tempi di risposta praticamente istantanei, utilizzano un linguaggio semplice e consentono di porre un numero illimitato di domande senza percezione di giudizio. Da questo punto di vista, l'IA risponde ad alcuni bisogni informativi che il sistema sanitario tradizionale fatica strutturalmente a soddisfare: tempo, accessibilità, continuità e personalizzazione.

Per molti anni l'informazione sanitaria online era chiaramente distinta dall'assistenza sanitaria vera e propria, con il cittadino che cercava informazioni su Google e le decisioni cliniche in capo ai professionisti. Oggi questa distinzione appare sempre meno netta. L'intelligenza artificiale è entrata nel percorso decisionale dei cittadini ben prima di entrare formalmente nel sistema sanitario. In molti casi accompagna la persona prima della visita, durante la visita e dopo la visita, contribuendo a interpretare sintomi, comprendere diagnosi e valutare opzioni terapeutiche. Come descritto 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, motivo per cui la questione non può neanche essere ridotta a una mera rivalità tra sistemi digitali e professionisti fisici. 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 strumenti di intelligenza artificiale, spesso senza che il paziente ne sia neanche informato[16].

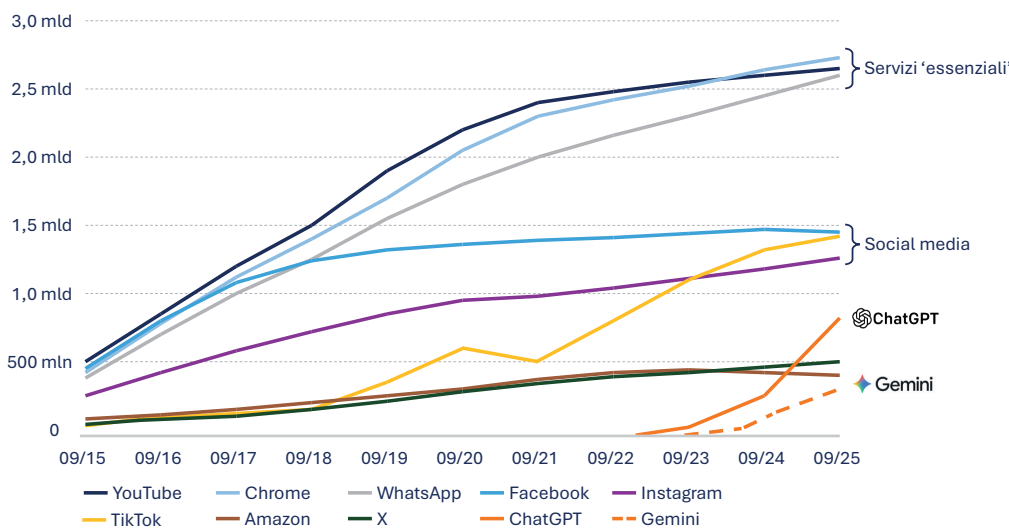


Figura 6. Utilizzo di app e piattaforme IA a livello globale negli ultimi 10 anni (utenti attivi settimanali, valori assoluti), 2015-2025

Fonte: TEHA Group su dati Altimeter, 2026

Dopo Dr Google, si sta così affermando una figura nuova: una sorta di "medico invisibile", non sempre identificato come tale dall'utente, ma sempre più presente nelle decisioni quotidiane che riguardano la salute. Come dimostrano anche i dati della survey riportati più avanti nel Capitolo, è importante sottolineare che questo fenomeno non coincide necessariamente con una sostituzione del professionista sanitario. Più frequentemente l'IA svolge una funzione complementare, supportando il cittadino nella comprensione delle informazioni e nella preparazione delle interazioni con il medico.

16 Kurek A., Inman E. et al. (2024), "The "Inboxologist" – A Novel Approach to In-Basket Management in Primary Care". NEJM Catal Innov Care Deliv.

Anche gli stessi sviluppatori sottolineano questo approccio. OpenAI definisce ChatGPT Health come uno strumento progettato per aiutare le persone a comprendere meglio il proprio stato di salute e prepararsi alle conversazioni cliniche, non per formulare diagnosi o sostituire il rapporto con i professionisti. L'evoluzione più recente mostra, tuttavia, che le piattaforme AI stanno ampliando rapidamente il proprio raggio d'azione, in cui l'informazione rappresenta soltanto il primo livello. Le principali aziende tecnologiche stanno infatti costruendo ecosistemi che integrano dati sanitari personali, supporto alla pratica clinica e ricerca biomedica.

L'accelerazione dell'innovazione sta spingendo anche le autorità regolatorie a intervenire. In Italia, nel luglio 2026, AIFA ha pubblicato le prime linee di indirizzo dedicate all'utilizzo di sistemi di intelligenza artificiale nei materiali promozionali dei medicinali[17]. Le linee guida introducono principi quali la supervisione umana obbligatoria (human-in-the-loop), la verificabilità delle fonti, la trasparenza verso i destinatari e la piena responsabilità dei soggetti che utilizzano i sistemi di IA. Il messaggio è particolarmente significativo perché riflette una logica destinata probabilmente a estendersi anche ad altri ambiti: l'obiettivo non è impedire l'utilizzo dell'intelligenza artificiale, ma garantire che essa operi all'interno di un quadro di responsabilità, validazione scientifica e controllo umano.

7.2.1 Le piattaforme IA verso una "sanità parallela"?

Da tempo le principali piattaforme di intelligenza artificiale stanno estendendo il proprio ruolo di intermediari dell'informazione ad almeno altri due livelli strategici: il supporto alla pratica clinica e la ricerca biomedica e farmaceutica. Assistenti digitali, modelli specializzati e agenti IA iniziano così a integrare dati provenienti da wearable e cartelle cliniche, supportare il lavoro dei professionisti sanitari, interpretare immagini e documenti clinici, consultare la letteratura scientifica, fino a contribuire ai processi di ricerca e sviluppo di nuovi farmaci.

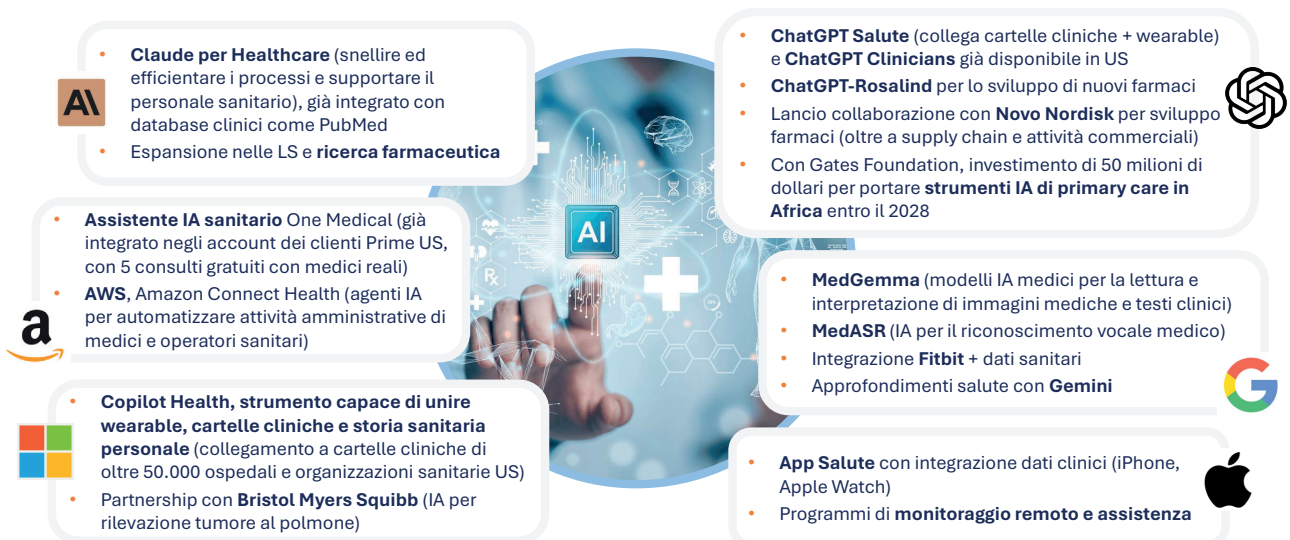


Figura 7. Principali innovazioni e servizi erogati dalle piattaforme di IA in ambito sanitario

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2026

17 AIFA (2026), "Linee di indirizzo. Utilizzo di sistemi di Intelligenza Artificiale nei materiali promozionali".

Un primo livello di sviluppo riguarda la raccolta, l'integrazione e l'utilizzo continuativo dei dati sanitari personali. Apple, attraverso l'app Salute, iPhone e Apple Watch, consente di raccogliere e condividere informazioni sulla salute e supporta applicazioni di monitoraggio e assistenza da remoto. Con ResearchKit e CareKit, l'ecosistema Apple si estende inoltre alla ricerca medica e allo sviluppo di nuovi modelli di presa in carico, creando un collegamento tra dati generati dagli utenti, professionisti sanitari e studi clinici.

Un secondo livello riguarda lo sviluppo di modelli specialistici destinati alla clinica e alla ricerca. Google ha presentato nel 2025 MedGemma, una "collezione" di modelli IA che può essere adattata all'interpretazione di immagini, referti e altri documenti clinici. A gennaio 2026 è stata inoltre introdotta MedGemma 1.5, una versione ulteriormente potenziata, insieme a MedASR, un modello per il riconoscimento vocale e la trascrizione della dettatura medica. Questi strumenti si inseriscono in un ecosistema più ampio che comprende anche il Chatbot Gemini, Google Cloud e i dati raccolti attraverso Fitbit. Nell'aprile 2026, MSD ha inoltre annunciato una partnership pluriennale con Google Cloud: l'accordo prevede l'impiego di sistemi agentici lungo l'intera catena del valore farmaceutica – dalla ricerca e sviluppo alla produzione, fino alle funzioni commerciali, all'interazione con i pazienti e alle attività aziendali.

Anche Anthropic negli ultimi mesi ha rafforzato la propria presenza nella sanità e nelle Life Sciences. A gennaio 2026 ha introdotto Claude for Healthcare, un insieme di strumenti rivolto a strutture sanitarie, assicurazioni e imprese health tech, concepito per supportare attività quali il coordinamento delle cure, la gestione delle autorizzazioni e la consultazione delle informazioni sanitarie. L'offerta per le Life Sciences comprende anche collegamenti con fonti e piattaforme scientifiche, tra cui PubMed, e applicazioni dedicate alla gestione degli studi clinici, delle attività regolatorie e per la ricerca biomedica.

Nel frattempo, anche altre piattaforme stanno costruendo servizi che mettono direttamente in relazione assistenza digitale, processi amministrativi e accesso alle cure. Negli Stati Uniti, Amazon Health AI è accessibile direttamente dal sito e dall'app Amazon e, attraverso One Medical, aiuta gli utenti a comprendere le informazioni sanitarie, gestire prescrizioni e prenotare appuntamenti. Gli iscritti Prime possono inoltre accedere, senza costi aggiuntivi, a consulti via messaggio per oltre 30 condizioni comuni. L'integrazione in una piattaforma già utilizzata su larga scala consente così di portare questi servizi a una platea potenzialmente molto ampia, secondo un modello difficilmente replicabile, almeno con la stessa rapidità, nel più frammentato contesto europeo.

Microsoft si sta muovendo lungo più direttrici, con soluzioni rivolte sia ai cittadini sia alla pratica clinica. Sempre negli USA, Copilot Health riunisce informazioni personali, dati provenienti dai wearable e cartelle cliniche collegate a oltre 50.000 organizzazioni sanitarie, con l'obiettivo di aiutare gli utenti a comprendere la propria storia sanitaria e prepararsi meglio al confronto con i professionisti. In ambito clinico, la collaborazione avviata con Bristol Myers Squibb nel gennaio 2026 prevede l'impiego di workflow radiologici basati sull'IA per supportare l'identificazione precoce del tumore al polmone e il successivo percorso di cura.

La traiettoria più ampia è oggi quella di OpenAI, che opera contemporaneamente sul fronte dell'informazione, del supporto clinico e della ricerca biomedica. Health in ChatGPT, introdotto negli Stati Uniti nel luglio 2026, permette agli utenti di collegare Apple Health e le cartelle cliniche supportate, così da interpretare le informazioni sulla propria salute alla luce della storia personale. ChatGPT for Clinicians, reso disponibile nell'aprile 2026 ai professionisti sanitari verificati negli Stati Uniti, è invece progettato per supportare attività di documentazione, consultazione e ricerca medica.

Sempre nell'aprile 2026, OpenAI ha lanciato GPT-Rosalind, un modello specificamente sviluppato per la ricerca biologica, la scoperta di nuovi farmaci e la medicina traslazionale. Il modello può supportare attività quali la sintesi delle evidenze, la generazione di ipotesi e la pianificazione degli esperimenti, collegandosi a strumenti e fonti scientifiche specialistiche. A queste iniziative si affiancano collaborazioni con imprese farmaceutiche, tra cui Novo Nordisk e Moderna, per applicare l'IA alla ricerca e sviluppo, alla produzione, alla supply chain e alle attività operative, con l'obiettivo di accelerare l'individuazione e lo sviluppo di nuove soluzioni terapeutiche.

Sempre in ambito farmaceutico, è possibile citare l'esempio di Pfizer che sta invece integrando modelli specialistici direttamente nei processi di ricerca preclinica. Nel gennaio 2026 ha avviato una collaborazione con Boltz AI[18] per sviluppare e utilizzare modelli fondazionali dedicati alla biologia molecolare. I modelli, perfezionati anche attraverso i dati storici di Pfizer, sono destinati ad attività quali la previsione delle strutture molecolari, la stima dell'affinità e la progettazione di piccole molecole e farmaci biologici. Una direzione ulteriormente rafforzata dall'accordo siglato a giugno con Chai Discovery, che consentirà a Pfizer di utilizzare la piattaforma generativa dell'azienda.

In conclusione, se l'evoluzione delle piattaforme IA offre opportunità importanti per rendere più accessibili le informazioni, alleggerire alcune attività dei professionisti e accelerare la ricerca, allo stesso tempo pone il rischio che si sviluppi una sorta di sanità "parallela", basata su piattaforme private e non sempre pienamente integrata nei sistemi sanitari. Definire regole chiare in materia di validazione scientifica, responsabilità, trasparenza, protezione dei dati e supervisione umana diventa quindi essenziale.

7.3 I RISULTATI DELLA SURVEY DI MERIDIANO SANITÀ

Per comprendere come stiano evolvendo le modalità di accesso alle informazioni sulla salute, nel mese di luglio 2026, TEHA Group – in collaborazione con Dynata – ha realizzato una survey per indagare il rapporto tra cittadini, professionisti sanitari, canali digitali e strumenti di intelligenza artificiale. L'indagine ha coinvolto un campione di 2.000 italiani, articolato per genere, fascia d'età e livello di istruzione. Il questionario ha approfondito i comportamenti informativi, l'utilizzo dell'IA in ambito sanitario, la fiducia nelle diverse fonti e la capacità dei cittadini di orientarsi all'interno di un ecosistema informativo sempre più ampio e complesso.

La survey restituisce l'immagine di un ecosistema informativo della salute in piena trasformazione, caratterizzato da tre grandi paradossi. Il primo è il paradosso dell'uso: oltre il 40% degli italiani dichiara di aver utilizzato l'IA almeno una volta per chiarire un dubbio di salute, eppure solo il 3% la considera la fonte più affidabile. Il secondo è il paradosso generazionale: i giovani sono i principali utilizzatori di IA e strumenti digitali, ma non sempre risultano i più attrezzati per valutarne criticamente i contenuti, tanto da non essere spesso in grado di distinguere tra informazioni corrette e non. Il terzo paradosso ha a che fare con la fiducia. Nonostante il medico resti di gran lunga il riferimento più autorevole, una quota crescente del percorso informativo si sviluppa al di fuori della relazione clinica. Se il medico conserva autorevolezza clinica e diagnostica, rimanendo il primo punto di riferimento per 7 cittadini su 10, molti dichiarano di consultare altre fonti prima e dopo la visita, e circa la metà non condivide con il professionista ciò che ha cercato online.

7.3.1 Un ecosistema informativo sempre più multicanale

Il primo messaggio che emerge dalla survey è che il medico resta centrale, ma il percorso informativo dei cittadini coinvolge ormai una pluralità di fonti. In presenza di un dubbio sulla salute, il 67% degli intervistati si rivolgerebbe innanzitutto al medico, mentre l'IA e i motori di ricerca raccolgono ciascuno circa il 10% delle risposte. Questa gerarchia cambia però sensibilmente con l'età. Tra i 18-24enni il medico resta la prima fonte, ma la quota scende al 39%, mentre il 20% indica l'IA e il 18% amici, familiari o colleghi. Già sul piano delle intenzioni emerge quindi un percorso informativo meno concentrato su un unico interlocutore, soprattutto tra le generazioni più giovani, per le quali fonti professionali, relazionali e digitali assumono un peso più equilibrato.

18 Boltz AI è un ecosistema di modelli di intelligenza artificiale applicato alla biologia molecolare e allo sviluppo di soluzioni terapeutiche. Nato originariamente come progetto di ricerca open-source presso il Massachusetts Institute of Technology, si è poi evoluto in una public benefit corporation.

I comportamenti dichiarati dagli intervistati negli ultimi 12 mesi confermano che il medico, pur mantenendo un ruolo centrale, non è più l'unico riferimento dei cittadini nella ricerca di informazioni sulla salute. Il 68% ha consultato direttamente un medico, ma oltre una persona su due ha chiesto consiglio in farmacia (53%), il 48% si è confrontato con familiari, amici o colleghi e una quota pressoché analoga ha cercato sintomi o informazioni online prima di una visita (47%). In questo quadro, anche l'intelligenza artificiale assume un ruolo concreto: il 41% degli intervistati l'ha utilizzata per chiarire almeno un dubbio di salute. Il ricorso all'IA rappresenta quindi una pratica già diffusa, che affianca i canali tradizionali e amplia le modalità con cui i cittadini cercano risposte ai propri bisogni informativi.



Figura 8. A sinistra: Risposta alla domanda "Se oggi dovessi avere un dubbio di salute, a chi ti rivolgeresti per primo?" (% sul totale, una sola risposta possibile). A destra: Risposta alla domanda "Negli ultimi 12 mesi, ti è capitato di fare una o più delle seguenti azioni?" (% sul totale, risposte multiple)

Fonte: Survey TEHA Group e Dynata, 2026

È proprio l'analisi per età a mostrare quanto rapidamente l'IA stia diventando parte delle pratiche quotidiane di salute. Nell'ultimo anno l'ha utilizzata almeno una volta per cercare informazioni sulla salute fisica l'85% degli under 35, a fronte del 46% dei 55-64enni e del 39% degli over 65. Il gradiente generazionale è ancora più netto per il benessere mentale, dove l'utilizzo passa dal 70% degli under 35 al 26% tra i 55-64enni, per poi scendere di altri 10 punti percentuali tra gli over 65 (16%). Con l'età cambia anche l'intensità di utilizzo: per la salute fisica dichiara un ricorso frequente all'IA un terzo dei 18-24enni, contro appena il 6% degli over 65. Non siamo quindi di fronte soltanto a una differenza nella conoscenza dello strumento, ma alla formazione di abitudini informative diverse tra generazioni.

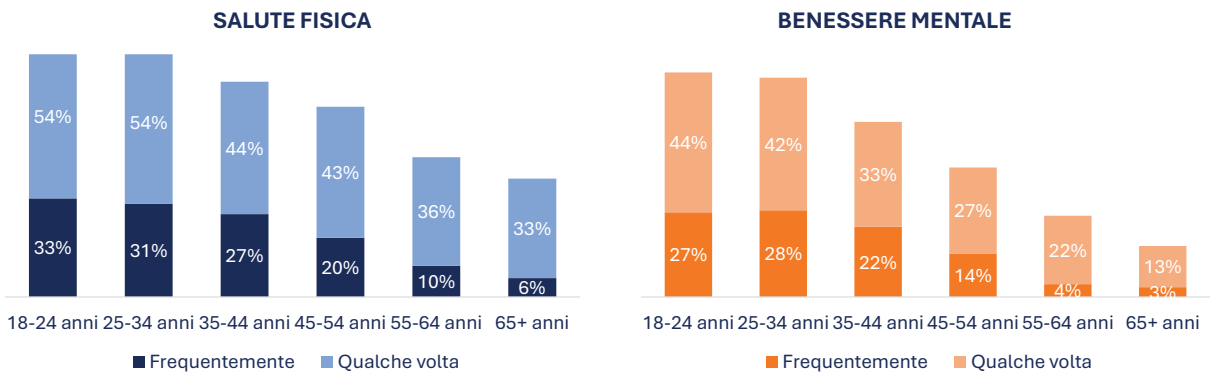


Figura 9. Risposte alle domande "Negli ultimi 12 mesi, ti è capitato di utilizzare strumenti di IA per ottenere informazioni o consigli sulla salute fisica?" e "Negli ultimi 12 mesi, ti è capitato di utilizzare strumenti di IA per questioni legate al benessere mentale o per chiedere supporto emotivo?" (% sul totale della relativa fascia d'età)

Fonte: Survey TEHA Group e Dynata, 2026

Le finalità per cui l'IA viene utilizzata aiutano a interpretare meglio questa diffusione. Il ricorso riguarda innanzitutto la ricerca rapida di informazioni (43%) e l'interpretazione dei sintomi (34%). L'IA entra anche nelle fasi immediatamente prossime alla relazione con il professionista: il 15% la utilizza per prepararsi all'incontro con il medico, il 20% per ottenere chiarimenti dopo una visita. Emerge, almeno nella fase attuale, un impiego prevalentemente informativo e orientativo, che intercetta bisogni di accessibilità e immediatezza più che sostituire la funzione clinica.

Quest'interpretazione trova conferma nel modo in cui gli intervistati distinguono i vantaggi dell'IA dalle caratteristiche considerate insostituibili del medico. Gli strumenti digitali vengono apprezzati soprattutto per la disponibilità continua (38%), la rapidità delle risposte (37%) e la possibilità di porre più domande (26%). Sono, in sostanza, caratteristiche che riducono le frizioni nell'accesso all'informazione. Al medico vengono invece attribuite dimensioni di natura differente: competenza clinica e capacità diagnostica (46%), capacità di interpretare il caso specifico (34%), esperienza pratica (32%), affidabilità e responsabilità (31%). La survey restituisce così una distinzione piuttosto chiara tra accessibilità dell'informazione e responsabilità della decisione clinica.



Figura 10. A sinistra: Risposta alla domanda "In quali aspetti ritieni che strumenti digitali o IA siano più utili rispetto al medico?" (% sul totale, massimo 2 risposte possibili). A destra: Risposta alla domanda "In quali aspetti il medico resta insostituibile?" (% sul totale, massimo 2 risposte possibili)

Fonte: Survey TEHA Group e Dynata, 2026

La crescita dell'utilizzo dell'IA non sembra infatti tradursi, almeno per ora, in un corrispondente trasferimento di fiducia. Chiamati a individuare la fonte più affidabile per ottenere informazioni sulla salute, 8 intervistati su 10 scelgono il medico, il sito del Ministero della Salute si colloca al secondo posto ad ampia distanza (10%), mentre i chatbot IA raccolgono appena il 3% delle prime scelte.

L'autorevolezza del medico resta solida, ma il suo parere può essere messo in discussione dalle informazioni digitali. Di fronte a un contrasto tra il parere del medico e quanto trovato online o tramite IA, il 56% degli intervistati seguirebbe il medico, mentre il 32% chiederebbe un secondo parere. Questo significa che, per quasi 1 cittadino su 2, il contrasto sarebbe sufficiente a mettere in discussione il primo parere ricevuto. Soltanto il 3% seguirebbe direttamente l'indicazione dell'IA. Le informazioni digitali possono dunque influenzare il modo in cui i cittadini valutano le indicazioni del medico, pur senza sostituirlo come riferimento per la scelta clinica. Questo percorso informativo non viene però sempre condiviso con il professionista: la metà delle persone che effettuano ricerche online o utilizzano strumenti di IA dichiara di non riferirlo al medico, con il rischio che una parte delle informazioni potenzialmente in grado di orientare le scelte di salute rimanga al di fuori della relazione con il professionista.

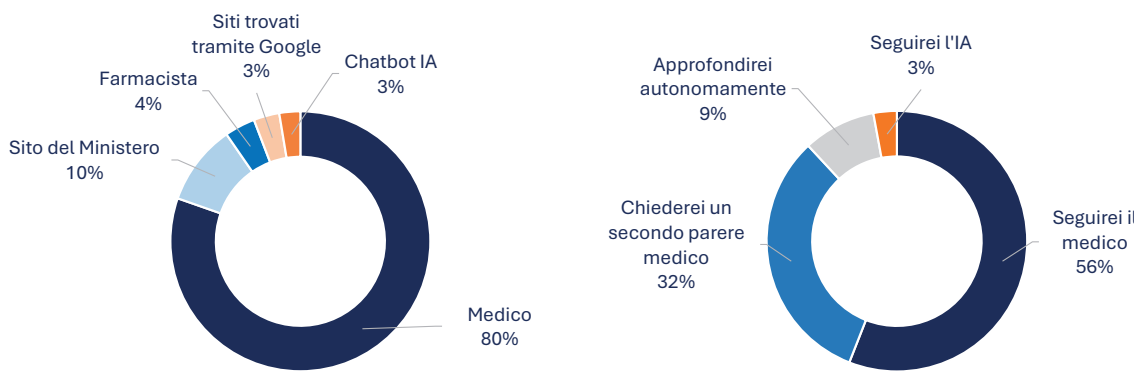


Figura 11. A sinistra: Fonte ritenuta più affidabile dagli intervistati per ottenere informazioni sulla salute (% sul totale, una sola risposta possibile).
A destra: Risposta alla domanda "Se il parere del medico e quello ottenuto online o tramite IA fossero in contrasto, come ti comporteresti?" (% sul totale, una sola risposta possibile)

Fonte: Survey TEHA Group e Dynata, 2026

7.3.2 Alfabetizzazione sanitaria e condizioni per un utilizzo consapevole dell'IA

La maggiore disponibilità di informazioni rende ancora più rilevante la capacità dei cittadini di comprenderle, valutarne l'affidabilità e utilizzarle in modo appropriato. Da questo punto di vista, i risultati della survey mostrano come la familiarità con gli strumenti digitali non coincida automaticamente con una maggiore alfabetizzazione sanitaria.

Una prima evidenza emerge dalla percezione dei rischi dell'IA, che varia sensibilmente con il livello di istruzione. La perdita dell'interazione umana è riconosciuta in maniera simile indipendentemente dal titolo di studio (circa 1 persona su 2), mentre la distanza cresce quando il rischio diventa più tecnico: gli errori diagnostici sono indicati dal 58% degli intervistati con istruzione alta contro il 44% di quelli con istruzione bassa, il bias dal 16% contro appena il 2%. Parallelamente, il 18% delle persone con istruzione più bassa non identifica alcun rischio, quasi 3 volte la quota osservata tra quelle con istruzione alta (7%).



Figura 12. Risposta alla domanda "Percepisci dei rischi rispetto all'utilizzo dell'IA in sanità?" (% sul totale della relativa categoria di istruzione, massimo 2 risposte possibili)
Fonte: Survey TEHA Group e Dynata, 2026

Per esplorare la capacità di valutare le informazioni sanitarie, la survey ha anche rilevato le opinioni degli intervistati su alcuni falsi miti relativi alla salute. Per ciascuna affermazione, tra circa 1 intervistato su 5 e 1 su 3 risponde "non saprei", evidenziando un'incertezza che si affianca alla presenza di convinzioni scorrette. Sui vaccini, ad esempio, quasi 1 persona su 4 (23,5%) ritiene che, se molte persone evitano un vaccino, questo significhi che non è sicuro; un ulteriore 28% non sa esprimere una valutazione.

Le difficoltà sono particolarmente evidenti tra i più giovani. Quasi 1 intervistato su 2 tra i 18 e i 24 anni ritiene che gli antibiotici aiutino a curare l'influenza (47,5%), circa 1 su 3 non sa rispondere (31,9%) e soltanto 1 su 5 riconosce l'affermazione come falsa (20,7%). Tra gli over 65, invece, circa 2 persone su 3 la riconoscono correttamente come falsa (66,5%). Anche sui vaccini emerge una fragilità: tra i 18-24enni, circa 1 su 4 considera vera l'affermazione proposta (25,6%) e oltre 1 su 3 risponde "non saprei" (35%). L'indicazione complessiva è significativa: una maggiore dimestichezza con IA e strumenti digitali, presente nella popolazione più giovane, non si accompagna quindi necessariamente a una maggiore capacità di distinguere le informazioni sanitarie corrette da quelle errate.

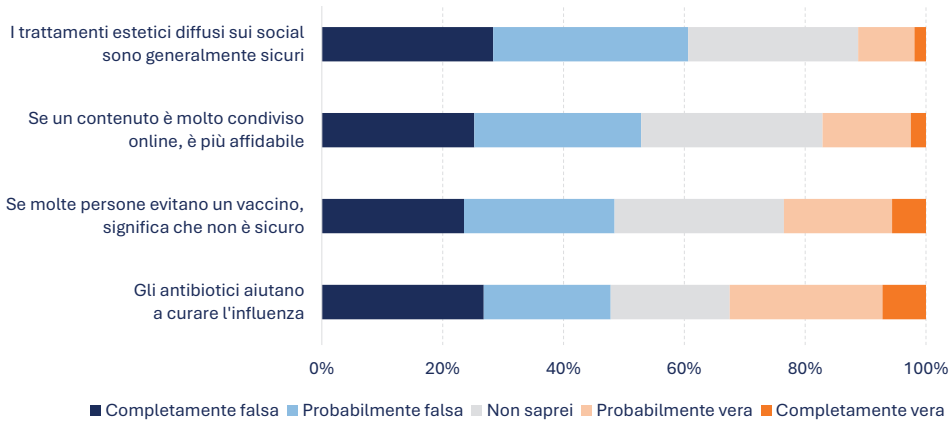


Figura 13. Risposta alla domanda "Quanto ritieni affidabili le seguenti informazioni?" (% sul totale dei rispondenti)
Fonte: Survey TEHA Group e Dynata, 2026

Il punto diventa particolarmente importante nei casi in cui le informazioni raccolte online non rimangono online, ma incidono concretamente sui comportamenti dei cittadini. Il 21,6% degli intervistati dichiara di avere assunto almeno una decisione relativa alla propria salute sulla base di informazioni trovate in rete, quindi più di 1 persona su 5. Il fenomeno è fortemente concentrato nelle generazioni più giovani: tra gli under 45 riguarda circa una persona su tre (33%), mentre tra chi ha almeno 45 anni scende a poco meno di 1 su 6 (15,5%).

Le conseguenze non riguardano soltanto comportamenti a basso rischio. Tra coloro che dichiarano di essere stati influenzati dalle informazioni online, se il 39% ha modificato alimentazione o dieta, il 36% ha invece deciso di assumere o evitare un farmaco. Il 15% ha scelto una terapia diversa da quella indicata dal medico e il 14% ha rimandato o evitato una visita. L'informazione digitale può quindi passare rapidamente dall'orientamento alla scelta concreta, influenzando, potenzialmente in modo dannoso, l'aderenza terapeutica, il ricorso alle cure e il rapporto con le indicazioni professionali.

A questa dimensione si aggiunge quella strettamente collegata della gestione dei dati personali. Più di 1 intervistato su 2 (53%) ritiene che condividere online informazioni sulla salute sia molto o abbastanza rischioso, mentre solo il 15% lo ritiene per niente rischioso. Sul piano dei comportamenti, la condivisione riguarda oltre un quinto del campione: il 22,4% dichiara di avere condiviso online informazioni relative alla propria salute. Tra questi, 1 su 2 lo ha fatto attraverso chat private come WhatsApp o Telegram (50%), mentre oltre 1 su 3 ha utilizzato piattaforme di IA o chatbot (36%), davanti a forum e gruppi chiusi (24%) e social pubblici (23%). Le informazioni condivise, inoltre, possono avere un livello elevato di sensibilità: il 43% riferisce sintomi, il 38% esperienze di malattia o terapia e il 27% risultati di esami. La nuova alfabetizzazione sanitaria deve quindi comprendere non solo la capacità di distinguere informazioni affidabili da contenuti scorretti, ma anche la consapevolezza di quali dati si stanno condividendo, con quale strumento e in quale ambiente digitale.

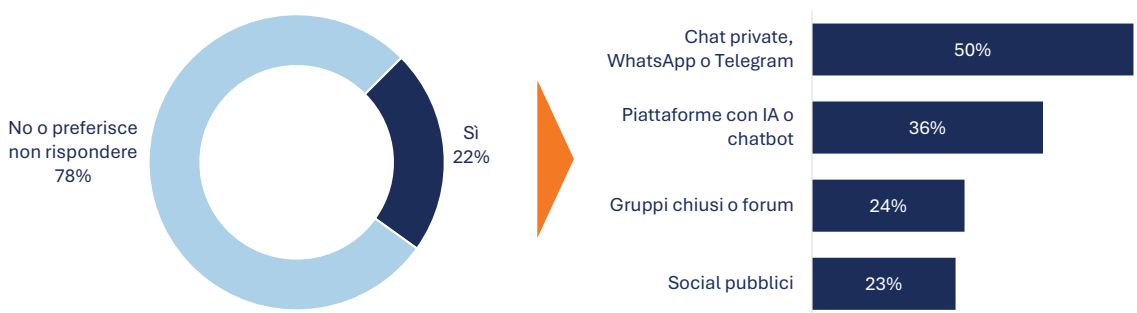


Figura 14. A sinistra: Risposta alla domanda "Ti è mai capitato di condividere online informazioni legate alla tua salute, in forma pubblica o privata?" (% sul totale, una sola risposta possibile).
A destra: Contesti nei quali sono state condivise online informazioni legate alla propria salute (% sul totale degli intervistati che dichiarano di avere condiviso informazioni, risposte multiple)

Fonte: Survey TEHA Group e Dynata, 2026

I cittadini mostrano un'ampia apertura verso l'IA in ambito sanitario, soprattutto se accompagnata da garanzie di affidabilità. Nell'ipotesi che gli strumenti fossero certificati dal sistema sanitario, oltre 6 intervistati su 10 si sentirebbero abbastanza o molto a proprio agio nell'utilizzarli per ottenere informazioni generali sulla salute (63,4%) e per analizzare referti o risultati di esami (61,7%). La quota resta maggioritaria anche per orientarsi sui sintomi (59,4%) e su esami o terapie (55,5%). Soltanto circa 1 persona su 10 si dichiara per niente a proprio agio, con quote comprese tra il 10% e il 12% a seconda della finalità. Nel complesso, emerge una disponibilità

diffusa a considerare l'IA come supporto per la propria salute, con la certificazione del sistema sanitario che può offrire un riferimento riconoscibile su cui costruire la fiducia.

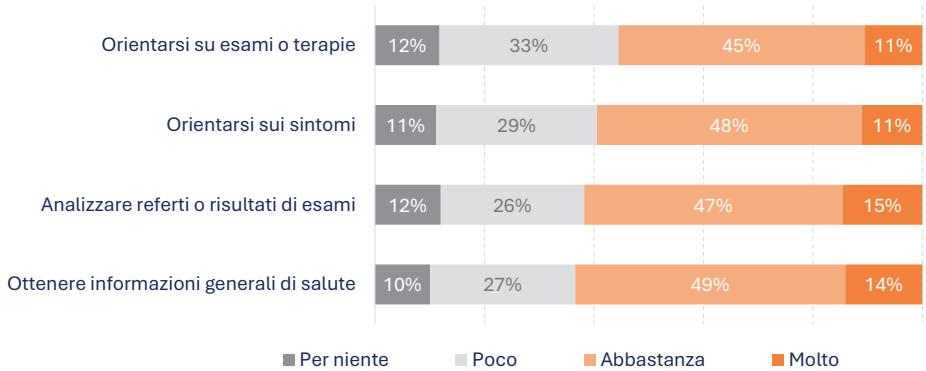


Figura 15. Risposta alla domanda "Se gli strumenti di IA fossero certificati dal sistema sanitario, quanto ti sentiresti a tuo agio a utilizzarli per le seguenti finalità?" (% sul totale, una sola risposta per ciascuna finalità)

Fonte: Survey TEHA Group e Dynata, 2026

In questo quadro, la survey ha indagato anche il livello di fiducia dei cittadini nel sistema sanitario pubblico nel suo complesso. I risultati mostrano una fiducia diffusa, ma raramente piena: il 67,1% degli intervistati dichiara di avere molta o abbastanza fiducia, con oltre la metà (54,9%) che si concentra sulla risposta "abbastanza" e solo il 12,2% esprime molta fiducia, senza dimenticare il restante terzo che si dichiara poco e per nulla fiducioso. Emerge inoltre un significativo divario di genere: la quota di persone che si fidano del sistema raggiunge il 72,5% tra gli uomini, ma si ferma al 62,2% tra le donne. Di conseguenza, quasi 4 donne su 10 dichiarano poca o nessuna fiducia, rispetto a meno di 3 uomini su 10[19].

La survey ha permesso anche di esplorare la percezione dei cittadini rispetto alla capacità delle Istituzioni di tradurre autorevolezza e competenze in informazioni accessibili. I risultati dell'indagine TEHA mostrano una percezione complessivamente positiva, ma non pienamente consolidata, della comunicazione del Ministero della Salute: l'accessibilità ottiene il giudizio migliore, con il 52,4% dei rispondenti che la considera buona o ottima, seguita dalla chiarezza e comprensibilità (48,8%) e dall'efficacia (47,8%). Più contenute sono le valutazioni positive sulla tempestività (44,1%) e sulla quantità dei messaggi diffusi (43,0%).

In sintesi, i dati restituiscono l'immagine di una comunicazione istituzionale riconosciuta soprattutto per la facilità di accesso, ma che presenta margini di miglioramento nella capacità di raggiungere tempestivamente e con la stessa efficacia tutte le fasce della popolazione, in particolare quelle più anziane. Il giudizio si fa infatti progressivamente meno positivo al crescere dell'età, con uno scarto di oltre 20 punti percentuali tra i più giovani (il 66,9% valuta positivamente l'accessibilità, il 61,9% la chiarezza ed efficacia) e gli over 65 (rispettivamente 46,4%, 43,8% e 42,4%). Il dato è in parte controintuitivo: se per raggiungere i più giovani la sfida consiste soprattutto nell'adottare linguaggi e canali coerenti con le loro abitudini informative, per le fasce più anziane la criticità sembra riguardare anche la capacità di accedere tempestivamente alle informazioni e orientarsi tra i diversi strumenti disponibili.

19 Per approfondire i temi della salute femminile e delle differenze di genere si rimanda al Capitolo 3 del presente Rapporto.

Nel complesso, i risultati mostrano che la sfida non è frenare la crescente ricerca di informazioni sanitarie attraverso il digitale e l'IA, ma governarla e integrarla nel sistema sanitario. Ciò richiede, da un lato, strumenti digitali certificati, affidabili e riconoscibili e, dall'altro, un rafforzamento dell'alfabetizzazione sanitaria e delle competenze necessarie per valutare criticamente le informazioni. Il sistema pubblico può e deve farsi garante di un ecosistema informativo sicuro e autorevole, valorizzando la fiducia ancora elevata nei professionisti sanitari e riportando all'interno della relazione di cura un percorso informativo che oggi si sviluppa sempre più spesso anche al di fuori di essa.

Proprio nella direzione di rendere l'informazione sanitaria istituzionale più immediata e facilmente fruibile, il 12 ottobre 2026 il Ministero della Salute ha presentato VITA, un agente conversazionale sviluppato con l'obiettivo di rendere più semplice, rapido e immediato l'accesso dei cittadini a informazioni sanitarie affidabili. L'elemento distintivo è il tentativo di coniugare le potenzialità dell'IA con l'autorevolezza della fonte: VITA si basa esclusivamente su fonti istituzionali aggiornate e scientificamente validate, anche grazie alla supervisione scientifica dell'Università degli Studi di Bari Aldo Moro e dell'Università di Pisa. L'obiettivo del nuovo agente va oltre la semplice risposta a un quesito e punta a orientare i cittadini verso servizi e percorsi assistenziali appropriati, a partire dalla campagna vaccinale antinfluenzale 2026-2027.

7.4 CRESCERE (E STAR BENE) NELL'ERA DIGITALE: LA SFIDA DELLE NUOVE GENERAZIONI

Per la prima volta nella storia, una parte crescente dei giovani sta costruendo il proprio rapporto con la salute in un ambiente nel quale informazioni, consigli e supporto emotivo possono provenire non soltanto da genitori, insegnanti o professionisti sanitari, ma anche da algoritmi. La velocità del cambiamento è notevole. Secondo l'indagine Ipsos realizzata per Telefono Azzurro[20], il 75% degli adolescenti italiani tra i 12 e i 18 anni dichiara di aver già utilizzato chatbot basati sull'intelligenza artificiale e il 35% li considera tra le attività online più frequenti.

Un giovane può utilizzare quotidianamente l'intelligenza artificiale, ma non sapere chi sia il proprio medico di medicina generale. È una sintesi estrema, ma efficace, della trasformazione in atto. Secondo un'indagine realizzata nel 2024 sugli studenti delle scuole superiori italiane, circa 1 ragazzo su 5 non conosce il proprio medico di famiglia, oltre l'80% non ha mai utilizzato il Fascicolo Sanitario Elettronico e più della metà non conosce il significato del ticket sanitario[21].

Più in generale, le evidenze scientifiche concordano nel considerare infanzia e adolescenza come fasi decisive per la costruzione dei comportamenti che accompagneranno le persone lungo l'intero arco della vita. Abitudini alimentari, attività fisica, rapporto con i farmaci, adesione alla prevenzione, utilizzo dei servizi sanitari e capacità di valutare le informazioni sulla salute tendono infatti a consolidarsi precocemente e a mantenere una certa stabilità nel tempo.

Per questo motivo l'alfabetizzazione sanitaria viene sempre più considerata una componente strutturale delle politiche di promozione della salute. In Italia il tema trova spazio soprattutto nell'ambito dell'educazione civica. Le Linee guida nazionali aggiornate nel 2024 includono riferimenti all'educazione alla salute, alla cittadinanza digitale, alla prevenzione delle dipendenze e all'uso consapevole delle tecnologie[22]. La rapidità con cui evolvono gli strumenti digitali pone tuttavia nuove e continue sfide.

20 Ipsos Doxa (2026), "Safer Internet Day 2026: un adolescente su tre usa chatbot di Intelligenza Artificiale".
21 L'indagine "La Salute tiene banco" è stata condotta tra ottobre 2024 e marzo 2025 durante 33 incontri in 30 istituti, coinvolgendo 4.200 studenti degli ultimi anni delle scuole superiori.
22 Ministero dell'Istruzione e del Merito (2026), "L'Educazione Civica. Un percorso per formare cittadini responsabili".

In ambito sanitario, un esempio interessante di questa evoluzione viene dalla campagna Vivo Bene della Regione Veneto, collegata al Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 e nata per tradurre gli indirizzi di prevenzione e promozione della salute in messaggi capaci di raggiungere pubblici diversi. La campagna utilizza volutamente un linguaggio visivo immediato, intuitivo e "friendly" e affianca ai tradizionali contenuti informativi strumenti e formati digitali, inclusi contenuti video, per rendere i messaggi di prevenzione più riconoscibili e accessibili. Nella stessa direzione si inserisce "PodCare, ascoltare con cura", la serie di podcast di AGENAS che sperimenta il formato audio per veicolare contributi informativi e scientifici. Esperienze diverse, ma accomunate dal tentativo di portare l'informazione sanitaria istituzionale anche al di fuori dei formati più tradizionali, adottando linguaggi e modalità di fruizione più vicini alle nuove abitudini informative.

La Generazione Z[23], in particolare, è la prima ad essere cresciuta in un contesto nel quale la componente digitale accompagna in modo continuo la vita quotidiana. Questa familiarità influenza inevitabilmente anche le aspettative nei confronti dei servizi sanitari. Le ricerche internazionali mostrano come i giovani attribuiscano particolare valore a modalità di comunicazione immediate, strumenti digitali intuitivi, percorsi personalizzati, prenotazioni semplificate, notifiche automatiche e possibilità di interazione online con professionisti e strutture sanitarie. La trasparenza sui costi e un'esperienza utente coerente con quella offerta dalle piattaforme digitali rappresentano ulteriori elementi considerati importanti. In altre parole, le nuove generazioni tendono sempre di più a confrontare l'esperienza sanitaria con quella di servizi di altro tipo, valutandola con gli stessi standard di semplicità, immediatezza e personalizzazione sperimentati quotidianamente nel mondo digitale.

È probabilmente nell'ambito della salute mentale che queste trasformazioni risultano maggiormente visibili. Ansia, stress, solitudine, difficoltà relazionali e disagio emotivo rappresentano una componente sempre più rilevante della domanda di salute espressa dai giovani. Allo stesso tempo, l'accesso ai servizi specialistici continua a incontrare ostacoli legati ai tempi di attesa, alla disponibilità delle risorse e ai costi.

In questo contesto gli strumenti di intelligenza artificiale stanno occupando uno spazio che fino a pochi anni fa appariva impensabile. Secondo una ricerca condotta nel 2026 su 3.800 giovani europei tra gli 11 e i 25 anni[24], circa il 51% utilizza chatbot di intelligenza artificiale per affrontare questioni personali o legate alla salute mentale. La stessa quota dichiara che risulta più semplice parlare di questi temi con un'interfaccia digitale piuttosto che con un professionista sanitario. Il 60% considera questi strumenti una sorta di "life coach".

Anche in Italia emergono segnali analoghi. Tra gli adolescenti che utilizzano chatbot, il 14% dichiara di rivolgersi spesso a questi strumenti per chiedere consigli personali e il 34% di averlo fatto almeno occasionalmente. Il 23% riferisce di sentirsi meno giudicato durante queste interazioni e il 16% meno solo. Stress, ansia, relazioni affettive, interpretazione delle proprie emozioni e gestione della solitudine rappresentano oggi alcuni dei temi più frequentemente affrontati attraverso questi strumenti.

La crescente dimensione emotiva delle interazioni con l'intelligenza artificiale ha attirato l'attenzione di ricercatori, autorità regolatorie e sviluppatori. Il livello medio di fiducia attribuito ai chatbot dagli adolescenti raggiunge 6,6 punti su 10 e il 58% assegna un punteggio superiore a 7. Inoltre, il 40% teme una riduzione del pensiero critico, il 35% una diminuzione delle relazioni sociali reali e il 25% il rischio di sviluppare forme di dipendenza[25].

23 La Generazione Z è la fascia demografica che succede ai Millennials ed è seguita dalla Generazione Alfa. È composta dai primi veri "nativi digitali", ovvero ragazzi e giovani adulti cresciuti fin da piccoli in un mondo già caratterizzato da internet mobile, smartphone, social network e comunicazione digitale costante. Secondo la classificazione più diffusa e accettata, inizia generalmente dal 1997, ma alcune fonti o studi statistici la fanno partire dal 1995.

24 Ipsos BVA per conto di CNIL, Autorità francese per la protezione dei dati personali (2026), "Les jeunes européens et l'IA conversationnelle". L'indagine ha coinvolto un campione di 3.800 giovani tra gli 11 e i 25 anni in quattro Paesi europei (Francia, Germania, Svezia e Irlanda).

25 Ipsos Doxa (2026), "Safer Internet Day 2026: un adolescente su tre usa chatbot di Intelligenza Artificiale".

Queste preoccupazioni stanno già influenzando lo sviluppo dei modelli più avanzati. Dal 2023 ChatGPT è stato addestrato per non fornire istruzioni relative all'autolesionismo e per indirizzare gli utenti verso professionisti qualificati in presenza di possibili segnali di crisi psicologica. OpenAI riferisce inoltre che GPT5 ha ottenuto miglioramenti superiori al 25% rispetto alle versioni precedenti nella prevenzione della dipendenza emotiva, nella riduzione delle risposte "compiacenti" e nella gestione delle situazioni legate alla salute mentale. Durante interazioni particolarmente lunghe, il sistema può anche invitare gli utenti a interrompere la conversazione e fare una pausa.

Parallelamente cresce il dibattito normativo. In Italia sono state avanzate proposte legislative dedicate alla regolamentazione dell'uso emotivo dei chatbot da parte dei minori, mentre a livello europeo aumenta l'attenzione verso nuove iniziative per la tutela di bambini e ragazzi online e per la gestione delle interazioni con sistemi di intelligenza artificiale. Lo stesso Parlamento europeo ha recentemente individuato le "interazioni problematiche con sistemi di IA" tra i possibili fattori di rischio per la salute mentale dei giovani[26].

Anche alla luce di queste evoluzioni, per le nuove generazioni alfabetizzazione sanitaria e alfabetizzazione digitale stanno progressivamente convergendo. Comprendere come funziona un chatbot, riconoscerne limiti e potenzialità, sapere quando è necessario rivolgersi a un professionista, proteggere i propri dati e valutare criticamente le informazioni ricevute diventano competenze sempre più rilevanti per la salute individuale. Educare alla salute nell'era dell'intelligenza artificiale significa quindi preparare i giovani a prendere decisioni in un contesto nel quale il primo consiglio ricevuto potrebbe provenire da un algoritmo. La qualità di queste competenze contribuirà a determinare non soltanto il modo in cui le nuove generazioni utilizzeranno le tecnologie, ma anche il loro rapporto futuro con la prevenzione, con i professionisti sanitari e con il sistema di cura nel suo complesso.

7.5 IL COSTO DELLA CATTIVA INFORMAZIONE SANITARIA

Come riportato all'interno del Capitolo, la cattiva informazione sanitaria non produce soltanto confusione: modifica i comportamenti individuali, indebolisce la relazione di cura e trasferisce costi sull'intero sistema. Secondo i risultati dell'Edelman Trust Barometer[27], il 41% delle persone intervistate a livello internazionale dichiara di essersi pentito di almeno una decisione di salute presa sulla base di informazioni errate. Tra le fonti ritenute maggiormente responsabili figurano pubblicità di prodotto, amici e familiari e contenuti generati dagli utenti.

Il rischio non riguarda soltanto la capacità di distinguere un'informazione corretta da una falsa, ma anche la propensione a contribuire alla sua diffusione. Un'indagine condotta in Italia nell'ambito del progetto EEHTA-CEIS su 1.600 partecipanti ha mostrato come, sui temi della vaccinazione, nel 60% dei casi le notizie false venissero ritenute condivisibili anche quando gli intervistati non erano sicuri della loro veridicità[28]. Una dinamica analoga emergeva per le informazioni relative agli screening: circa 1 intervistato su 2 considerava condivisibili notizie false anche sapendo che non erano supportate da fonti attendibili. Tutto ciò con potenziali impatti economici e sanitari, considerati gli effetti in termini di esitazione vaccinale, calo delle coperture e cancellazione di esami diagnostici o screening essenziali.

Gli effetti diventano particolarmente rilevanti quando le informazioni non verificate prevalgono sul parere clinico, inducendo le persone a ignorare le raccomandazioni ricevute, interrompere prematuramente una terapia, ricorrere all'autodiagnosi o rinviare il confronto con un professionista. Non si tratta più, dunque, di un problema circoscritto alla qualità della comunicazione: secondo una recente rilevazione

26 Commissione Europea (2026), "Sicurezza dei minori online: un sondaggio dell'UE conferma il collegamento tra tempo trascorso davanti agli schermi e benessere".
27 Edelman (2024), "2024 Edelman Trust Barometer. Special Report: Trust and Health". L'indagine è stata condotta online in 16 Paesi su oltre 15.000 rispondenti.
28 CEIS-EEHTA (2019), "L'impatto delle Fake News in ambito sanitario".

condotta su oltre 1.000 medici statunitensi[29], il 61% incontra con una frequenza almeno moderata pazienti influenzati da informazioni false o fuorvianti e il 57% ritiene che questo fenomeno comprometta la capacità di offrire cure di qualità.

L'aderenza terapeutica rappresenta, in questo senso, uno degli ambiti nei quali il divario tra prescrizione e comportamento produce le conseguenze più evidenti. In Italia, soltanto il 50% dei pazienti con malattie cardiovascolari seguirebbe correttamente le terapie prescritte. Su scala europea, favorire un'assunzione corretta dei farmaci potrebbe contribuire a salvare circa 200.000 vite e a ridurre la spesa sanitaria di circa 125 miliardi di euro ogni anno[30].

A questi effetti si sommano le inefficienze che derivano da un utilizzo non appropriato dei servizi e delle risorse disponibili. In Italia, le prescrizioni non necessarie rappresentano circa il 20% delle richieste annuali di visite specialistiche ed esami diagnostici[31]. A pesare sulle liste d'attesa sono anche le mancate presentazioni agli appuntamenti. I cosiddetti no-show, ovvero gli appuntamenti non disdetti ai quali il paziente non si presenta, possono rappresentare tra il 10% e il 20% delle prenotazioni, sottraendo prestazioni a chi è in attesa. Secondo i dati riportati per la Regione Lombardia, le attività di richiamo hanno ridotto il tasso di no-show da quasi il 20% al 10%, mostrando come una migliore comunicazione possa tradursi direttamente in maggiore capacità assistenziale[32].

Anche l'inappropriatezza prescrittiva ha un peso rilevante: un progetto pilota di AReSS Puglia[33], basato sull'analisi tramite IA di oltre 17.000 prescrizioni ospedaliere di TAC e risonanze magnetiche, ha rilevato che solo il 39% rispettava pienamente i criteri di appropriatezza, mentre il 43% risultava inappropriato e la quota restante solo parzialmente utile. In questo ambito, gli algoritmi possono offrire un supporto concreto al professionista, come prevede anche il progetto MIA di Agenas, finanziato dal PNRR e sviluppato per affiancare i professionisti sanitari nelle attività diagnostiche di base[34].

Il costo della cattiva informazione, tuttavia, emerge pienamente quando viene letto insieme al livello di alfabetizzazione sanitaria. Una limitata health literacy riduce la capacità di comprendere le indicazioni cliniche, valutare l'affidabilità delle fonti e orientarsi correttamente tra servizi e percorsi di cura. Una revisione sistematica della letteratura[35] ha stimato che i costi associati a livelli insufficienti di alfabetizzazione sanitaria possano assorbire tra il 3% e il 5% della spesa sanitaria complessiva, attraverso un maggiore ricorso ai servizi, una gestione meno efficace delle patologie e un utilizzo non ottimale delle risorse.

In questa prospettiva, investire nella qualità dell'informazione e nell'alfabetizzazione sanitaria significa agire sulla prevenzione, sull'aderenza terapeutica, sull'appropriatezza delle prestazioni e, in ultima analisi, sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, andando ben oltre il semplice intervento educativo o correttivo. Una comunicazione più chiara e accessibile non aggiunge semplicemente informazioni: riduce il costo sistemico delle decisioni prese male.

29 The Physicians Foundation (2025), "The Effect of Misinformation and Disinformation on Physicians' Ability to Provide Quality Care".
30 OECD (2018), "Pharmaceutical Innovation and Access to Medicines".
31 Il Sole 24 Ore (2026), "Liste d'attesa, troppe ricette per visite ed esami: parte la caccia all'appropriatezza".
32 Quotidiano Sanità (2026), "No show. In Lombardia con mancata disdetta esami e visite pagamento ticket anche per cittadini esenti".
33 Regione Puglia (2025), "AReSS Puglia: un algoritmo AI per migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni di esami diagnostici".
34 Per maggiori approfondimenti si rimanda al Capitolo 8 del Rapporto.
35 Eichler K., Wieser S., Brügger U. (2009), "The costs of limited health literacy: A systematic review". International Journal of Public Health.

8. OLTRE LA TECNOLOGIA: LA TRASFORMAZIONE DIGITALE DEL SSN NELL'ERA DEI DATI

Negli ultimi anni sono aumentate le sfide e le pressioni a cui sono sottoposti i sistemi sanitari che non riguardano solo le risorse disponibili ma anche l'organizzazione e l'erogazione dei servizi: rispondervi richiede di ripensare il modo in cui l'assistenza è erogata, coordinata e valutata. L'innovazione tecnologica e digitale può sostenere questa trasformazione, solo se accompagnata da una nuova governance, da una revisione dei processi, dalla creazione di nuove competenze e responsabilità, e non limitata all'introduzione di nuovi strumenti.

In altri termini, la trasformazione digitale non può essere ridotta alla trasposizione su supporto elettronico di modelli clinici e organizzativi progettati per sistemi diversi e spesso superati. Il rischio è rendere più efficienti singole attività senza però incidere sulla frammentazione dei percorsi, sulla discontinuità tra ospedale e territorio o sulle difficoltà di utilizzare i dati per la programmazione. La trasformazione digitale assume una valenza strutturale quando modifica il modo in cui le informazioni vengono raccolte e condivise, le responsabilità vengono assegnate e i servizi vengono organizzati intorno ai bisogni delle persone e ai nuovi percorsi e modelli di cura, che si evolvono nel tempo.

Un processo di trasformazione digitale ridefinisce la relazione tra il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e i cittadini. Fascicolo Sanitario Elettronico, prestazioni in telemedicina e strumenti di intelligenza artificiale promuovono una gestione sempre più personalizzata e globale del paziente, anziché rispondere a singoli bisogni. Il tutto, con il fine ultimo di supportare e non sostituire i professionisti sanitari. L'intelligenza artificiale, del resto, entra nella sanità anche attraverso i comportamenti dei cittadini, che vi ricorrono sempre più frequentemente per questioni di salute.

Il dato sanitario rappresenta il fulcro di questa trasformazione. Dati affidabili, interoperabili e accessibili in condizioni di sicurezza possono fornire un contributo rilevante non solo all'attività di ricerca e assistenza, ma anche alla valutazione delle tecnologie e al governo del sistema. La disponibilità di informazioni complete e confrontabili consente infatti di monitorare fenomeni complessi come gli scenari epidemiologici, le liste di attesa, la mobilità sanitaria o la variabilità degli esiti, e di orientare su questa base la programmazione a livello nazionale e regionale. Sullo stesso piano, l'intelligenza artificiale può ampliare e potenziare le capacità di un sistema di fare prevenzione, diagnosi, monitoraggio e programmazione.

Su queste premesse si sviluppano i temi del Capitolo: gli investimenti del PNRR per l'informatizzazione e la digitalizzazione del SSN e i loro effetti sull'organizzazione dei servizi; l'impiego dell'intelligenza artificiale nella pratica clinica e nella ricerca; la costruzione di un ecosistema dei dati sanitari, che si integra nello Spazio Europeo dei Dati Sanitari; la formazione dei professionisti, l'alfabetizzazione sanitaria e la fiducia dei cittadini e le regole necessarie perché il digitale diventi fattore abilitante del sistema.

8.1 IL PNRR COME LEVA PER LA TRASFORMAZIONE DIGITALE DEL SSN

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è il piano italiano di riforme e investimenti avviato nel 2021 nell'ambito di Next Generation EU[1]. Il 31 agosto 2026 è scaduto il termine ultimo per la rendicontazione finale dei traguardi e degli obiettivi e il 29 settembre l'Italia ha inviato alla Commissione la richiesta di pagamento della decima e ultima rata del PNRR, in tempo utile per la scadenza del 30 settembre 2026. L'analisi si colloca quindi nella fase di valutazione finale dei risultati e di transizione alla gestione ordinaria degli interventi[2].

Gli investimenti del PNRR traducono la trasformazione digitale da obiettivo strategico a intervento programmato e finanziato, concentrando risorse su infrastrutture e strumenti digitali, Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), telemedicina, sistemi informativi e intelligenza artificiale, tra le altre cose. La sfida non è solo aumentare la capacità tecnologica, ma usare questi investimenti per ridurre la frammentazione dei percorsi, rafforzare l'assistenza territoriale riformata dal DM 77/2022 e, non ultimo, contribuire a un'evoluzione sostenibile del sistema.

8.1.1 Le risorse e lo stato di attuazione degli investimenti digitali

La Missione 6 del PNRR, dedicata alla salute, dispone di 15,63 miliardi di euro, pari all'8,2% della dotazione complessiva del Piano[3]: 7 miliardi per la Componente 1, dedicata alle reti di prossimità e alla telemedicina per l'assistenza territoriale, e 8,63 miliardi per la Componente 2, dedicata a innovazione, ricerca e digitalizzazione.

L'innovazione digitale è trasversale rispetto agli investimenti della Missione. Se si considerano solo le linee di investimento per cui il Piano indica una dotazione specifica con una componente tecnologica e digitale, si tratta complessivamente di oltre 7 miliardi di euro: 2,8 miliardi per la digitalizzazione delle strutture ospedaliere, 1,7 miliardi per il Fascicolo Sanitario Elettronico e il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), 1,5 miliardi per la telemedicina, 1,1 miliardi per il rinnovo delle grandi apparecchiature.

Accanto a queste linee esistono investimenti di importo molto rilevante – case e ospedali della comunità, assistenza domiciliare, edilizia sanitaria, etc. – in cui la componente digitale è presente e sostanziale ma non separatamente quantificata[4].

Nel suo complesso, la Missione Salute prevede 44 milestone e 58 target. L'ultimo aggiornamento del portale di monitoraggio del Ministero della Salute riporta 44 milestone conseguite e 57 target raggiunti. Gli obiettivi della fase finale – giugno 2026 - riguardavano in larga parte la componente digitale: documenti nativi FSE pari al 90% del totale, infrastruttura per l'interoperabilità del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Sistema Tessera Sanitaria, reingegnerizzazione del NSIS, completamento della piattaforma di intelligenza artificiale per l'assistenza primaria. D'altra parte, le scadenze europee relative alla digitalizzazione del SSN fissate al 31 dicembre 2025 – digitalizzazione delle strutture ospedaliere e alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico da parte dei medici di base – risultano tutte rispettate; anche il

1 Next Generation EU è il programma europeo da 806,9 miliardi di euro varato in risposta alla pandemia; all'Italia sono assegnati 194,4 miliardi, la dotazione più elevata tra i Paesi membri.

2 Al 31 ottobre 2026, non tutti i dati definitivi sono pubblici. I riferimenti per i dati disponibili sono l'Ottava relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e la comunicazione ufficiale di rendicontazione degli obiettivi della X e ultima rata del PNRR.

3 Il perimetro finanziario è in realtà più ampio: il Piano nazionale per gli investimenti complementari assegna al Ministero della Salute 892 milioni, il pacchetto REACT-EU vale 1,71 miliardi e il Programma nazionale "Equità nella salute" altri 625 milioni. Le risorse straordinarie mobilitate per il rinnovamento della sanità pubblica superano così i 18,8 miliardi di euro.

4 A titolo esemplificativo, il Decreto approvato in Conferenza Stato-Regioni nel luglio 2026 assegna alle Regioni 235,8 milioni di euro per le apparecchiature delle Case della Comunità e degli studi dei medici di famiglia, subordinandone l'acquisto alla compatibilità con la Piattaforma Nazionale di Telemedicina e con il FSE. La strumentazione diagnostica di prossimità produce infatti valore solo se i dati che genera confluiscono nel Fascicolo e alimentano i percorsi a distanza. Per approfondire lo stato di attuazione delle Case di Comunità e delle altre strutture di cura intermedie si rimanda al Capitolo 10 del presente Rapporto.

target della telemedicina, fissato a giugno 2026, era stato superato già sulla base degli assistiti rilevati a dicembre 2025. Il rispetto delle scadenze misura però l'adempimento degli impegni assunti con la Commissione, non il funzionamento dei servizi: i dati regionali su Fascicolo e telemedicina, esaminati nei paragrafi successivi, restituiscono divari territoriali che rimangono il principale nodo della trasformazione digitale del SSN.

Gli investimenti del PNRR per la digitalizzazione non si limitano alla Missione 6. Alla Missione 1 - Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo, appartiene il piano "Sanità connessa", che porta la connettività ultraveloce a 12.279 punti di erogazione del SSN, una condizione indispensabile per il funzionamento di tutti gli altri interventi.

Componenti	Investimento	Sub-investimento	Descrizione componente digitale	Risorse *(mln €)*	Target finali	Scadenza	Esito*
Assistenza di prossimità e telemedicina	Case della Comunità e presa in carico persona		Sistemi informativi	n.d.	Almeno 1.038 Case della Comunità rinnovate e tecnologicamente attrezzate.	Giu-26	**1.270 Case della Comunità** (Ago. 2026)
	Case come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina	Assistenza domiciliare	Digitalizzazione, domotica; sistema informativo ASL per dati clinici in tempo reale	n.d.	almeno 1.487.590 pazienti over 65 assistiti in assistenza domiciliare	Giu-25	**1.625.785 assistiti** (Giu. 2025)
		Centrali Operative Territoriali	Interconnessione, device e dotazioni tecnologiche collegate alle COT; infrastruttura IA per cure primarie e assistenza territoriale; potenziamento del portale della trasparenza	n.d.	Almeno 480 COT	Dic-24	**612 COT** (Dic. 2024)
					Completamento del progetto per l'implementazione degli strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria	Giu-26	**Raggiunto**
					Monitoraggio del "Potenziamento del Portale della Trasparenza" attraverso il rilascio di almeno il 70% dei moduli previsti	Giu-26	**Raggiunto** (no dati)
		Telemedicina per pazienti cronici	Piattaforma e servizi di telemedicina	1.500	Almeno 300.000 persone assistite sfruttando strumenti di telemedicina	Giu-26	**566.321 assistiti** (Dic. 2025)
	Rafforzamento dell'assistenza intermedia – Ospedali della Comunità		Sistemi Informativi	n.d.	Almeno 307 Ospedali di Comunità rinnovati, interconnessi e dotati di attrezzature tecnologiche	Giu-26	**327 Ospedali di Comunità** (Ago. 2026)

(*) I dati sono riportati nell'Ottava relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e/o nella comunicazione ufficiale di rendicontazione degli obiettivi della X e ultima rata del PNRR.

Figura 1a. Gli investimenti della "Missione 6 – Componente 1 Assistenza di prossimità e telemedicina" del PNRR per la digitalizzazione e l'informatizzazione del sistema sanitario

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Ministero della Salute, Ministro per gli affari europei, il PNRR e le politiche di coesione, 2026

Componenti	Investimento	Sub-investimento	Descrizione componente digitale	Risorse *(mln €)*	Target finali	Scadenza	Esito*
Innovazione, ricerca e digitalizzazione della sanità	Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero	Digitalizzazione	Digitalizzazione dei DEA I e II livello; infrastrutture ICT; informatizzazione dei reparti Progetti in essere ex art. 2 DL 34/2020	2.800	Incremento di almeno un livello di digitalizzazione per 280 DEA; almeno 50 al livello II	Dic-25	**281 DEA; 264 almeno livello II** (Dic. 2025)
					Almeno 310 interventi finalizzati alla ristrutturazione dei Pronto Soccorso	Giu-26	**Raggiunto** (no dati)**
		Grandi apparecchiature	Rinnovo apparecchiature ospedaliere ad alto contenuto tecnologico	1.100	Prova di consegna o test per 3.100 nuove grandi apparecchiature sanitarie operative	Giu-26	**3.173 apparec-chiature** (Giu. 2026)
	Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	FSE	FSE 2.0 e Sistema Tessera Sanitaria; uniformazione dei documenti sanitari digitali, alimentazione e consultazione da parte dei professionisti sanitari	1.400	85% dei medici di base alimenta il FSE	Dic-25	**95,2% MMG/PLS** (Dic. 2025)
					Produzione di documenti nativi FSE pari al 90 % del totale dei documenti	Giu-26	**98,9% documenti** (Giu. 2026)
					Entrata in funzione del sistema di tessera sanitaria elettronica e dell'infrastruttura per l'interoperabilità del FSE	Giu-26	**Raggiunto**
		Infrastruttura Ministero Salute / analisi dati / modello predittivo LEA	Integrazione tra NSIS, dati FSE e ulteriori/nuovi flussi informativi; realizzazione portale OpenData; modello di simulazione e previsione di scenari SSN; piattaforma nazionali per i servizi di telemedicina	300	Creazione del portale open data	Giu-24	**Raggiunto**
					Reingegnerizzazione del NSIS a livello locale - completamento del patrimonio informativo (servizi applicativi)	Giu-26	**Raggiunto**
					Progettazione e costruzione di strumenti avanzati di analisi e simulazione per la previsione degli scenari del SSN	Giu-26	**Raggiunto**
					Realizzazione del Centro nazionale di prevenzione sanitaria	Giu-26	**Raggiunto**
					Sviluppo di una piattaforma nazionale dei servizi di telemedicina	Giu-25	**Raggiunto**
	Sviluppo competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali	Formazione manageriale e digitale	Sviluppo di competenze e abilità manageriali e digitali per professionisti SSN	18	Corso di formazione per l'acquisizione di competenze manageriali e digitali a 4.500 membri del personale SSN	Giu-26	**Raggiunto** (no dati)

(*) I dati sono riportati nell'Ottava relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e/o nella comunicazione ufficiale di rendicontazione degli obiettivi della X e ultima rata del PNRR.
(**) Dato parziale: 228 interventi conclusi, al 31 dicembre 2025.

Figura 1b. Gli investimenti della "Missione 6 – Componente 2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione della sanità" del PNRR per la digitalizzazione e l'informatizzazione del sistema sanitario

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Ministero della Salute, Ministro per gli affari europei, il PNRR e le politiche di coesione, 2026

8.1.2 I principali interventi: Fascicolo Sanitario Elettronico, telemedicina e sistemi informativi

Il Fascicolo Sanitario Elettronico è l'infrastruttura portante della nuova sanità italiana, grazie alla quale la disponibilità dei dati diventa strumento per i professionisti e servizio per i cittadini. L'adozione del FSE è stata avviata in Italia nel 2012, sulla base di esperienze regionali preesistenti, elemento che spiega alcune disomogeneità territoriali che sopravvivono fino ai giorni nostri. Grazie ai progressi negli anni il monitoraggio europeo sull'accesso dei cittadini alle cartelle cliniche elettroniche colloca l'Italia sopra la media dell'UE-27, anche se il margine si è progressivamente ridotto[5].

Con quasi 1,4 miliardi di euro il PNRR finanzia il passaggio al "FSE 2.0", disciplinato dalle linee guida approvate nel maggio 2022: il Fascicolo evolve da archivio di documenti regionali a infrastruttura nazionale di dati strutturati e interoperabili, che non sostituisce i sistemi esistenti ma impone standard, tempi e formati comuni.

Il primo target europeo, fissato al 31 dicembre 2025, prevedeva che almeno l'85% dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta alimentasse il Fascicolo: la quota rilevata è pari al 95,2%. Il dato va però letto con la definizione dell'indicatore, che considera anche operazioni coincidenti con l'invio della ricetta dematerializzata e non misura quindi l'effettiva produzione di documentazione clinica strutturata.

A dicembre 2025 solo il 26,5% dei cittadini, per i quali era disponibile almeno un documento, aveva consultato il proprio Fascicolo nei novanta giorni precedenti, con una significativa variabilità regionale, che va dal 64,1% del Veneto all'1,2% della Basilicata. Al 30 giugno 2026 il 42,8% aveva espresso il consenso alla consultazione da parte dei professionisti sanitari, passando dall'88,4% dell'Emilia Romagna al 3,1% della Calabria. Anche l'alimentazione da parte dei medici, pur attestata al 95,2% a livello nazionale, scende all'86,9% in Friuli Venezia Giulia a fronte del 99,9% dell'Emilia Romagna.

Questi divari non riguardano soltanto l'alfabetizzazione digitale dei cittadini, ma anche la ricchezza documentale dei fascicoli regionali: dove i documenti disponibili sono pochi o poco aggiornati, l'accesso non produce valore e l'utilizzo si autolimita.

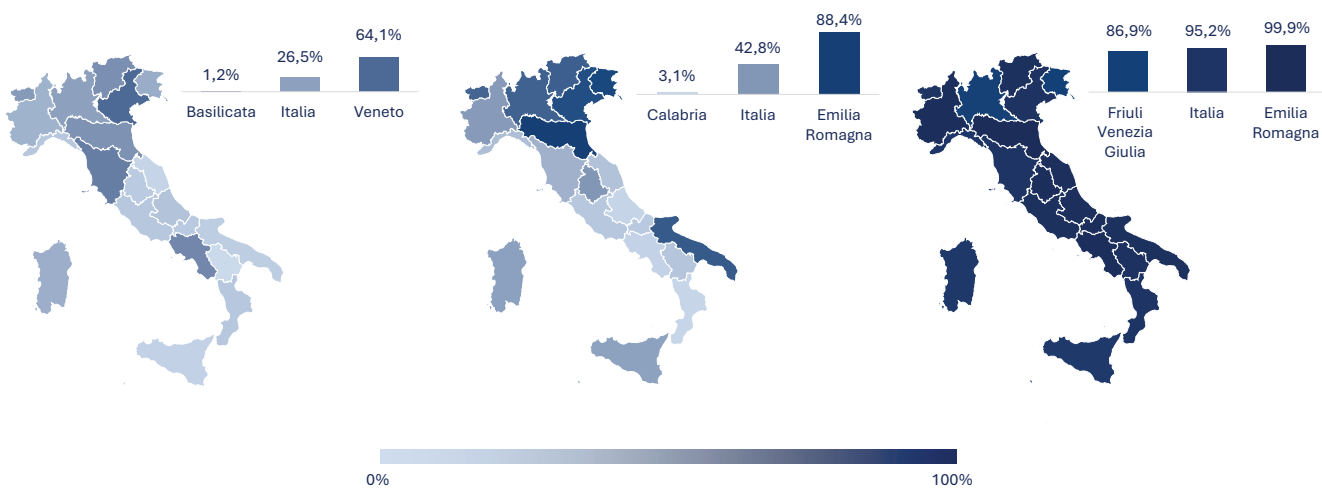


Figura 2. A sinistra: Cittadini che hanno utilizzato il FSE nei 90 giorni precedenti alla data di rilevazione (%), dicembre 2025.
Al centro: Cittadini che hanno espresso il consenso alla consultazione dei propri documenti (%), 30 giugno 2026.
A destra: MMG e PLS che hanno effettuato almeno un'operazione di alimentazione sul FSE (%), dicembre 2025

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute e Dipartimento per la Trasformazione Digitale, 2026

5 Commissione Europea (2026), "2026 Digital Decade eHealth Indicator Study". I dati si riferiscono alla situazione al 31 dicembre 2025.

Il monitoraggio del FSE considerato nell'analisi include 29 tipologie di documenti e 33 tipologie di servizi digitali che permettono al cittadino di interagire con il SSN e gestire la propria posizione in maniera più semplice e veloce. Tuttavia, anche in questo caso, la quota effettivamente attivata varia sensibilmente tra Regioni. Se si guarda ai 21 documenti previsti dalla normativa[6], a marzo 2026 la disponibilità oscillava tra il 95% della Lombardia e il 60% della Puglia e della P.A. di Bolzano; la disponibilità dei 13 servizi già disciplinati variava invece tra il 100% della Lombardia e il 54% della Sicilia.

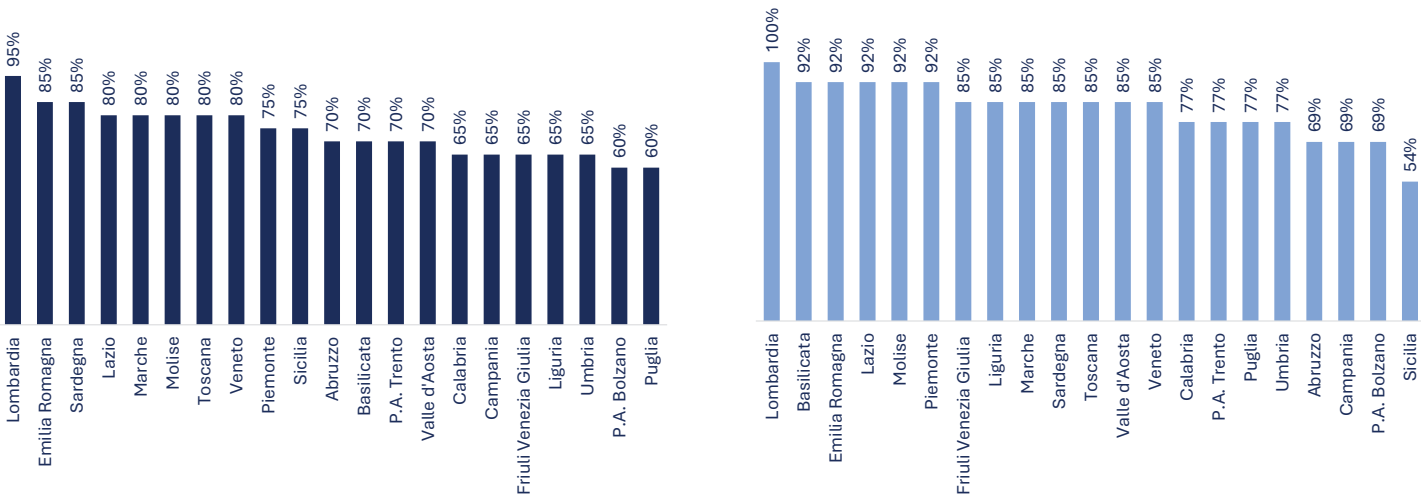


Figura 3. A sinistra: Documenti normati disponibili sul FSE nelle Regioni italiane (% sul totale dei documenti), marzo 2026. A destra: Servizi disciplinati disponibili sul FSE nelle Regioni italiane (% sul totale dei servizi), marzo 2026

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute e Dipartimento per la Trasformazione Digitale, 2026

Sempre con riferimento ai documenti e servizi previsti dalla normativa, un numero rilevante è già disponibile nella totalità (o quasi) delle Regioni e Province Autonome, ma in altri casi si registrano ritardi significativi. Tra i documenti obbligatori, solo il Fascicolo della Lombardia riporta il tesserino dei portatori di impianto, mentre solo l'Emilia Romagna e la P.A. di Trento prevedono la lettera di invito per la vaccinazione. Tra i servizi, solo la Lombardia e il Lazio consentono la consultazione del consenso (o del diniego) alla donazione degli organi e tessuti, mentre in appena 8 Regioni è possibile effettuare la richiesta o la variazione dell'esenzione per patologia.

6 I documenti e servizi previsti dalla normativa sono elencati dal Decreto interministeriale 7 settembre 2023. Ulteriori tipologie di documenti e/o servizi digitali possono essere previsti dai singoli Portali FSE regionali. In generale, in ogni Regione o Provincia Autonoma, il livello di copertura per ciascun documento e offerta per ciascun tipo di servizio può differire tra le aziende sanitarie e tra le strutture della stessa azienda, che stanno progressivamente adeguando le loro infrastrutture tecnologiche.



Figura 4. A sinistra: Tipologia di documenti normati disponibili sul FSE nelle Regioni italiane (% sul totale delle Regioni), marzo 2026.
A destra: Tipologia di servizi disciplinati disponibili sul FSE nelle Regioni italiane (% sul totale delle Regioni), marzo 2026

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute e Dipartimento per la Trasformazione Digitale, 2026

Il 31 marzo 2026 ha segnato l'avvio della terza e ultima fase del percorso di attuazione del FSE 2.0 definito da un Decreto ministeriale di dicembre 2024, che ha previsto l'introduzione di diritti di oscuramento e tracciabilità degli accessi, deleghe e contenuti clinici e, con quest'ultimo passaggio, obblighi di alimentazione. Questi ultimi prevedono l'alimentazione entro 5 giorni dall'erogazione della prestazione, l'estensione dell'obbligo alle strutture private autorizzate e non soltanto a quelle accreditate e l'adozione di formati standardizzati e interoperabili per referti e lettere di dimissione. Alla stessa data era fissato il completamento del Profilo Sanitario Sintetico, il documento redatto dal medico di famiglia che riassume patologie croniche, allergie, terapie in corso e vaccinazioni: risultava attivo in 18 Regioni e Province Autonome, pari all'86% del totale.

La scadenza europea di giugno 2026, che è stata raggiunta e superata, richiedeva invece l'adozione del FSE in tutte le 21 Regioni e una produzione di documenti nativi digitali pari al 90% del totale. Gli ultimi dati fanno riferimento alla quasi totalità dei documenti (98,9%).

L'architettura del Fascicolo è completata dall'Ecosistema Dati Sanitari (EDS), istituito con decreto del Ministero della Salute del 31 dicembre 2024: un'infrastruttura centralizzata ma federata, composta da unità di archiviazione distinte – una per ciascuna Regione, oltre a quelle dedicate ai dati pseudonimizzati e anonimi – alimentata dai documenti del FSE e dai dati del Sistema Tessera Sanitaria. L'EDS abilita funzioni che il solo Fascicolo non può garantire: la compilazione assistita del Profilo Sanitario Sintetico, il dossier farmaceutico, i servizi di supporto alla cura, al governo dell'assistenza e alla ricerca. Tenendo distinti i dati identificativi da quelli pseudonimizzati, l'EDS riproduce sul piano nazionale la separazione tra uso primario e uso secondario su cui si fonda lo Spazio Europeo dei Dati Sanitari: è quindi l'infrastruttura su cui dovrà innestarsi l'attuazione italiana del Regolamento europeo, analizzata nel Paragrafo 8.3.

La centralità di queste infrastrutture emerge anche nel disegno di legge delega per il riordino della legislazione farmaceutica, approvato dal Senato il 7 ottobre 2026 e trasmesso alla Camera. Il testo individua tra i criteri direttivi l'integrazione dei sistemi informativi nazionali e regionali – Sistema Tessera Sanitaria, Fascicolo, dossier farmaceutico ed Ecosistema Dati Sanitari – finalizzata non solo alla disponibilità di dati aggiornati e omogenei, ma anche al monitoraggio degli esiti delle cure, al rafforzamento della farmacovigilanza e alla produzione di evidenze concrete.

La rimodulazione della Missione 6 approvata nel dicembre 2023 ha aumentato la dotazione dell'investimento "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici" da 1 a 1,5 miliardi di euro. L'investimento si articola in 2 sub-interventi: la Piattaforma Nazionale di Telemedicina, realizzata da AGENAS – da marzo 2022 Agenzia Nazionale per la Sanità Digitale[7]–, e i servizi di telemedicina attuati da Regioni e Province Autonome attraverso le Infrastrutture Regionali.

Il target europeo - 300.000 pazienti assistiti in telemedicina entro giugno 2026 - è stato superato in anticipo sulla scadenza: al 31 dicembre 2025 erano 566.321, il doppio rispetto ai 277.170 di dicembre 2024. Il servizio più diffuso è la televisita, con 225.191 pazienti, seguita da teleconsulto (180.486): prevalgono quindi le prestazioni che sostituiscono un contatto ambulatoriale, mentre restano più indietro i servizi che favoriscono l'assistenza domiciliare, come il telemonitoraggio e la teleassistenza. Parallelamente al numero di assistiti, tra dicembre 2024 e dicembre 2025 è aumentato anche il numero delle prestazioni, passato da 418.690 a 946.826 (+126%).

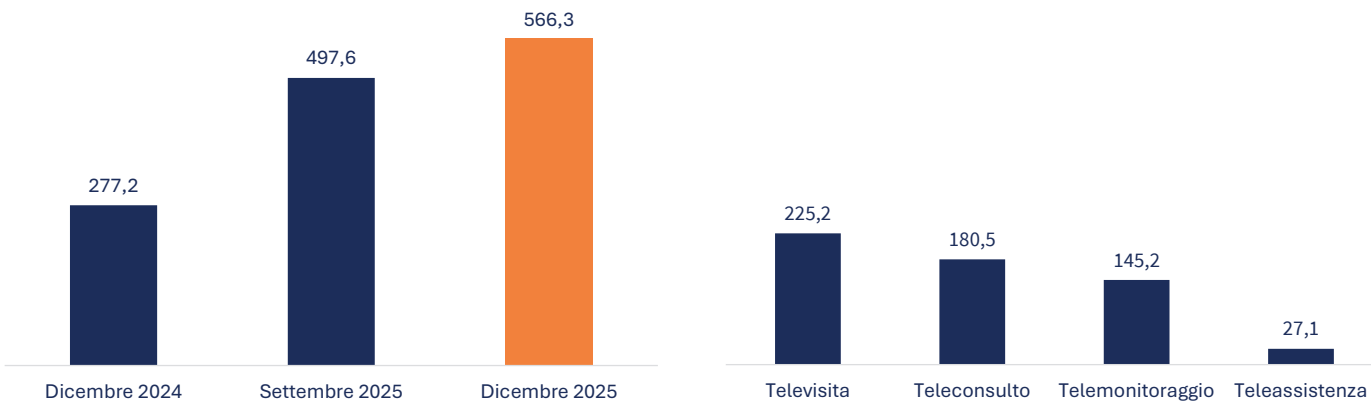


Figura 5. A sinistra: Totale pazienti assistiti in telemedicina (in migliaia), dicembre 2024 – dicembre 2025.
A destra: Totale pazienti assistiti in telemedicina per tipologia di prestazione (in migliaia), 31 dicembre 2025

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute – Portale Nazionale di Diffusione della Telemedicina, 2026

Rapportati alla popolazione, gli assistiti sono 9,6 ogni 1.000 abitanti a livello nazionale, con una elevata variabilità regionale, dalla Valle d'Aosta (34,9 ogni 1.000 abitanti) al Piemonte (1,4); il tasso medio delle Regioni del Nord (8,4) è inferiore a quello del Mezzogiorno (9,8) e del Centro (12,2). Guardando però alle prestazioni, che consentono di misurare l'intensità assistenziale, il tasso medio, che a fine 2025 in Italia raggiungeva le 16,1 prestazioni per 1.000 abitanti, è più alto al Nord (16,2) rispetto al Sud e alle Isole (12,6).

7 AGENAS, in qualità di Agenzia Nazionale per la Sanità Digitale, ha funzioni di indirizzo, coordinamento e supporto all'attuazione delle politiche di digitalizzazione del SSN, incluse telemedicina, interoperabilità dei dati e governance nazionale dei processi digitali.

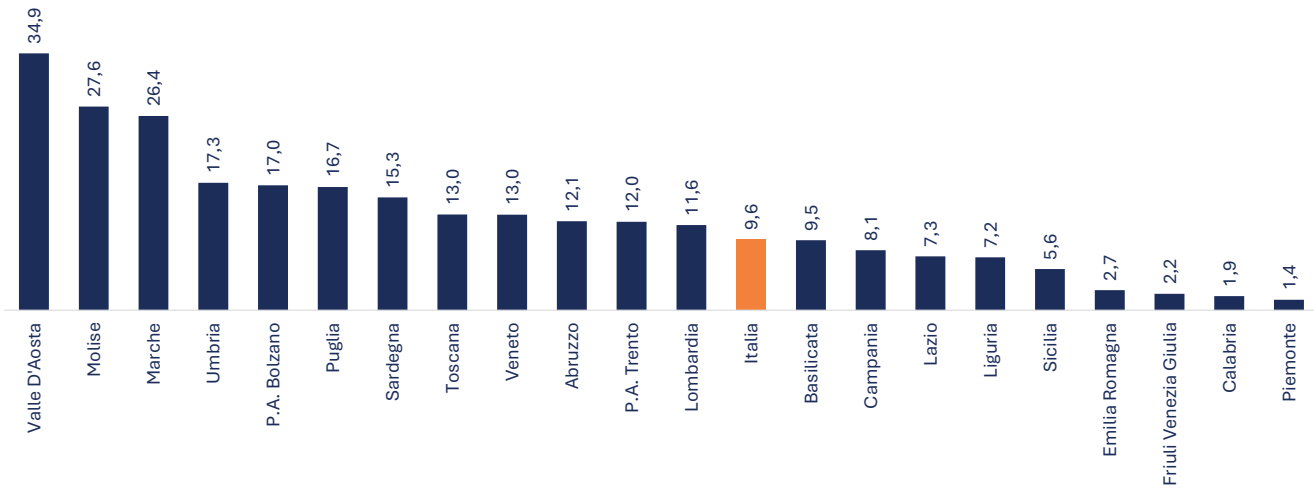


Figura 6. Pazienti assistiti in telemedicina nelle Regioni italiane (per 1.000 abitanti), 31 dicembre 2025
Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute – Portale Nazionale di Diffusione della Telemedicina, 2026

Il secondo sub-investimento riguarda la Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT). La Piattaforma, avviata nel novembre 2023, si articola su due livelli: l'Infrastruttura Nazionale gestita da AGENAS e 21 Infrastrutture Regionali, che erogano le prestazioni e trattano i dati clinici. Similmente a quanto già visto per il FSE, anche in questo caso l'Infrastruttura Nazionale non eroga servizi: definisce cataloghi e linee di indirizzo, valida le soluzioni regionali e ne assicura l'interoperabilità con il Fascicolo e con l'Ecosistema Dati Sanitari.

A partire dal 2022, Lombardia e Puglia, individuate come Regioni capofila, attraverso le proprie centrali di committenza hanno svolto per conto di tutte le Regioni le gare per l'acquisizione delle soluzioni di telemedicina e delle postazioni di lavoro. Un Decreto del Ministero della Salute di novembre 2025 ha completato il quadro, disciplinando titolarità dei trattamenti, modalità di accesso, conservazione e sicurezza dei dati, e stabilendo quali documenti prodotti a distanza confluiscono nel Fascicolo. La gestione a regime, post-PNRR, è già finanziata: 12,5 milioni di euro per il 2026 e 25 milioni annui dal 2027, con la richiesta delle Regioni che i futuri interventi trovino copertura aggiuntiva rispetto al fabbisogno sanitario ordinario.

AGENAS ha prodotto tra il 2025 e il 2026 una serie di documenti per la progettazione dei servizi di telemedicina: i modelli orientativi di erogazione dei 4 servizi, le linee di indirizzo sui sistemi medicali e sui Centri Servizi e il Glossario nazionale di Telemedicina. Sono riferimenti dinamici, soggetti ad aggiornamento periodico: il modello su telemonitoraggio e telecontrollo, ad esempio, è già alla versione 5.2. Il loro contenuto non è soltanto procedurale, ma incide sulla definizione delle prestazioni e sulle responsabilità professionali: il modello sulla teleassistenza riconosce per la prima volta la teleassistenza estemporanea infermieristica, definendo autonomia, responsabilità e ambito di intervento di una funzione finora priva di un framework regolatorio nazionale, mentre quello su telemonitoraggio e telecontrollo assegna all'infermiere attività specifiche lungo l'intero percorso, dalla valutazione dell'aderenza del paziente alla gestione delle allerte cliniche.

Il valore della telemedicina non dipende dalla disponibilità della Piattaforma, ma dal numero di pazienti assistiti, dall'individuazione delle strutture e del personale, dal collegamento con Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e assistenza domiciliare, così come

dall'inserimento delle prestazioni a distanza nei PDTA. Sono i nuovi assetti organizzativi a richiedere infrastrutture digitali coerenti, non le tecnologie disponibili a determinare il modello di presa in carico. Su questo terreno si muovono i provvedimenti più recenti: il riparto di 172,9 milioni di euro per completare i servizi regionali di telemedicina, nel febbraio 2025, e il decreto dell'ottobre 2025 sui servizi di teleassistenza e telemonitoraggio domiciliari nei grandi anziani, che ha avviato una sperimentazione finanziata dal PNRR per gli ultraottantenni con patologie croniche. Con l'aggiornamento dei LEA di fine settembre 2026, la telemedicina è entrata nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale come modalità di erogazione delle prestazioni garantite dal SSN. Il passaggio successivo spetta a Regioni e aziende sanitarie: rendere le prestazioni a distanza prenotabili tramite CUP e far confluire i relativi referti nel Fascicolo, secondo le regole del decreto di novembre 2025.

L'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero è il capitolo più consistente del PNRR, con oltre 4 miliardi di euro ripartiti tra digitalizzazione delle strutture e rinnovo delle grandi apparecchiature. Su quest'ultimo fronte il Piano prevedeva la messa in operatività di 3.100 apparecchiature ad alto contenuto tecnologico entro giugno 2026, con un avanzamento della spesa vicino all'80% a fine 2025 e alcune Regioni che avevano superato il proprio obiettivo con le economie di gara. È la misura che ha marciato più rapidamente, perché si tratta di sostituzione di tecnologie obsolete e non di trasformazione di processi.

Più complesso il percorso della digitalizzazione delle 280 strutture ospedaliere sede di Dipartimento di Emergenza e Accettazione di I e II livello, finanziata con oltre 1,4 miliardi di euro. Il target al 31 dicembre 2025 risulta raggiunto, con l'incremento di almeno un livello di digitalizzazione per 281 DEA e il raggiungimento almeno del livello II per 264 strutture, ma il criterio di valutazione adottato non equivale alla piena digitalizzazione degli ospedali.

La linea di investimento dedicata al Nuovo Sistema Informativo Sanitario, cui sono destinati quasi 300 milioni di euro di investimenti, agisce sul versante del governo del sistema: potenziamento dell'infrastruttura centrale del Ministero della Salute e del portale Open Data, reingegnerizzazione della raccolta dei dati a livello locale, costruzione di un modello di simulazione degli scenari per la programmazione dei servizi e la vigilanza sui LEA. Già a ottobre 2025 tutte le Regioni avevano adottato i nuovi flussi informativi sugli Ospedali di Comunità e sull'assistenza primaria, colmando due lacune storiche del monitoraggio territoriale.

A maggio 2026 è stato firmato il decreto ministeriale di riparto di 7,5 milioni di euro di fondi PNRR per l'adozione del Sistema informativo per il monitoraggio e il governo del personale delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Nazionale (SIPER) e del Sistema Informativo dell'Edilizia Sanitaria (SIES), dedicato al monitoraggio del patrimonio edilizio del SSN, anch'essi parte del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Si tratta della componente meno visibile del Piano, ma una di quelle che incidono direttamente sulla capacità di governo: senza dati comparabili tra Regioni non è possibile misurare la variabilità dell'offerta, valutare gli effetti delle scelte organizzative né orientare la programmazione.

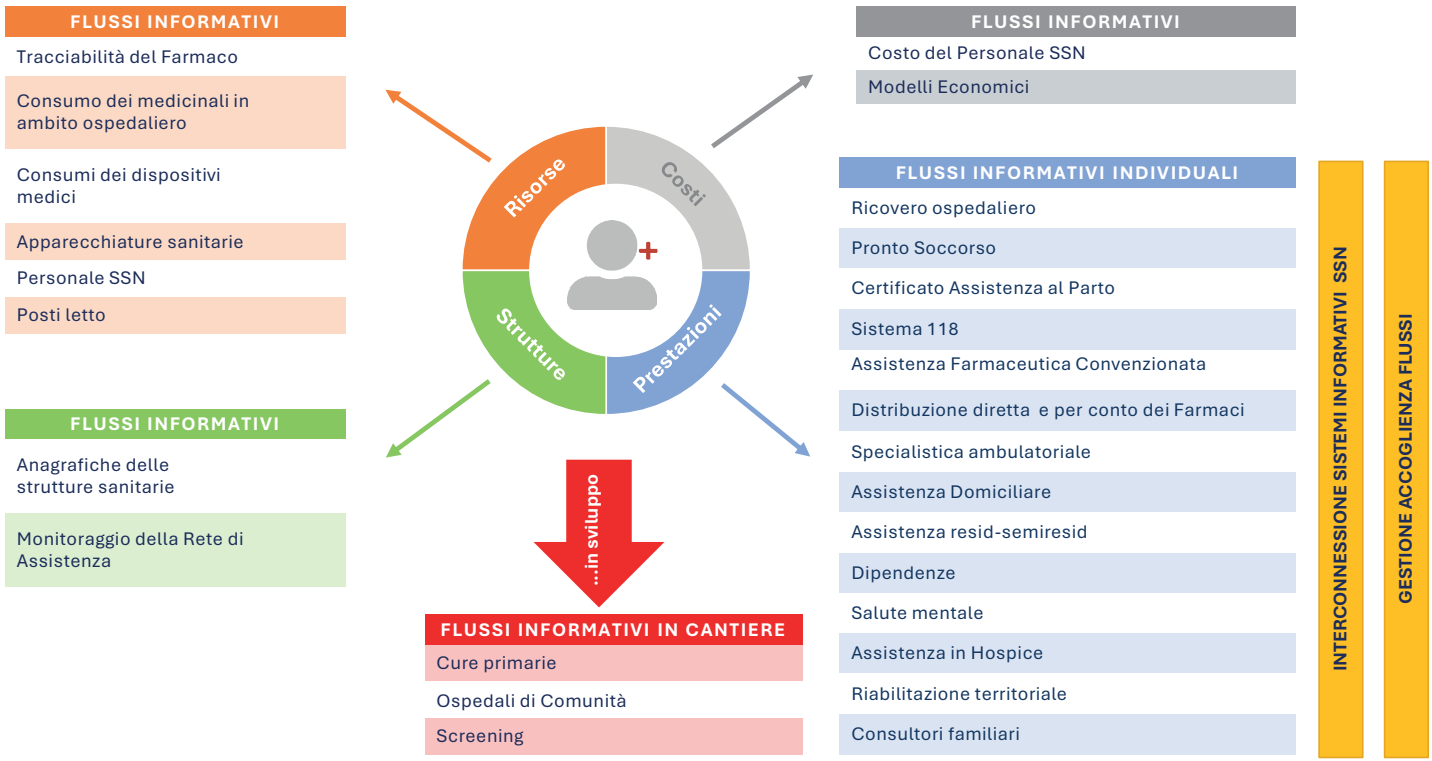


Figura 7. I flussi informativi del SSN

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2026

Una linea specifica riguarda l'applicazione dell'intelligenza artificiale all'assistenza primaria. AGENAS, quale soggetto attuatore, sta sviluppando con 50 milioni di euro la piattaforma MIA – Medicina e Intelligenza Artificiale, che supporta i professionisti con suggerimenti non vincolanti su inquadramento diagnostico, gestione della cronicità e prevenzione, corredati da fonti verificabili e con vincoli espliciti sul trattamento dei dati identificativi. La sperimentazione è stata avviata all'inizio del 2026 su 1.500 professionisti; il piano di adozione prevede l'estensione a 15.000 entro il 2029, quando la piattaforma entrerà a regime. Si tratta del primo caso in cui uno strumento di intelligenza artificiale generativa entra nel SSN attraverso un'infrastruttura pubblica nazionale, con un impianto di validazione e monitoraggio: un precedente per le modalità di adozione di questa innovazione nel prossimo futuro.

Al di fuori della Missione 6, il citato investimento per l'estensione della banda ultralarga, attraverso il piano "Sanità connessa" e dal valore complessivo di 501 milioni di euro, nasce per portare connettività adeguata a 12.279 punti di erogazione del SSN. La scadenza per l'infrastrutturazione era fissata al 30 giugno 2026. Alla fine del 2025 risultavano collegate oltre 7.200 strutture; a giugno scorso l'avanzamento dei pagamenti si attestava intorno al 22% della dotazione[8]. Senza collegamenti stabili non sono possibili il telemonitoraggio domiciliare, la trasmissione di imaging e l'alimentazione tempestiva del Fascicolo: eventuali ritardi peserebbero soprattutto sulle strutture minori delle

8 Dalle fonti ufficiali, non risulta ancora disponibile un dato pubblico finale sul completamento degli interventi.

aree interne, dove il divario digitale si somma a quello geografico. Resta inoltre esclusa dal Piano la connettività interna agli edifici, a carico delle singole aziende sanitarie: in assenza di indirizzi nazionali, il rischio è riprodurre dentro le strutture gli stessi divari che il piano punta a colmare all'esterno.

Il Piano ha dotato il SSN di infrastrutture che il sistema non aveva, ma il loro esercizio comporta costi ricorrenti – manutenzione, aggiornamento, sicurezza informatica, personale tecnico e formazione continua – le cui coperture devono essere raccordate con la programmazione ordinaria, in un contesto in cui la capacità amministrativa e tecnica delle Regioni è fortemente disomogenea. Il rischio della fase post-PNRR non è quindi l'assenza di infrastrutture, ma la loro adozione disomogenea, con soluzioni sottoutilizzate dove mancano competenze, personale e capacità di riprogettare i processi.

8.2 L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE NEI SISTEMI SANITARI

L'utilizzo dell'intelligenza artificiale (IA) si fonda sull'elaborazione di grandi quantità di dati attraverso algoritmi complessi, che consentono a una macchina o a un sistema di simulare alcune capacità proprie dell'intelligenza umana, tra cui apprendere in modo autonomo, ragionare, pianificare, identificare e risolvere i problemi. Tra i suoi principali ambiti vi sono il machine learning (ML), il deep learning (DL) e l'elaborazione del linguaggio naturale (Natural Language Processing, NLP)[9].

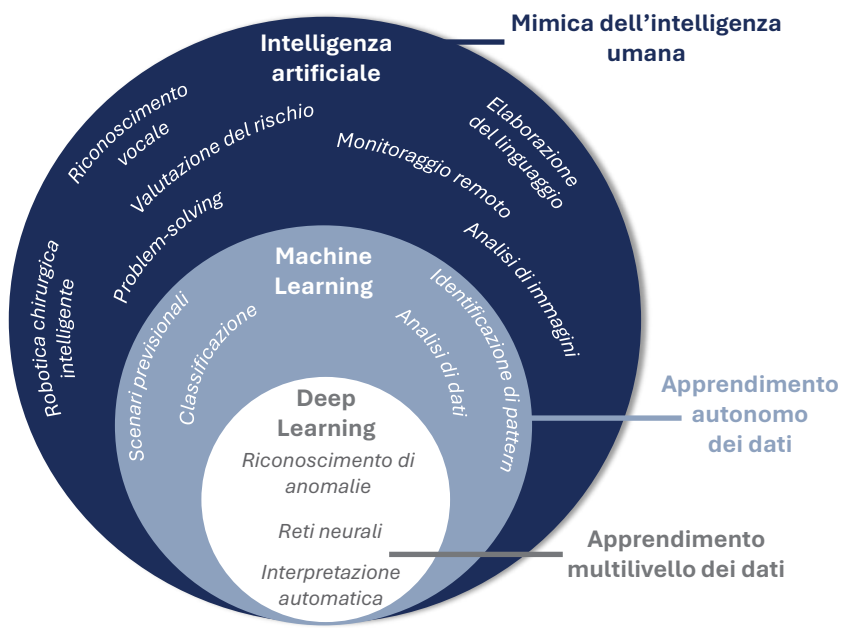


Figura 8. Classificazione dell'intelligenza artificiale e delle sue sub-componenti

Fonte: TEHA Group su dati Huhulea E.N. et al. (2025), "Artificial Intelligence Advancements in Oncology: A Review of Current Trends and Future Directions". Biomedicines

9 Huhulea E.N. et al. (2025), "Artificial Intelligence Advancements in Oncology: A Review of Current Trends and Future Directions". Biomedicines; Matheny M., Thadaney Israni S., Ahmed M., Whicher D. (a cura di) (2022), "Artificial Intelligence in Health Care: The Hope, the Hype, the Promise, the Peril". National Academy of Medicine.

L'intelligenza artificiale ha superato da tempo i confini della ricerca informatica ed è entrata nei processi clinico-assistenziali e di ricerca medica, seppur con livelli di maturità molto diversi. Ne deriva una profonda trasformazione del modo in cui vengono diagnosticate, trattate e gestite le malattie, oltre a una ridefinizione dell'intera organizzazione dell'assistenza sanitaria, che ne migliora non solo l'efficienza e l'efficacia ma anche la velocità e la sostenibilità, nella direzione di una medicina preventiva, predittiva e sempre più personalizzata. Negli ultimi 30 anni la produzione medico-scientifica in questo ambito è cresciuta rapidamente, evidenziando il divario tra la capacità di sviluppare queste soluzioni e quella di integrarle nei percorsi, valutarne l'impatto e sostenerne l'adozione su larga scala.

8.2.1 Dalla produzione scientifica all'adozione nella pratica clinica

La centralità assunta dall'IA in ambito socio-sanitario e assistenziale trova conferma nella produzione scientifica internazionale. Uno studio bibliometrico ha identificato 22.950 lavori sull'IA applicata alla salute pubblicati tra il 1993 e il 2023, un numero cresciuto esponenzialmente negli ultimi anni.

L'analisi dei temi ricorrenti[10] evidenzia lo spostamento del baricentro della ricerca scientifica: dalle questioni metodologiche, come le reti neurali, ai campi applicativi legati all'uso dei dati clinici e al supporto alle decisioni, con le cartelle cliniche elettroniche e i sistemi di supporto decisionale tra i termini più frequenti dell'ultimo decennio. Tra i temi emergenti figurano i modelli previsionali, i modelli linguistici generativi e le cure primarie, ma anche il COVID-19 e la ricerca di nuovi farmaci, a conferma della capacità della ricerca scientifica di adeguarsi rapidamente alle priorità del momento; nel 2023, i 5 articoli più citati riguardavano ChatGPT.

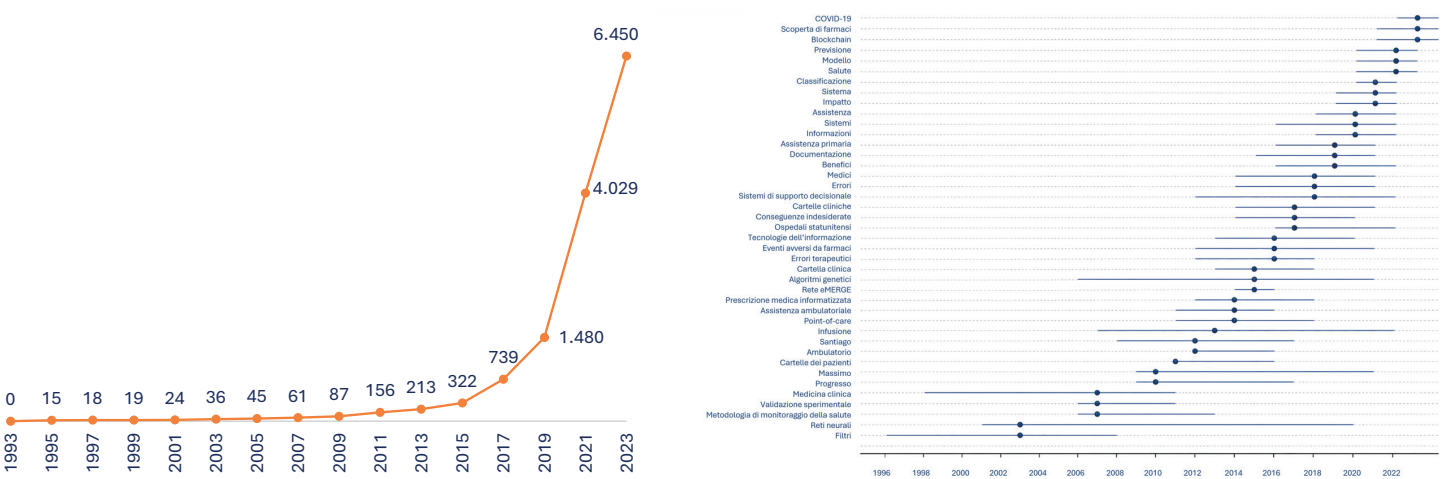


Figura 9. A sinistra: Produzione scientifica annuale sull'intelligenza artificiale in sanità (numero), 1993-2023.
A destra: analisi dei trend tematici dell'intelligenza artificiale in sanità, 1993-2023

Fonte: TEHA Group su dati Xie Y., Zhai Y., Lu G. (2025), "Evolution of artificial intelligence in healthcare: a 30-year bibliometric study". Front Med

10 Xie Y., Zhai Y., Lu G. (2025), "Evolution of artificial intelligence in healthcare: a 30-year bibliometric study". Front Med.

Alla crescita della produzione scientifica, tuttavia, non sempre corrisponde una diffusione altrettanto ampia nei servizi. L'OCSE rileva che l'intelligenza artificiale è utilizzata nei sistemi sanitari di tutti i Paesi aderenti, ma quasi esclusivamente per le funzioni amministrative, e non cliniche: l'adozione su scala nazionale per le applicazioni di diagnostica per immagini, ad esempio, si ferma al 10%[11].

In Italia l'adozione dell'IA nella pratica clinica appare ancora circoscritta e disomogenea. Un'indagine condotta tra le strutture sanitarie pubbliche e private della Lombardia – Regione caratterizzata da un'elevata concentrazione di IRCCS e aziende ospedaliere di rilievo nazionale – ha coinvolto 46 organizzazioni rispondenti. Il 57% non aveva ancora adottato applicazioni di IA nella pratica clinica, mentre tra le 20 organizzazioni attive sono state censite complessivamente 56 applicazioni, anche se buona parte ancora in fase di sviluppo (43%). Le strategie di adozione risultano differenziate: il 30% delle organizzazioni acquista esclusivamente soluzioni commerciali con marcatura CE, mentre il 13% sviluppa strumenti propri, soprattutto tra gli istituti a vocazione di ricerca. Le applicazioni supportano prevalentemente la diagnosi (54%) e la prognosi (48%), mentre nell'11% dei casi mirano all'ottimizzazione del trattamento; la radiologia rappresenta l'area clinica più ricorrente, con circa il 30% delle applicazioni, seguita da oncologia e diabetologia. Il quadro conferma una diffusione ancora selettiva, trainata dalle specialità in cui esistono soluzioni più mature e standardizzabili, in particolare l'imaging diagnostico.

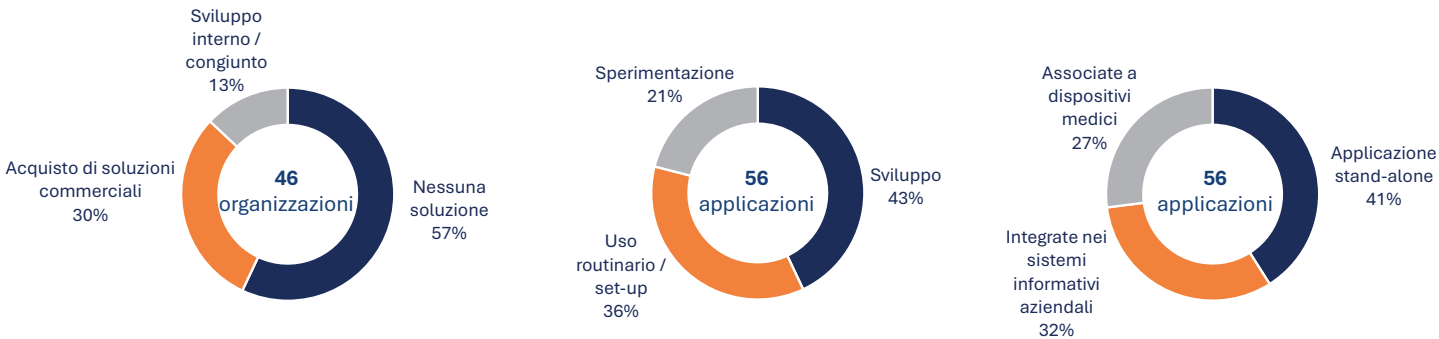
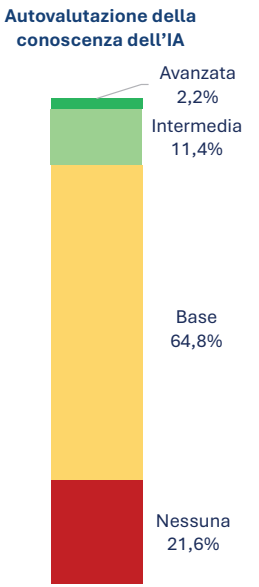


Figura 10. A sinistra: stato di adozione delle applicazioni di IA nelle organizzazioni sanitarie (% sul totale), 2024.
Al centro: livello di maturità delle applicazioni di IA censite (% sul totale), 2024.
A destra: modalità di integrazione delle applicazioni di IA (% sul totale), 2024

Fonte: TEHA Group su dati Ardito V., Cappellaro G., Compagni A., Petracca F., Preti L.M. (2025), "Adoption of artificial intelligence applications in clinical practice: insights from a survey of healthcare organizations in Lombardy, Italy". Digit Health

La distanza tra apertura verso l'IA e sua applicazione nella pratica emerge anche dal lato dei professionisti. Secondo un'indagine su 587 medici italiani, l'81,9% si dichiara disponibile a integrarla nella pratica clinica e il 93,5% è interessato a ricevere formazione, ma spesso mancano le condizioni: il 21,6% non ha nessuna conoscenza sul tema e appena il 18,4% ha ricevuto una formazione specifica. Le applicazioni più impiegate nell'ultimo anno risultano diagnostica per immagini, chatbot diagnostici e sistemi di supporto alle decisioni cliniche, con quote rispettivamente pari al 7,7%, 7,2% e 6,3% del totale. Le stesse quote salgono al 35,4%, 33,1% e 29,1% se riferite a chi ha usato strumenti di IA nella pratica clinica (127 su 587, pari al 21,6%). La carenza di formazione è indicata come principale ostacolo dal 76,7% dei rispondenti, seguita dalla resistenza al cambiamento (50,9%).

11 OCSE (2026), "Scaling Artificial Intelligence in Health".



Strumento/applicazione IA	Conoscenza / familiarità (% sul totale)	Utilizzo negli ultimi 12 mesi (% sul totale)	Utilizzo negli ultimi 12 mesi (% sugli utilizzatori)
Diagnostica per immagini (radiologia, dermatologia)	47,2	7,7	35,4
Interpretazione di referti (ECG, EEG, ecc.)	33,2	4,8	22
Cartelle cliniche elettroniche e analisi dei dati / EHR	27,9	4,3	19,7
Sistemi di supporto alle decisioni cliniche	25,4	6,3	29,1
Monitoraggio e analisi dei dati del paziente	25,0	3,9	18,1
Chatbot per quesiti diagnostici / chatbot diagnostici	23,2	7,2	33,1
Machine learning per la diagnosi	16,2	2,6	11,8
Procedure di chirurgia robotica basate su IA	11,1	0,5	2,4
Pianificazione e gestione dell'assistenza	10,7	2,6	11,8
Machine learning e big data per lo sviluppo di nuovi farmaci / sviluppo di nuovi farmaci	9,5	0,2	0,8
Medicina personalizzata	8,5	1,5	7,1
Monitoraggio domiciliare e analisi predittiva	7,5	1,2	5,5
Miglioramento dell'editing genomico	2,7	0,2	0,8
Assistenti infermieristici virtuali	1,7	0,2	0,8

Figura 11. A sinistra: Conoscenza dell'intelligenza artificiale dichiarata dai medici (% sul totale), 2025.
A destra: conoscenza/familiarità e utilizzo delle applicazioni di intelligenza artificiale da parte dei medici (%), 2025

Fonte: TEHA Group su dati Cofini V. et al. (2026), "Medical clinical minds meet artificial intelligence: Italian physicians' knowledge, attitudes, and concordance between Italian physicians and AI-generated diagnoses. A national cross-sectional study". Front Digit Health

Lo stesso studio ha presentato ai medici un caso clinico e tre ipotesi diagnostiche generate da ChatGPT, di cui una corretta e due errate. L'89% dei rispondenti si è dichiarato d'accordo con la diagnosi corretta, ma solo il 68% ha anche escluso le due alternative sbagliate. Il dato conferma il potenziale dell'IA generativa per orientare il ragionamento diagnostico, ma anche la necessità di competenze per interpretarne criticamente gli output.

Questi trend sono confermati dalla letteratura internazionale. Una recente indagine dell'American Medical Association[12] su 1.692 medici statunitensi rileva che nel 2026 oltre l'80% dei rispondenti utilizza o è disponibile a utilizzare l'IA nella pratica clinica, il doppio rispetto al 2023, e che nello stesso periodo la quota di chi la ritiene utile per la presa in carico dei pazienti è salita dal 65% al 79%. Resta diffusa la preoccupazione per la perdita di competenze, più marcata per studenti e specializzandi[13].

Il quadro si completa guardando ai cittadini. Dalla stessa indagine emerge che i pazienti ricorrono sempre più a strumenti di IA per domande di salute, spesso senza dichiararlo, e che i medici giudicano accettabile l'uso di assistenti conversazionali generalisti per finalità informative, con forti cautele sulle attività che richiedono giudizio clinico.

12 American Medical Association (2026), "2026 Physician Survey on Augmented Intelligence". Center for Digital Health and AI.
13 Le condizioni che ne faciliterebbero l'adozione sono riprese nel Paragrafo 8.4.

Le evidenze della survey, illustrata nel Capitolo 7 del presente Rapporto, raccontano i numeri del fenomeno in Italia: il 41% degli intervistati ha utilizzato strumenti di IA negli ultimi 12 mesi per chiarire un dubbio di salute, soprattutto per ottenere rapidamente informazioni (43%) e interpretare sintomi (34%), ma anche in funzione complementare alla visita. Il medico resta la prima fonte a cui rivolgersi in caso di dubbio per il 67% degli intervistati e la più affidabile per l'80%, mentre gli assistenti conversazionali raccolgono il 3% delle prime scelte. Inoltre, oltre l'85% del campione individua alcuni rischi connessi all'utilizzo dell'IA in sanità. Sono comportamenti che i sistemi sanitari devono prepararsi a orientare, rendendo comprensibili benefici, limiti e condizioni d'uso di questi strumenti.

8.2.2 Gli ambiti di applicazione: prevenzione, diagnosi e presa in carico

Le prime esperienze di utilizzo dell'IA in sanità hanno riguardato la diagnostica per immagini, il riconoscimento di pattern ricorrenti e il supporto alle decisioni cliniche, con risultati di accuratezza elevata in radiologia, anatomia patologica e cardiologia. Non è un caso: sono ambiti in cui esistono grandi quantità di dati, i dati sono già organizzati e gli esiti facilmente misurabili, condizioni che hanno reso più semplice addestrare e validare i modelli. Ne è derivato un contributo rilevante alla precisione diagnostica, alla stratificazione del rischio e all'ottimizzazione dei trattamenti, che resta però dentro un modello reattivo: l'IA ha reso più rapido e preciso il riconoscimento della malattia, ma non ha cambiato il momento in cui si interviene.

La prevenzione primaria rappresenta invece la frontiera più recente, in una logica proattiva anziché reattiva: qui l'obiettivo non è riconoscere la malattia, ma individuare le condizioni di rischio che la precedono. Dispositivi indossabili, sensori e piattaforme digitali raccolgono dati nel tempo e permettono ai modelli di cogliere gli scostamenti dal profilo abituale della persona prima che compaia un quadro clinico. Su questa base è possibile stimare il rischio a lungo termine e restituire indicazioni personalizzate, utili a sostenere il cambiamento dei comportamenti. Il cambiamento è di impostazione prima che di tecnologia: la prevenzione non dipende più soltanto dai contatti occasionali con i servizi sanitari, ma entra nella vita quotidiana, dove il rischio si accumula giorno per giorno. Le evidenze restano però ancora limitate: gli studi hanno durata breve, misurano soprattutto indicatori indiretti e sono stati poco verificati nei percorsi di prevenzione reali[14].

Applicazioni tanto diverse – dal riconoscimento delle immagini diagnostiche alla stima del rischio su dati raccolti nel tempo – poggiano del resto su strumenti differenti, che operano su dati, immagini, segnali e testi. I modelli predittivi stimano rischi e traiettorie; gli strumenti di elaborazione del linguaggio naturale rendono utilizzabili i testi non strutturati, cioè referti, lettere di dimissione e note cliniche in linguaggio libero; i modelli generativi supportano sintesi e documentazione; i sistemi ad agenti autonomi e i gemelli digitali aprono prospettive per l'orchestrazione dei processi e la simulazione di scenari.

Tra i contesti assistenziali, le cure primarie sono quello in cui questi strumenti possono incidere di più, perché è qui che passa il primo contatto con il sistema e si segue nel tempo la maggior parte dei pazienti cronici. Le applicazioni più promettenti possono supportare la previsione del rischio e l'individuazione dei pazienti da richiamare, il triage e l'orientamento della domanda, il dimensionamento degli assistiti e del personale di supporto, l'integrazione nei sistemi informativi dei dati generati dai dispositivi indossabili, il sostegno all'aderenza terapeutica e la gestione documentale: funzioni che consentono di passare da una risposta reattiva alla domanda a una gestione proattiva dei propri assistiti[15]. Il beneficio dipende però dalla qualità dei dati e dall'integrazione con i team multiprofessionali e i percorsi: un algoritmo isolato dai processi può moltiplicare le segnalazioni senza modificare la presa in carico.

14 Per approfondire: Iaccarino K., Ongaro F., Di Palma L. et al. (2026), "AI for Primary Prevention and Longevity: From Reactive to Proactive Healthcare Model". Appl Sci.
15 Lin S.Y., Mahoney M.R., Sinsky C.A. (2019), "Ten Ways Artificial Intelligence Will Transform Primary Care". J Gen Intern Med.

In ambito ospedaliero l'applicazione dell'IA più studiata riguarda la diagnosi precoce. In emergenza-urgenza, modelli di apprendimento automatico sono stati studiati per supportare triage e stratificazione del rischio in condizioni tempo-dipendenti quali sindrome coronarica acuta, ictus, embolia polmonare e sepsi. Proprio la sepsi mostra che la domanda rilevante non è se un algoritmo sia accurato, ma a quali condizioni produca un beneficio per il paziente.

Un primo modello proprietario integrato in centinaia di cartelle cliniche elettroniche statunitensi è stato sottoposto nel 2021 a validazione esterna, cioè alla verifica delle sue prestazioni su pazienti e contesti diversi da quelli in cui era stato sviluppato: su 27.697 pazienti e 38.455 ricoveri l'area sotto la curva è risultata pari a 0,63 – dove 0,5 equivale a una previsione casuale e 1 a una previsione perfetta – contro lo 0,76-0,83 dichiarato dal produttore; il sistema ha generato allerte per il 18% dei pazienti ricoverati e non ha identificato due terzi dei casi di sepsi. Un secondo sistema è stato invece sottoposto a valutazione prospettica multicentrica, seguendo cioè i pazienti in 5 ospedali e accompagnando l'algoritmo con un percorso strutturato di integrazione nei processi assistenziali: in questo caso si è osservata una riduzione della mortalità intraospedaliera, ma soltanto per i pazienti le cui allerte venivano prese in carico entro poche ore. Lo stesso problema clinico produce quindi esiti opposti: ciò che distingue i due casi non è la tecnologia, ma la verifica delle prestazioni nel contesto d'uso e l'esistenza di un percorso definito che trasformi l'allerta in un'azione clinica tempestiva.

Un ambito meno esplorato ma di elevato ritorno riguarda i processi organizzativi. L'utilizzo dell'intelligenza artificiale, ad esempio, è molto utile nella gestione delle liste di attesa, perché consente di automatizzare conferme, promemoria, disdette e riprogrammazioni.

Stanno maturando rapidamente anche la chirurgia assistita, dove l'IA interviene nella pianificazione preoperatoria e nel controllo degli strumenti robotizzati, riducendo l'invasività delle procedure, e la formazione, dove realtà aumentata e realtà virtuale offrono ambienti simulati in cui esercitarsi in sicurezza su interventi complessi[16].

Il monitoraggio a distanza rappresenta l'ambito in cui l'IA incontra più direttamente la vita quotidiana del paziente. Dispositivi indossabili, sensori ambientali, sistemi di monitoraggio remoto, terapie digitali e software qualificati come dispositivi medici fino poi ai dispositivi impiantabili consentono di raccogliere dati longitudinali e di restituire riscontri continui; l'integrazione con modelli predittivi permette di anticipare variazioni clinicamente rilevanti, sostenere l'aderenza terapeutica e rafforzare la capacità di autogestione. I benefici attesi – diagnosi precoce, riduzione degli accessi non necessari, continuità della presa in carico – vanno però valutati insieme ai limiti operativi: falsi allarmi, dati mancanti o discontinui, eterogeneità dei dispositivi, necessità di calibrazione periodica e rischio di assuefazione alle segnalazioni. Il fattore decisivo resta la capacità dell'organizzazione di reagire ai segnali grazie a percorsi definiti di presa in carico[17].

Le applicazioni di intelligenza artificiale possono guardare al singolo paziente, ma anche a una popolazione. L'IA integra qui dati aggregati – flussi amministrativi, informazioni cliniche, registri di patologia, fonti digitali – per stimare il rischio di gruppi di assistiti, prevedere focolai epidemici, orientare l'allocazione delle risorse e analizzare i determinanti sociali della salute: una funzione di sorveglianza prima ancora che di programmazione, che serve a organizzare i servizi ma soprattutto a individuare i bisogni che ai servizi non arrivano. È il terreno della cosiddetta "epidemiologia digitale"[18], disciplina che utilizza dati generati al di fuori del sistema sanitario – ricerche in rete, conversazioni sui social media, dati di mobilità – per osservare fenomeni di salute con una tempestività che i sistemi di sorveglianza tradizionali non consentono.

Sul fronte della rilevazione precoce, un algoritmo addestrato a riconoscere le espressioni con cui gli utenti descrivono i propri sintomi nel linguaggio comune – anziché la diagnosi tecnica – ha permesso di individuare sui social media i messaggi compatibili con la definizione di caso di sindrome influenzale, restituendo un andamento fortemente correlato a quello dei sistemi di sorveglianza tradizionali (0,98),

16 Per approfondire: TEHA Group (2025), "Oncologia e IA: Verso Nuove Frontiere di Innovazione e Ricerca".
17 Cascella M., Pane C., Di Pumpo M. et al. (2026), "Digital Health technologies in medicine: evidence, artificial intelligence integration, and ethical challenges". Infect Agent Cancer.
18 Per approfondire: Salathé M. (2018), "Digital epidemiology: what is it, and where is it going?". Life Sci Soc Policy.

superiore sia a quello di Google Flu Trends (0,97) sia a quello ottenuto contando semplicemente le parole "influenza" o "flu" (0,90)[19]. Sul fronte dell'analisi degli atteggiamenti, lo studio delle conversazioni pubbliche sull'introduzione dell'immunoprofilassi contro il virus respiratorio sinciziale (VRS) ha consentito di osservare in tempo reale dubbi, aspettative e resistenze delle famiglie, informazione difficilmente ottenibile con le indagini campionarie e utile a orientare la comunicazione istituzionale[20]. In entrambi i casi il valore non risiede nella sostituzione del dato epidemiologico, ma nella capacità di anticipare il segnale e di cogliere dimensioni – la percezione, la fiducia, l'esitazione – che i flussi sanitari non registrano.

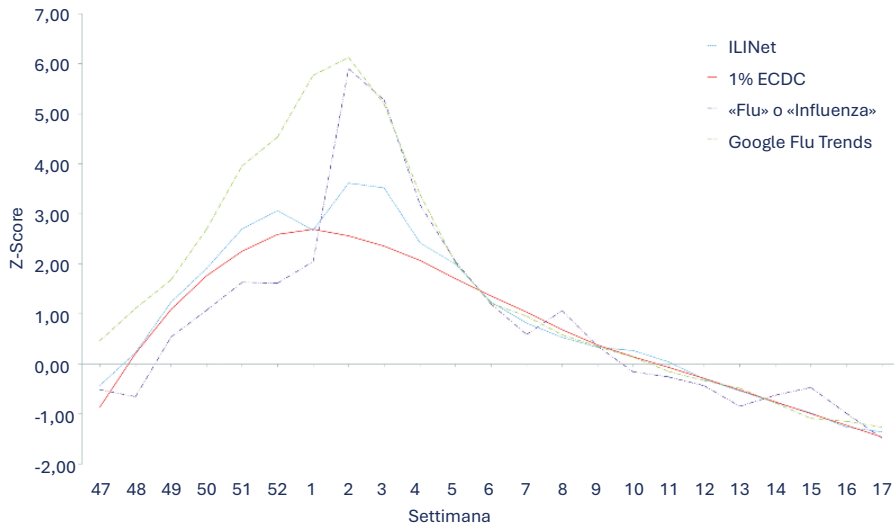


Figura 12. Messaggi compatibili con la definizione di caso di sindrome influenzale a confronto con la sorveglianza tradizionale e con altre fonti digitali (z-score)

Fonte: TEHA Group su dati Gesualdo F., Stilo G., Agricola E. et al. (2013), "Influenza-Like Illness Surveillance on Twitter through Automated Learning of Naïve Language". PLoS One

Queste fonti informative presentano diversi limiti: rumore, sovrastima legata all'uso non clinico dei termini, non rappresentatività della popolazione connessa. In questo senso, l'impiego più solido riguarda la valorizzazione dei testi già prodotti dal sistema sanitario. L'elaborazione automatica del linguaggio naturale applicata alle lettere di dimissione consente di sostenere la sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza anche nelle strutture in cui i dati clinici non sono informatizzati giorno per giorno: in un'esperienza italiana[21], la classificazione manuale di oltre 40.000 lettere ha costituito la base di addestramento di un sistema poi capace di replicare autonomamente il riconoscimento dei documenti associati a infezioni insorte durante il ricovero e di stratificare il rischio, con livelli soddisfacenti di sensibilità e specificità. Per un ospedale disporre di una stima affidabile del proprio carico infettivo è un'informazione rilevante anche ai fini del contrasto all'antimicrobico-resistenza. L'IA rende così utilizzabile un patrimonio informativo già esistente, senza confondere l'automazione della classificazione con la validazione epidemiologica del fenomeno.

L'intelligenza artificiale può inoltre fornire un contributo durante l'intero ciclo di vita del farmaco: identificazione dei target, generazione e ottimizzazione delle molecole, riposizionamento, selezione e stratificazione dei partecipanti ai trial, monitoraggio e farmacovigilanza. Le

19 Gesualdo F., Stilo G., Agricola E. et al. (2013), "Influenza-Like Illness Surveillance on Twitter through Automated Learning of Naïve Language". PLoS One.
20 Gesualdo F., Casigliani V., Arzilli G. et al. (2025), "Social media insights on the introduction of RSV immunoprophylaxis in Italy". Hum Vaccin Immunother.
21 De Angelis L., Baglivo F., Arzilli G. et al. (2023), "Hospital-acquired infections surveillance and prevention: using Natural Language Processing to analyze unstructured text of hospital discharge letters for surgical site infections identification and risk-stratification". Intell Based Med.

prospettive includono i bracci di controllo sintetici e i digital twin – repliche virtuali del paziente alimentate dai suoi dati – che possono rendere più mirata la sperimentazione, ma non sostituiscono la necessità di evidenze cliniche. I principi comuni definiti da EMA e FDA nel 2026 richiamano un approccio basato sulla qualità e tracciabilità dei dati, la validazione proporzionata al contesto d'uso e la supervisione lungo l'intero processo[22].

Distinto dall'impiego nello sviluppo dei farmaci è l'utilizzo dell'IA nella pratica clinica, su cui le evidenze sono in crescita ma richiedono una lettura prudente. Una rassegna sistematica a livello globale ha identificato 86 trial randomizzati, cioè studi in cui l'algoritmo è stato sperimentato su pazienti reali a confronto con la pratica abituale: 70, pari all'81%, hanno riportato un endpoint primario favorevole, ma quasi sempre riferito alla capacità di individuare la condizione ricercata piuttosto che a esiti clinici per il paziente. La prevalenza di sperimentazioni monocentriche – 92% era stato condotto in un solo Paese – e la scarsa caratterizzazione demografica dei campioni riducono la generalizzabilità dei risultati[23].

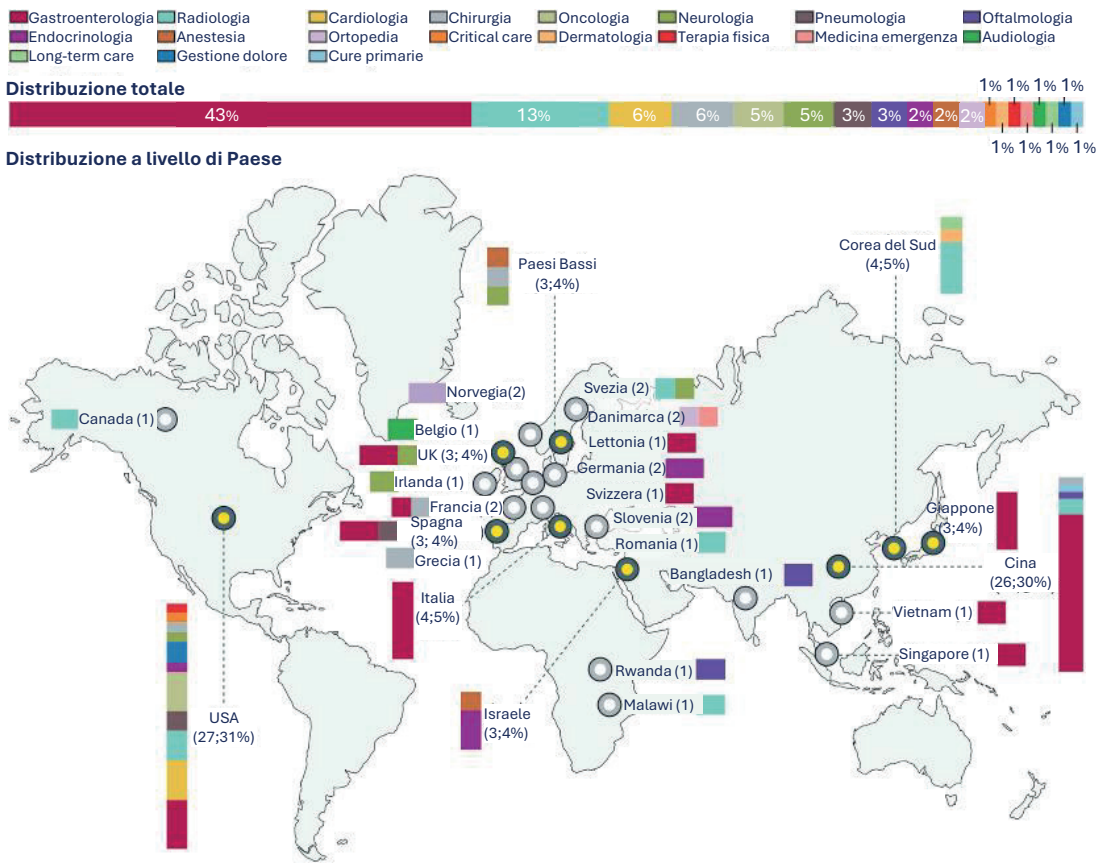


Figura 13. Trial randomizzati controllati sull'intelligenza artificiale nella pratica clinica, per Paese e per specialità (numero e %), 2024

Fonte: TEHA Group su dati Han R., Acosta J.N., Shakeri Z. et al. (2024), "Randomised controlled trials evaluating artificial intelligence in clinical practice: a scoping review". Lancet Digit Health

22 EMA - FDA (2026), "Guiding principles of good AI practice in drug development".
23 Han R., Acosta J.N., Shakeri Z. et al. (2024), "Randomised controlled trials evaluating artificial intelligence in clinical practice: a scoping review". Lancet Digit Health.

Una parte degli studi non si limita a verificare se l'algoritmo individua la condizione, ma misura che cosa cambia nella cura: 18 trial hanno valutato la qualità della gestione clinica e 15 il comportamento e i sintomi del paziente, con risultati favorevoli, ad esempio, sul tempo trascorso entro i valori target di glicemia e pressione. Solo 7 trial hanno valutato l'effetto sulla decisione clinica, con esiti divergenti: l'identificazione dei pazienti con fibrillazione atriale ad alto rischio di ictus non ha prodotto un aumento delle prescrizioni di anticoagulanti. Una previsione corretta non si traduce quindi automaticamente in una decisione diversa.

La valutazione deve quindi spostarsi sempre più verso l'impatto dell'IA nel contesto reale, sia esso in termini di esiti clinici che di efficienza operativa. Il primo trial randomizzato sugli strumenti di documentazione clinica assistita da IA, condotto su 238 medici e circa 72.000 visite, ha rilevato una riduzione fino al 9,5% del tempo dedicato alla stesura della nota e un miglioramento di circa il 7% degli indicatori di burnout, a fronte di imprecisioni occasionali nei testi generati[24].

L'efficacia dell'IA dipende anche dalla qualità dell'interazione tra professionista e algoritmo. Sistemi tecnicamente coerenti possono produrre risultati diversi in funzione di come le raccomandazioni vengono accettate, ignorate o sovrascritte, con due rischi opposti: seguire una raccomandazione errata oppure respingerne una corretta[25].

8.2.3 L'intelligenza artificiale in oncologia

Il cancro rappresenta una delle principali sfide sanitarie a livello italiano e globale. In Italia si stimano circa 390.000 nuove diagnosi di tumore all'anno[26], con mammella, colon-retto, polmone, prostata e vescica tra le sedi più frequenti; nei prossimi 20 anni il numero assoluto di nuovi casi è previsto in aumento, in media dell'1,3% per gli uomini e dello 0,6% per le donne. Parallelamente, si registra una diminuzione complessiva della mortalità oncologica pari a circa il 9% in dieci anni, con tassi migliori rispetto alla media dell'Unione Europea[27].

In oncologia gli sviluppi dell'intelligenza artificiale hanno reso possibili la diagnosi precoce, l'individuazione più appropriata dei trattamenti e percorsi di cura sempre più personalizzati. L'automazione della raccolta e della registrazione degli esiti clinici ha permesso di costruire database complessi e registri tumorali, favorendo l'introduzione di nuovi biomarcatori per la diagnosi, il supporto alle decisioni cliniche, lo sviluppo di farmaci innovativi e la definizione di regimi terapeutici personalizzati. I metodi di apprendimento automatico supervisionato supportano la classificazione dei tumori e la previsione della prognosi; gli strumenti di deep learning supportano il rilevamento delle lesioni nelle immagini e l'estrazione di informazioni dai referti di anatomia patologica; l'elaborazione del linguaggio naturale supporta l'abbinamento dei pazienti agli studi clinici e l'individuazione di potenziali reazioni avverse ai farmaci.

24 Lukac P.J., Turner W., Vangala S. et al. (2025), "Ambient AI Scribes in Clinical Practice: A Randomized Trial". NEJM AI.
25 Ostrovsky D., Haran U., Novack V. (2026), "From technology adoption to noise reduction: Behavioral and psychological dimensions of clinical artificial intelligence deployment". Eur J Intern Med.
26 AIOM (2025), "I numeri del cancro in Italia 2025". Secondo gli ultimi dati raccolti da AIRTUM, in Italia nel 2025 ci sono stati circa 362.000 nuovi casi, escluse le neoplasie cutanee non melanoma. Per approfondire: Fabiano S., Perotti V. et al. (2026), "Estimates of cancer incidence to 2025 in Italy: Numbers and rates". Cancer Epidemiology.
27 AIOM (2025), "I numeri del cancro in Italia 2025".

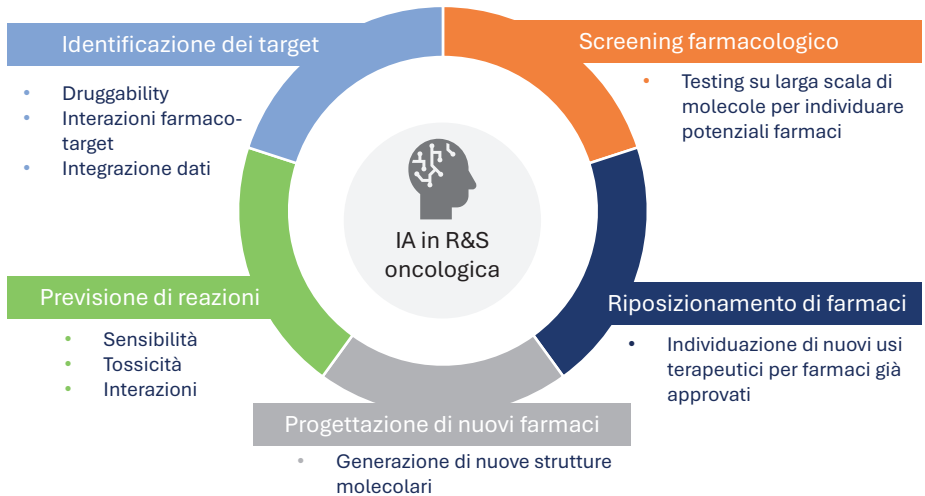


Figura 14. Alcune applicazioni dell'IA nella progettazione e sviluppo di farmaci antitumorali

Fonte: TEHA Group su dati Wang L. et al. (2023), "Advances of Artificial Intelligence in Anti-Cancer Drug Design: A Review of the Past Decade". Pharmaceuticals

Sul versante diagnostico si distinguono i sistemi di rilevazione assistita da computer (CADe), che identificano potenziali anomalie, e quelli di diagnosi assistita (CADx), che supportano il radiologo nella caratterizzazione delle immagini; la fusione di dati multimodali migliora l'accuratezza diagnostica e prognostica, mentre la radiomica trasforma TC, risonanza magnetica e PET in dati quantitativi che rivelano caratteristiche non visibili all'occhio umano. Le applicazioni più diffuse riguardano i carcinomi della mammella, del colon-retto, del polmone e della prostata. Sul versante terapeutico l'IA supporta la scelta del trattamento chemioterapico e la comprensione della resistenza ai farmaci, la previsione della risposta all'immunoterapia e l'identificazione di neoantigeni, la pianificazione della radioterapia con segmentazione automatica delle immagini e adattamento del piano ai cambiamenti anatomici del paziente, e la chirurgia oncologica nelle fasi pre-, intra- e post-operatoria[28].

Negli anni l'oncologia si è confermata l'area terapeutica dove si concentra la ricerca, con circa il 40% dei farmaci in sviluppo a livello globale[29]; coerentemente, oltre il 45% (1.050 dei 2.311) dei trial clinici autorizzati o attivi in Italia a novembre 2025 rientrano nell'area oncologica. In questo ambito l'IA consente lo screening di molecole su larga scala, la progettazione di composti multitarget e la previsione di tossicità e interazioni: secondo le stime disponibili può ridurre del 25-30% i costi e del 40-50% i tempi della fase di scoperta[30]; se si considera che in media servono 10-15 anni e circa 2,6 miliardi di dollari per portare un farmaco sul mercato, si tratta di un risultato straordinario.

28 Tiwari A. et al. (2025), "Current AI technologies in cancer diagnostics and treatment". Mol Cancer.
29 Citeline (2025), "Pharma R&D Annual Review 2025".
30 Jacobson R.D. (2025), "The AI drug revolution needs a revolution". NPJ Drug Discov; Hèrraiz-Gil S. et al. (2025), "Artificial Intelligence-Based Methods for Drug Repurposing and Development in Cancer". Appl Sci; Citeline (2025), "Pharma R.&D Annual Review 2025".

L'IA sta modificando la sperimentazione clinica, ottimizzando il reclutamento dei pazienti, la progettazione degli studi, la previsione di effetti collaterali ed esiti e la gestione dei dati, in particolare nelle fasi II e III, dove la quantità e la complessità delle informazioni da integrare sono maggiori. Un'analisi delle molecole individuate con il contributo dell'IA rileva tassi di successo in Fase I dell'80-90%, contro una media storica intorno al 60%, mentre in Fase II i risultati si allineano alla media di settore: combinando questi valori con i tassi storici della Fase III, la probabilità che una molecola superi l'intero percorso clinico passerebbe dal 5-10% a circa il 9-18%[31].

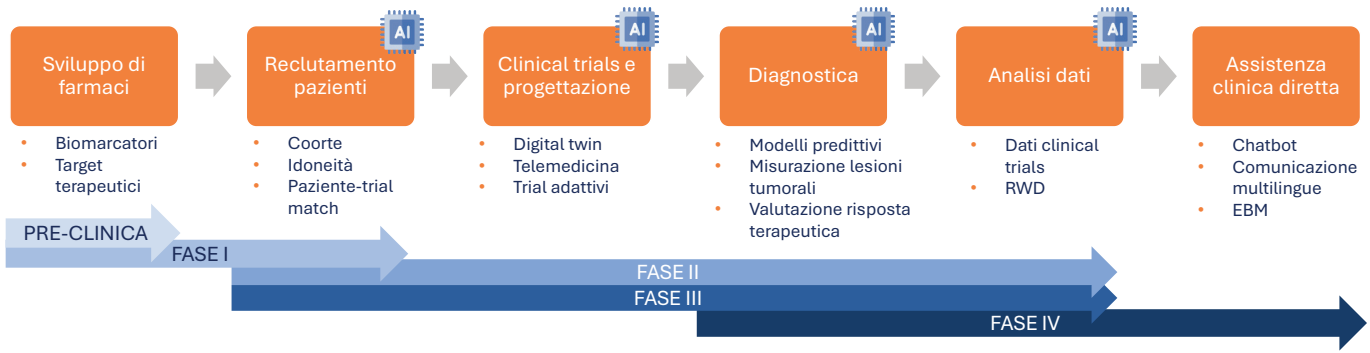


Figura 15. Il contributo dell'intelligenza artificiale nelle diverse fasi della sperimentazione clinica in oncologia

Fonte: TEHA Group (2025), "Oncologia e IA: Verso Nuove Frontiere di Innovazione e Ricerca"

Nella gestione del paziente l'IA può infine promuovere il passaggio a un approccio proattivo e distribuito, con triage automatizzati, monitoraggio remoto di sintomi ed effetti collaterali e assistenti virtuali per la gestione quotidiana delle terapie. L'oncologia è anche uno dei pochi ambiti in cui esiste solida evidenza di beneficio su un esito clinico positivo legato all'innovazione digitale, già prima dell'IA: il monitoraggio sistematico dei sintomi riferiti dal paziente durante il trattamento oncologico si è associato a un miglioramento della sopravvivenza globale[32].

L'IA in oncologia sta rivoluzionando diagnosi, prognosi, cura e gestione del paziente. Tuttavia, per un'integrazione efficace e sicura, è fondamentale affrontare le sfide tecniche, etiche e regolatorie che insorgono in ogni fase, affinché l'innovazione sia sempre bilanciata con la responsabilità verso i pazienti.

31 Jayatunga M.K. et al. (2024), "How successful are AI-discovered drugs in clinical trials? A first analysis and emerging lessons". Drug discovery today.
32 Basch E., Deal A.M., Dueck A.C. et al. (2017), "Overall Survival Results of a Trial Assessing Patient-Reported Outcomes for Symptom Monitoring During Routine Cancer Treatment". JAMA.

8.2.4 Il valore economico dell'IA

Le evidenze economiche disponibili indicano un potenziale rilevante, ma richiedono valutazioni più ampie e robuste. Il valore dell'IA non dipende solo dalla riduzione dei costi: deriva dalla combinazione tra efficienza operativa, aumento della produttività, miglioramento della qualità, riduzione degli errori e maggiore appropriatezza, e si genera attraverso meccanismi diversi – minori costi per paziente, migliore rapporto tra costi e benefici di salute, risparmi complessivi per il sistema e ritorno positivo dell'investimento.

Una revisione sistematica di 19 valutazioni economiche pubblicate tra il 2020 e il 2024 restituisce risultati nel complesso favorevoli e mostra che il risparmio non deriva dalla tecnologia in sé, ma dal modo in cui essa modifica il processo. Nello screening della fibrillazione atriale, un algoritmo di apprendimento automatico che seleziona i soggetti da sottoporre ad accertamento ha mostrato un rapporto incrementale costo-efficacia di 4.847 e 5.544 sterline per anno di vita guadagnato ponderato per la qualità (QALY) rispetto allo screening sistematico e a quello opportunistico, ampiamente al di sotto della soglia di 20.000 sterline adottata dal servizio sanitario britannico: il vantaggio nasce dal minor numero di persone da sottoporre ad accertamento a fronte di un maggior numero di casi individuati. In endoscopia, il supporto alla diagnosi ottica consente di non asportare i polipi di piccole dimensioni classificati come non neoplastici, riducendo il costo medio della colonscopia del 18,9% in Giappone e del 10,9% negli Stati Uniti, pari rispettivamente a 149,2 e 85,2 milioni di dollari di rimborsi annui[33]. Gli stessi autori segnalano però i limiti di queste analisi: costi indiretti, infrastrutture, integrazione, manutenzione, formazione ed equità sono spesso considerati in modo incompleto, e l'esito dipende dal contesto clinico, dalla maturità digitale dell'organizzazione e dal modello di rimborso.

8.3 LO SPAZIO EUROPEO DEI DATI SANITARI[34]

Negli anni, la disponibilità di dati sanitari in Europa è cresciuta più rapidamente della capacità di renderli interoperabili, accessibili e, non ultimo, riutilizzabili per finalità diverse da quella per cui sono stati raccolti. Dati clinici, amministrativi, genomici, radiologici e raccolti nella pratica clinica corrente rimangono distribuiti tra sistemi progettati per finalità diverse, con standard, regole di accesso e livelli di maturità non omogenei. Lo Spazio Europeo dei Dati Sanitari (European Health Data Space, EHDS), proposto dalla Commissione Europea a maggio 2022 come pilastro dell'Unione Europea della Salute, interviene su questa frammentazione con un cambio di scala: non una piattaforma unica, ma un framework condiviso di diritti, regole, infrastrutture e responsabilità per connettere e coordinare l'uso dei dati nell'assistenza con il loro riutilizzo per ricerca, innovazione e programmazione sanitaria.

L'iniziativa non si esaurisce nell'ambito sanitario, ma si inserisce in un più ampio percorso europeo volto a creare degli spazi comuni dei dati in settori economici cruciali e domini di pubblico interesse, fondati su interoperabilità, qualità elevata, regole e valori condivisi, che consentano alle informazioni disponibili di circolare liberamente in un unico grande "mercato unico" dei dati. La scelta di partire dalla salute si spiega con una serie di ragioni tanto contingenti quanto strutturali: la pandemia ha reso evidente sia l'esigenza di accedere tempestivamente a dati affidabili, sia la necessità di presidiare interessi pubblici europei in un contesto di crescente dipendenza da ecosistemi tecnologici extra-UE; a questo si aggiungono l'invecchiamento della popolazione, la sproporzione tra domanda e offerta di prestazioni, l'esigenza di equità nell'accesso alle cure e la crisi delle professioni sanitarie.

33 El Arab R.A., Al Moosa O.A. (2025), "Systematic review of cost effectiveness and budget impact of artificial intelligence in healthcare". NPJ Digit Med. La revisione rimanda tra gli altri agli studi di: Hill N.R., Sandler B., Mokgokong R. et al. (2020), "Cost-effectiveness of targeted screening for the identification of patients with atrial fibrillation: evaluation of a machine learning risk prediction algorithm". J Med Econ, e di Mori Y., Kudo S.E., East J.E. et al. (2020), "Cost savings in colonoscopy with artificial intelligence-aided polyp diagnosis: an add-on analysis of a clinical trial". Gastrointest Endosc Front Med.

34 Si ringrazia la Prof.ssa Fidelia Cascini (Responsabile della Segreteria Scientifica di Presidenza dell'Istituto Superiore di Sanità; Esperto designato dal Ministero della Salute in iniziative nazionali ed europee per la trasformazione digitale dei sistemi sanitari) per i contributi e le puntuali osservazioni sul presente Paragrafo.

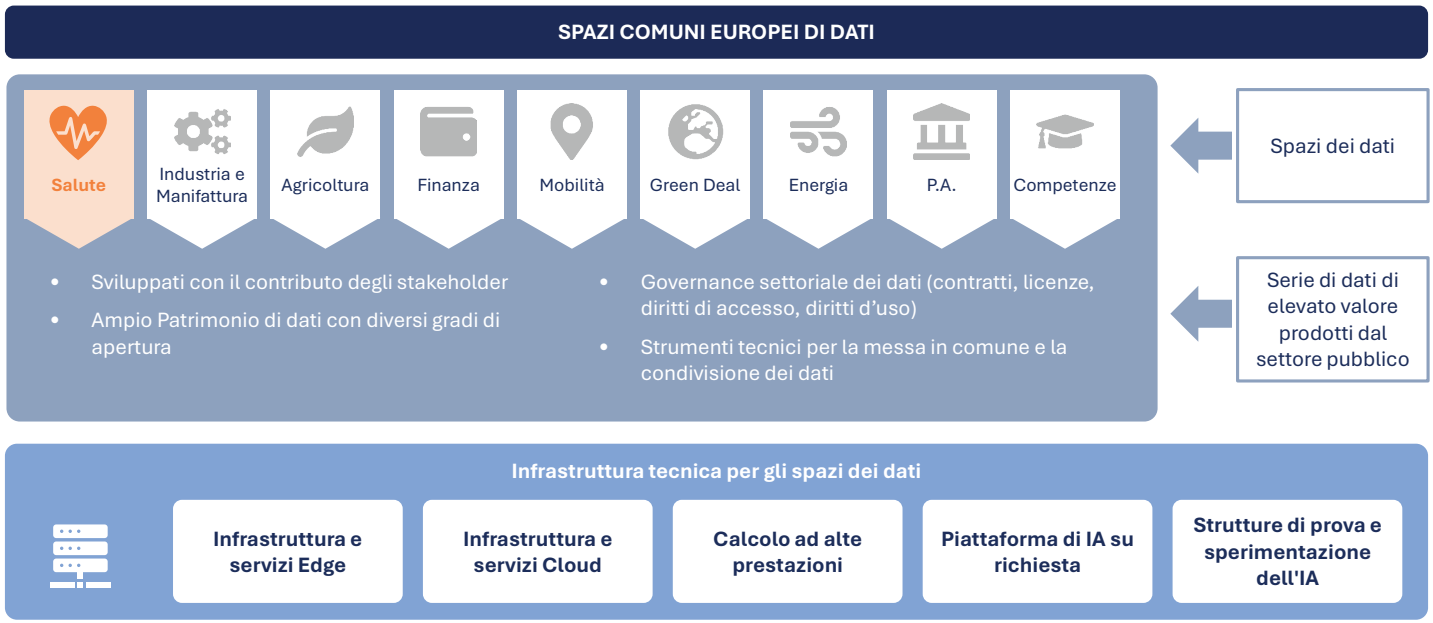


Figura 16. Gli Spazi europei dei dati

Fonte: TEHA Group su dati Commissione Europea, 2026

Il Regolamento (UE) 2025/327 sullo Spazio Europeo dei Dati Sanitari è entrato in vigore nel marzo 2025[35]. Entro marzo 2027 dovranno essere adottati gli atti di esecuzione europei e avviati gli interventi nazionali di coordinamento – dalla designazione delle autorità competenti e dei punti di contatto nazionali all'adeguamento delle infrastrutture – in vista dell'applicazione, da marzo 2029, delle disposizioni sulle prime categorie di dati per l'uso primario e, in via generale, sull'uso secondario. A questa scadenza si collegano le procedure di accesso, gli ambienti sicuri di trattamento e i meccanismi per l'esercizio dei diritti, con estensioni progressive fino al 2035, quando i cataloghi di metadati diventeranno pienamente consultabili a livello transfrontaliero. Un primo step operativo è già avvenuto: nell'aprile 2026 un regolamento di esecuzione ha istituito il Comitato europeo per lo spazio dei dati sanitari, organo di coordinamento tra Paesi membri e Commissione, con cui si rapporteranno i gruppi direttivi preposti alla gestione quotidiana delle infrastrutture abilitanti per l'uso primario (MyHealth@EU) e per l'uso secondario (HealthData@EU),[36] e il forum dei portatori di interessi[37].

35 Più specificamente, il Regolamento è stato prima approvato dal Parlamento europeo nell'aprile 2024, quindi dal Consiglio dei Ministri dell'Unione Europea nel gennaio 2025; è stato infine pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 5 marzo 2025 ed è entrato in vigore il 26 marzo dello stesso anno. Vale la pena ricordare che, trattandosi di un Regolamento, l'EHDS è direttamente applicabile e vincolante in tutti i suoi elementi, senza bisogno di recepimento nazionale.

36 Per approfondimenti: Cascini F. (2026). Articolo 95 - I gruppi direttivi per LaMiaSalute@UE (MyHealth@EU) e DatiSanitari@UE (HealthData@EU). In: Sanità digitale. Regolamento "EHDS" (UE 2025/327) sullo spazio europeo dei dati sanitari. Vol. 2: Commentario.

37 Per approfondimenti: Cascini F. (2026). Articolo 93 - Forum dei portatori di interessi. In: Sanità digitale. Regolamento "EHDS" (UE 2025/327) sullo spazio europeo dei dati sanitari. Vol. 2: Commentario.

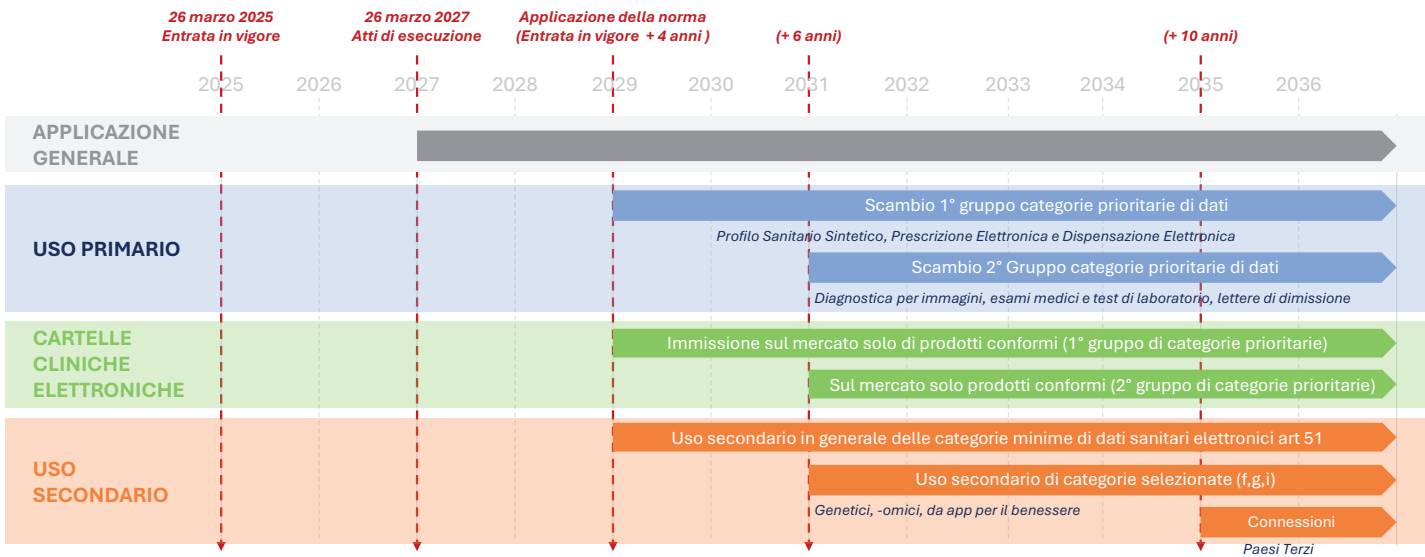


Figura 17. I tempi per l'implementazione dell'Ecosistema Europeo dei Dati Sanitari

Fonte: TEHA Group su dati Commissione Europea, 2026

Il Regolamento non nasce in un vuoto normativo. A differenza delle altre norme europee sui dati, tutte di carattere orizzontale, l'EHDS è però il primo intervento specifico per un settore: una scelta che consente di tenere conto delle caratteristiche dei sistemi sanitari, ma che richiede un raccordo puntuale con il quadro generale. Il riferimento al Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (General Data Protection Regulation, GDPR) del 2016 resta centrale: l'EHDS non lo sostituisce, ma ne estende la portata con una disciplina settoriale sui dati sanitari elettronici, in particolare per l'uso secondario a fini di interesse pubblico. La convivenza tra i due impianti richiede però un equilibrio non semplice: alcuni principi del GDPR – la limitazione della finalità, la minimizzazione dei dati e i limiti alla conservazione – possono circoscrivere la raccolta e l'impiego delle informazioni, mentre il riutilizzo presuppone volumi ampi, orizzonti temporali estesi e finalità non sempre definibili al momento della raccolta[38]. La stessa esigenza di coerenza riguarda il Data Governance Act, la direttiva NIS2 sulla cybersicurezza, il Regolamento sull'intelligenza artificiale e la disciplina dei dispositivi medici e diagnostici in vitro, i cui fabbricanti sono tenuti a dichiarare l'interoperabilità con le cartelle cliniche elettroniche. È una coerenza tutt'altro che formale: l'EHDS funziona come snodo tra regole su dati, sicurezza, algoritmi e tecnologie sanitarie.

38 Per approfondire: Cascini F. (2025), "Secondary Use of Electronic Health Data. Public Health Perspectives, Use Cases and Challenges". SpringerBriefs in Public Health, Springer, Cham.

8.3.1 L'uso primario e l'uso secondario dei dati sanitari

Il Regolamento poggia su due pilastri, distinti per finalità, per infrastruttura e per equilibrio tra accesso e tutela. Il primo riguarda l'uso primario dei dati, cioè il loro impiego nell'attività di assistenza; il secondo l'uso secondario, ossia il riutilizzo per finalità di interesse pubblico quali ricerca, innovazione e programmazione sanitaria.

Il primo pilastro si realizza attraverso l'infrastruttura LaMiaSalute@UE / MyHealth@EU e ha l'obiettivo di rendere i dati rilevanti per l'assistenza accessibili e condivisibili in modo sicuro e tempestivo, anche oltre i confini nazionali. Il nodo non è però la sola connessione tecnica tra sistemi: perché lo scambio produca valore clinico, i dati devono essere comprensibili e utilizzabili secondo significati condivisi, processi definiti e responsabilità chiare. È la triplice dimensione dell'interoperabilità – tecnica, semantica e organizzativa – a cui il Regolamento aggiunge requisiti comuni di cybersicurezza: nessuno Stato membro può esporre a rischio l'intero ecosistema europeo.

L'attuazione procede per gradi, secondo un criterio di complessità crescente. Dal 2029 lo scambio riguarderà le categorie più facilmente standardizzabili: profilo sanitario sintetico, prescrizione elettronica e dispensazione elettronica. Dal 2031 lo scambio si estenderà a diagnostica per immagini, lettere di dimissione, referti di laboratorio ed esami medici, più impegnativi da uniformare. Sempre dal 2029 tutte le nuove cartelle cliniche elettroniche dovranno rispettare i requisiti europei e ciascuno Stato membro dovrà aver designato il proprio punto di contatto nazionale: in Italia il compito spetterà al Ministero della Salute. Per il Fascicolo Sanitario Elettronico[39] questo significa non solo conformità agli standard, ma capacità di integrarsi con i servizi di telemedicina e disponibilità di ambienti digitali per il collaudo.

Le specifiche tecniche necessarie a dare attuazione a questi obblighi sono in corso di definizione. L'azione congiunta europea Xt-EHR – Extended EHR@EU Data Space for Primary Use, avviata alla fine del 2023 e conclusa nell'aprile 2026, ha riunito 50 partner di 29 Paesi con il compito di definire il formato europeo di scambio delle cartelle cliniche (European Electronic Health Record Exchange Format, EEHRxF) e i requisiti tecnici dei sistemi. I documenti prodotti costituiscono la base tecnica degli atti di esecuzione che la Commissione dovrà adottare entro il 2027; il Fascicolo italiano risulta già orientato verso gli standard richiesti, mentre restano aperte alcune questioni sul formato di scambio.

Il beneficio atteso dell'EHDS, nel caso dei dati primari, è intuitivo. Un cittadino europeo che necessita di assistenza in uno Stato membro diverso da quello di residenza potrà essere assistito da un professionista in grado di consultare le informazioni essenziali sul suo stato di salute e la documentazione prodotta all'estero confluirà nel fascicolo del Paese di origine, tradotta e resa interpretabile nella lingua di destinazione. Accanto alla continuità di cura, il Regolamento rafforza i diritti dell'assistito: accesso ai propri dati, gestione delle preferenze di condivisione, facoltà di limitare la visibilità di specifiche informazioni, consultazione del registro degli accessi, segnalazione degli errori e richiesta di rettifica. Vi rientrano anche i dati generati dalla persona, comprese le applicazioni per il benessere.

39 Per approfondire si rimanda al Paragrafo 8.1.

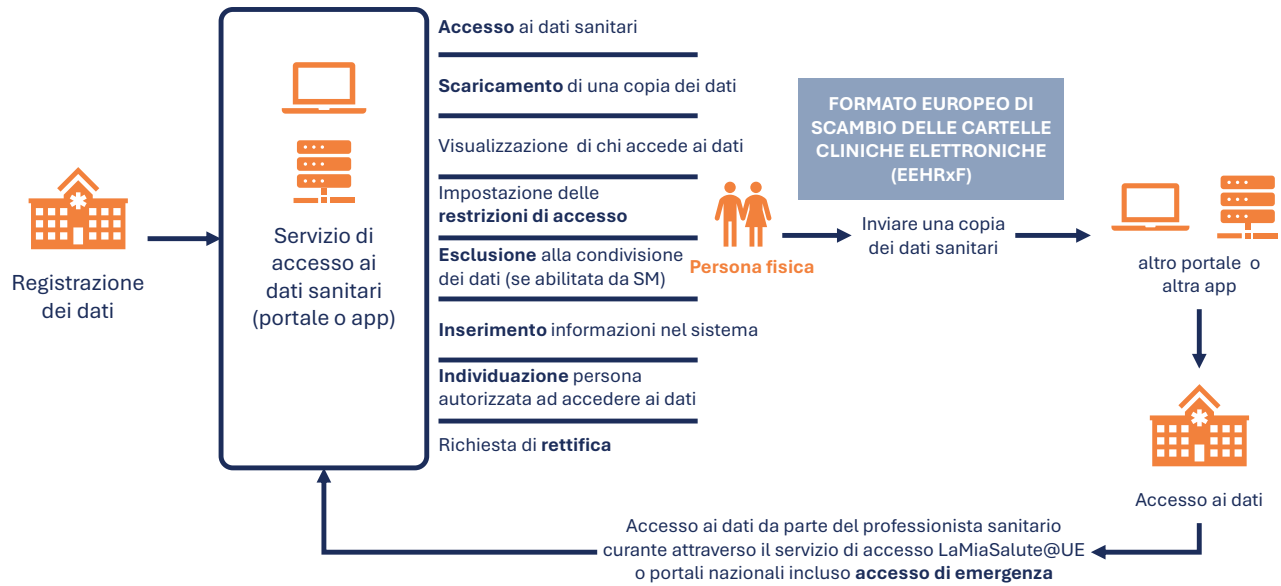


Figura 18. I diritti del paziente nell'ambito dell'uso primario dei dati sanitari

Fonte: TEHA Group su dati Commissione Europea, 2026

Il secondo pilastro, che si realizza attraverso DatiSanitari@UE / HealthData@EU, relativo all'uso secondario dei dati sanitari, rappresenta la parte più innovativa del Regolamento, perché, per la prima volta, disciplina in modo organico la materia. L'uso secondario apre una trasformazione di ampia portata, con ricadute su ricerca, innovazione industriale orientata alla salute, programmazione sanitaria, qualità e sicurezza delle cure, valutazioni e regolamentazioni delle tecnologie sanitarie. È qui che l'EHDS può incidere più profondamente, restituendo valore a un patrimonio informativo oggi disperso e, in molti casi, difficile da riutilizzare.

Il perimetro dei dati utilizzabili è deliberatamente ampio: accanto alle informazioni cliniche e amministrative rientrano registri di salute, malattia e mortalità, dati genomici e delle scienze omiche riferiti sia alle persone sia ai microrganismi, determinanti ambientali e socioeconomici della salute, risultati di studi clinici[40] e di ricerche scientifiche in senso lato. L'estensione risponde a una finalità precisa, quella di rendere possibili analisi capaci di integrare le dimensioni clinica, biologica, organizzativa, ambientale e sociale della salute, che i singoli archivi settoriali non consentono di mettere in relazione. Le finalità ammissibili sono ancorate all'interesse pubblico, ma non sempre per tutti: alcune finalità di salute pubblica possono essere riservate agli enti del settore pubblico, mentre restano accessibili a tutti la ricerca scientifica, anche industriale orientata alla salute, e il miglioramento delle cure e delle organizzazioni sanitarie[41].

40 I dati delle sperimentazioni cliniche sono conferibili a studio concluso, con misure a tutela della proprietà intellettuale e dei segreti commerciali che l'organismo responsabile dell'accesso è sempre chiamato a bilanciare con la massima apertura possibile.

41 Cascini F. (2025), "Secondary Use of Electronic Health Data. Public Health Perspectives, Use Cases and Challenges". SpringerBriefs in Public Health, Springer, Cham. Si segnala inoltre una recente pubblicazione dell'OCSE, che richiama l'esigenza di criteri trasparenti e chiari per valutare l'interesse pubblico nell'uso secondario dei dati sanitari, favorendo decisioni di accesso coerenti e in grado di tutelare privacy, equità e fiducia dei cittadini. Per approfondire: OCSE (2026), "Determining public interest in the secondary use of health data".

Il cambiamento più significativo riguarda il rapporto tra consenso, accesso e protezione. Finora il riutilizzo dei dati sanitari ha richiesto un'autorizzazione preventiva dell'interessato (opt-in): senza consenso esplicito il dato non poteva essere impiegato. Il Regolamento rovescia l'impostazione: per le finalità ammesse opera un diritto di esclusione (opt-out),[42] per cui i dati possono essere utilizzati salvo che la persona dichiari di non volerlo, in qualsiasi momento e senza obbligo di motivare la scelta. Il baricentro della tutela si sposta così dall'autorizzazione del singolo alle salvaguardie del sistema: anonimizzazione o pseudonimizzazione, ambienti sicuri di trattamento, controllo delle autorità competenti, tracciabilità delle operazioni, minimizzazione e vincoli di finalità. Il dato non viene liberalizzato, ma reso accessibile all'interno di un'infrastruttura regolata.

L'esclusione non ha effetto retroattivo, non può invalidare analisi già avviate e può essere superata in casi di particolare interesse pubblico, quali emergenze sanitarie e minacce transfrontaliere. Dal 2029 l'operatività riguarderà tutte le categorie di dati, con l'eccezione iniziale di quelli genetici e omici e di quelli generati dalle applicazioni per il benessere, più esposti a rischi di re-identificazione e profilazione. L'efficacia del meccanismo dipende però dalla sua accettazione sociale: la disponibilità a condividere i propri dati è più bassa per il riutilizzo collettivo che per l'assistenza individuale.

A rendere operativo questo impianto sono gli organismi responsabili dell'accesso ai dati sanitari (Health Data Access Bodies, HDAB), che ricevono e valutano le domande e rilasciano il permesso di trattamento[43]. Perché il sistema funzioni, ai titolari dei dati corrisponde un obbligo, non una facoltà, di mettere a disposizione le informazioni di cui dispongono. Ne deriva un percorso obbligato per l'utente – ricercatore, ente pubblico o impresa – che muove dalla consultazione dei cataloghi di metadati nazionali ed europei, prosegue con la domanda di accesso e si conclude con l'analisi in ambiente sicuro, senza possibilità di acquisire copie liberamente trasferibili dei dati. A processo concluso vige infine l'obbligo di pubblicare i risultati, che restituisce alla collettività il valore generato dal riuso.

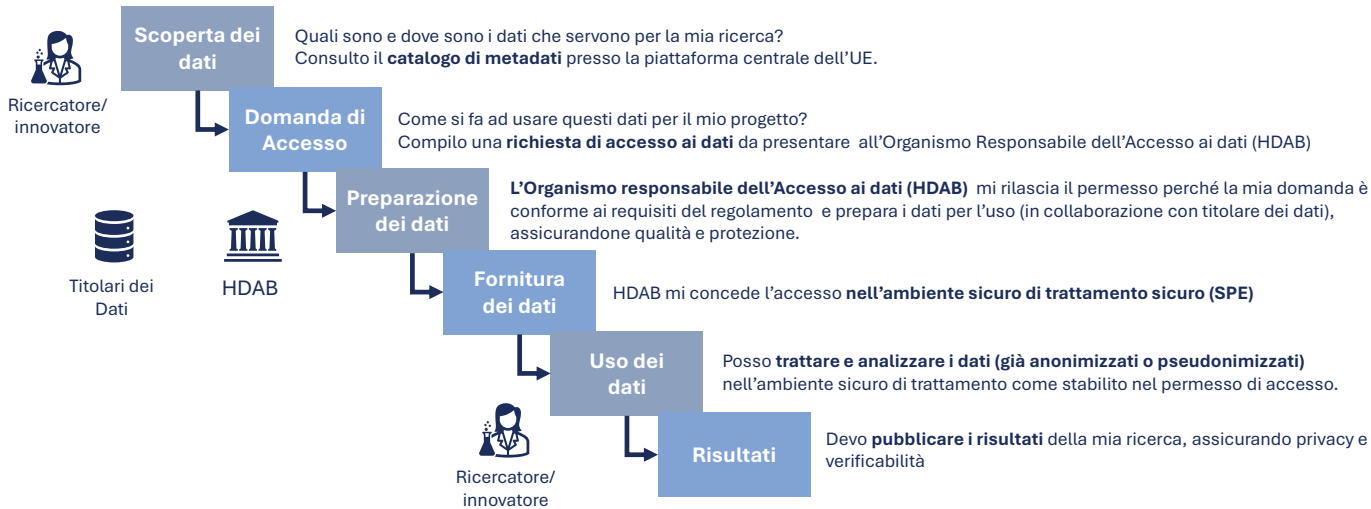


Figura 19. Processo di accesso ai dati per uso secondario

Fonte: TEHA Group su dati Commissione Europea, 2026

42 Cascini F. (2026). "Uso secondario dei dati sanitari nell'ecosistema EHDS: profili obbligatori e facoltativi per i Paesi membri", in Aa. Vv., Sanità digitale. Regolamento "EHDS" (UE 2025/327) sullo spazio europeo dei dati sanitari. Volume I.I., a cura di A. Morace Pinelli, Pisa (Pacini Giuridica).

43 Il permesso di trattamento è l'autorizzazione che stabilisce quali dati possono essere utilizzati, da chi, per quale finalità, con quali limiti e per quanto tempo, entro un termine di 3 mesi prorogabili di altri 3 nei casi complessi.

La riuscita dell'EHDS dipenderà anche dalla qualità dei dati messi in circolo, e su questo fronte il Regolamento introduce un impianto strutturato. Per i dataset contenenti dati sanitari elettronici raccolti e trattati con il sostegno di finanziamenti pubblici dell'UE o nazionali, compresi quelli del Servizio Sanitario Nazionale, ad esempio per i registri, è previsto un marchio di qualità e utilità che rende trasparenti qualità tecnica, completezza, periodo temporale coperto e usi potenziali. Il marchio di qualità e utilità è strettamente correlato al catalogo dei metadati disciplinato all'art.77, il cui atto di esecuzione è il Regolamento (UE) 2026/2098 di recente pubblicazione. Questo articolo, dedicato ai cataloghi di metadati per facilitare la scoperta di dataset destinati all'uso secondario, introduce un quadro comune europeo basato sulla adozione di un modello condiviso noto con il nome HealthDCAT-AP: la disponibilità di cataloghi interoperabili in tutta l'UE attraverso questo modello, consentirà di migliorare la trasparenza, la reperibilità e la conoscenza del patrimonio informativo sanitario disponibile nei diversi Paesi membri.

I prossimi mesi saranno decisivi perché vi si concentra la produzione degli atti di esecuzione, con scadenza marzo 2027: moduli standard per la domanda di accesso ai dati, caratteristiche degli ambienti sicuri di trattamento, disciplina del marchio di qualità e utilità, tariffe, sanzioni e criteri per l'esclusione dei dati dall'uso secondario. Il lavoro degli atti di esecuzione è stato preceduto da azioni congiunte e azioni di coordinamento e supporto finanziate dall'Unione, che hanno elaborato le specifiche tecniche poi recepite dalla Commissione. Ad esempio, l'azione congiunta TEHDAS2 (Towards the European Health Data Space 2), avviata nel maggio 2024 e in chiusura a dicembre 2026, riunisce oltre 60 organizzazioni di 29 Paesi europei, tra cui l'Italia, e sta definendo le regole operative su scoperta, accesso, preparazione e utilizzo dei dati: l'ultima consultazione pubblica, conclusa a giugno 2026, ha riguardato 7 bozze di linee guida, tra cui quella sull'accesso ai dati da parte di soggetti stabiliti in Paesi terzi, la cui redazione è stata guidata dall'Italia. Le azioni di supporto coprono ambiti più circoscritti: QUANTUM sviluppa il quadro comune per valutare qualità e utilità dei dataset, mentre SHAIPED affianca gli organismi responsabili dell'accesso nella definizione dei percorsi per l'impiego dell'IA come dispositivo medico, affrontando le difficoltà di conformità che ne derivano per i produttori. Sono queste specifiche, nel loro insieme, a consentire che l'EHDS diventi un ecosistema funzionante senza restare una cornice giuridica priva di operatività. L'esperienza del GDPR mostra che l'assenza di un livello interpretativo condiviso prima dell'attuazione produce applicazioni divergenti tra Paesi membri, Regioni e singole Istituzioni sanitarie.

La questione non è però solo tecnica. Rispettare il termine di 3 mesi per il rilascio dei permessi, ad esempio, in un contesto competitivo richiede processi dedicati, competenze specialistiche e strutture tecnico-scientifiche di supporto. Poiché non tutte le richieste ricadranno nella competenza dei comitati etici, serviranno anche in Italia percorsi di valutazione proporzionati al rischio, alle finalità e alla tipologia dei dati richiesti: appoggiarsi agli assetti esistenti, già gravati da carichi elevati, riprodurrebbe i colli di bottiglia che hanno penalizzato l'Italia nella sperimentazione clinica. Il margine di discrezionalità lasciato ai Paesi membri configura infatti il principale rischio di riprodurre la frammentazione che il Regolamento intende superare.

8.3.2 Le condizioni per l'attuazione dell'EHDS in Italia

Lo Spazio Europeo dei Dati Sanitari rappresenta per l'Italia una sfida normativa e organizzativa. L'uso primario chiama in causa anzitutto il Fascicolo Sanitario Elettronico, infrastruttura nazionale su cui costruire l'allineamento ai requisiti europei: in linea con quanto prevede il PNRR, occorrerà rendere i sistemi regionali interoperabili, sicuri e capaci di dialogare con MyHealth@EU, intervenendo su standardizzazione e qualità dei dati, semantica clinica, gestione delle preferenze del cittadino e integrazione con la telemedicina. L'Ecosistema Dati Sanitari è il livello su cui questo allineamento diventa praticabile: raccogliendo in un'unica infrastruttura i documenti prodotti dai fascicoli regionali, consente di applicare standard, controlli di qualità e regole di accesso uniformi senza intervenire separatamente su 21 sistemi.

L'uso secondario pone una sfida ancora maggiore perché il sistema italiano presenta flussi informativi distribuiti e competenze collocate presso soggetti pubblici diversi. Questa distribuzione orienta verso un assetto con più autorità competenti per l'uso secondario, con medesime responsabilità ma ruoli complementari, anche in ottica di sostenibilità: Ministero della Salute per la programmazione, AGENAS per il monitoraggio e la qualità e sicurezza delle cure, Istituto Superiore di Sanità per la ricerca, ISTAT per la statistica. La governance ha intanto trovato una sede: la Cabina di regia nazionale per l'attuazione del Regolamento (UE) 2025/327, istituita nel febbraio 2026 e insediata a maggio presso il Ministero della Salute, riunisce le amministrazioni centrali, gli enti tecnici del SSN e le Regioni, insieme alla rappresentanza italiana nel Comitato europeo EHDS[44].

Una questione ancora aperta riguarda gli ambienti di trattamento sicuri. Il Regolamento li colloca sotto il controllo degli organismi responsabili dell'accesso ai dati, ma non impone che siano costruiti ex novo né ospitati presso di essi: possono essere messi a disposizione da soggetti terzi qualificati, purché restino garantiti controllo pubblico e responsabilità definita. In parallelo, acquistano rilievo nuovi soggetti nel ruolo di titolari di dati sanitari affidabili, riconosciuti formalmente a livello nazionale: nessuno degli enti oggi candidati a esercitare le funzioni di organismi responsabili dell'accesso ai dati dispone da solo della capacità di calcolo necessaria a elaborare algoritmi su grandi volumi di dati, e la collaborazione con consorzi di calcolo o infrastrutture di ricerca diventa quindi una necessità tecnica, non una scelta organizzativa. A questo si aggiungono l'esigenza di definire un modello tariffario proporzionato ai costi, che il Regolamento consente di non applicare a persone fisiche e microimprese, e soprattutto l'impegno di destinare all'attuazione dell'EHDS risorse proprie: le sovvenzioni europee possono sostenere l'avvio, ma un'infrastruttura nazionale richiede investimenti, competenze e capacità amministrativa, continuativi nel tempo.

L'EHDS è, tra le altre finalità, destinato anche a diventare l'infrastruttura su cui poggia lo sviluppo dell'intelligenza artificiale in sanità a livello europeo. Il rapporto con il Regolamento sull'intelligenza artificiale è molto stretto: l'AI Act definisce i requisiti dei sistemi di IA, l'EHDS abilita l'accesso regolato ai dati necessari per svilupparli, testarli, validarli e sorvegliarli nel tempo. Poiché le evidenze si spostano dall'autorizzazione iniziale alla verifica continua sui dati d'uso reale, anche nel nostro Paese gli organismi individuati quali responsabili dell'accesso ai dati sanitari sono destinati a evolvere da autorità amministrative a nodi del sistema, con un carico di lavoro crescente che impone di rafforzarne per tempo le capacità; tanto più che le modifiche al calendario di applicazione dell'IA Act non modificano l'impianto dello Spazio Europeo dei Dati Sanitari, ma incidono sull'ecosistema in cui esso dovrà operare.

La sfida dell'EHDS non è quindi prettamente normativa, ma richiede un impegno multistakeholder e multilivello: allineamento tra livello europeo e nazionale, collaborazione tra pubblico e privato e competenze di gestione del dato, sicurezza, interoperabilità e valutazione. Dato che il Regolamento si applica a tutti i Paesi membri dell'UE, la differenza non si misurerà sulla conformità formale ma sulla velocità con cui ciascun Paese saprà tradurlo in infrastrutture funzionanti. Per l'Italia, il punto decisivo sarà arrivare al 2029 con un ecosistema pronto: Fascicolo Sanitario Elettronico conforme agli standard europei EHDS per l'uso primario, punti di contatto nazionali operativi sia per l'uso primario che per l'uso secondario, cataloghi di metadati interoperabili su scala europea, ambienti di trattamento dei dati sicuri, meccanismi di esclusione dall'uso secondario accessibili a tutti i cittadini, processi autorizzativi rapidi e capacità di calcolo adeguata. È la condizione perché l'EHDS sia interpretato e gestito come una leva di sviluppo per una migliore gestione della salute e della sanità anziché come l'ennesimo adempimento da rincorrere.

44 La Cabina di Regia opera attraverso 4 gruppi tecnici – governance, interoperabilità, uso primario e uso secondario – con il compito di coordinare l'attuazione nazionale, monitorare le scadenze e sostenere la partecipazione italiana ai lavori europei. I decreti del Ministro della Salute del 20 febbraio e del 15 aprile 2026 sono disponibili alla pagina https://www.pnrr.salute.gov.it/it/news-e-media/notizie/sanita-digitale-istituita-la-cabina-di-regia-nazionale-lattuazione-dello/

8.4 I PILASTRI DELLA TRASFORMAZIONE DIGITALE

L'introduzione di piattaforme, flussi informativi e strumenti di supporto alle decisioni implica una revisione dei processi, dei ruoli professionali e delle responsabilità. Formazione, conoscenza ed empowerment degli attori coinvolti, così come regole chiare e condivise, non sono elementi accessori, ma condizioni essenziali, al pari delle infrastrutture tecnologiche.

In loro assenza, infrastrutture e strumenti, a partire dall'intelligenza artificiale, restano inutilizzati o impiegati in modo difforme, rappresentando un onere aggiuntivo anziché un supporto per i professionisti.

8.4.1 La formazione e le competenze dei professionisti

Una ricognizione sistematica delle iniziative di formazione in sanità pubblica digitale avviate in 5 Paesi europei – Italia, Germania, Francia, Spagna e Regno Unito – tra il 2020 e il 2025 ha censito 367 iniziative, di cui il 56,7% concentrato nel biennio 2024-2025. D'altra parte, oltre tre quarti delle iniziative sono costituite da sessioni congressuali (54,5%) e da webinar o seminari (22,3%), utili a sensibilizzare più che a costruire competenze consolidate. In aggiunta, il 69,5% delle iniziative è promosso da associazioni scientifiche e professionali, mentre appena il 30,5% da Istituzioni accademiche e di ricerca: se da un lato il mondo dei professionisti sanitari sembra essere al passo con gli sviluppi dell'IA, i curricula universitari appaiono in ritardo.



Figura 20. A sinistra: Iniziative formative su sanità digitale e IA a supporto della sanità pubblica (numero), 2020-2025. A destra: Distribuzione delle iniziative per modalità (% sul totale), 2020-2025

Fonte: TEHA Group su dati Gorga A., Barbati C., Airapetian M. et al. (2026), "Mapping digital public health training: are we preparing the European workforce?". Front Public Health

Disomogeneità emergono anche sul piano dei contenuti. Le iniziative mappate trattano soprattutto argomenti di interesse generale, come l'uso degli strumenti digitali (66,8% delle iniziative) e la leadership per la trasformazione (53,1%), mentre temi tecnici come la gestione dei dati e gli aspetti etico-regolatori (41,4%) sono meno diffusi. L'uso sicuro, etico e sostenibile dell'intelligenza artificiale è stato trattato nel 35,7% delle iniziative, con un aumento significativo negli anni. Nonostante l'impatto sulla qualità della vita e la prevenzione, l'alfabetizzazione sanitaria digitale e i determinanti digitali della salute (23,2%) e ancor più l'infosfera e la disinformazione (2,5%) risultano marginali.

La mancanza di un'offerta formativa adeguata sin dagli anni dell'università trova riscontro nella survey 2026 dell'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano: il 61% dei medici specialisti e di medicina generale rispondenti usa già l'IA generativa, ma la competenza reale è scarsa: solo una piccolissima percentuale (2%) possiede competenze buone o ottime e appena un terzo ha preso parte a programmi di formazione sul tema. Di conseguenza, appena il 17% è in grado di riconoscere contenuti prodotti artificialmente e meno della metà è consapevole che il controllo degli output rientra nella propria responsabilità professionale.

Il confronto europeo conferma il ritardo: l'Italia è all'ultimo posto tra i principali Stati europei per quota di professionisti sanitari con competenze specifiche sull'intelligenza artificiale, condizione che rischia di limitare la diffusione degli strumenti nella pratica.

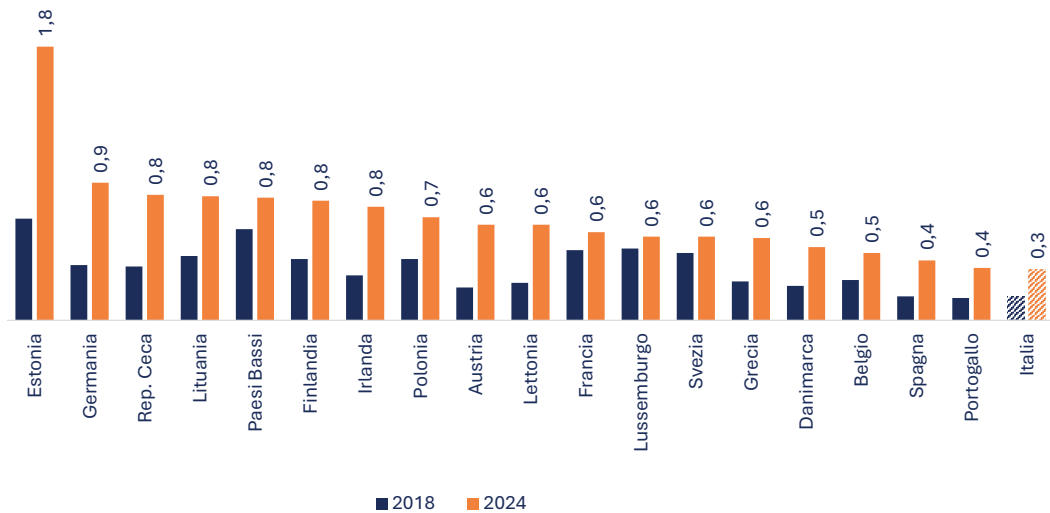


Figura 21. Professionisti sanitari con competenze nell'ambito dell'intelligenza artificiale in alcuni Paesi europei (%), 2018 e 2024

Fonte: TEHA Group su dati OCSE (2026), "Progress in Implementing the European Union Coordinated Plan on Artificial Intelligence (Volume 2): Uptake in High-Impact Sectors"

Il ritardo non riguarda però la ricerca: se si guarda all'IA nel suo insieme, nel 2025 l'Italia è sesta al mondo per numero di pubblicazioni scientifiche, seconda nell'Unione Europea solo alla Germania. Il problema italiano non è dunque la capacità di produrre conoscenza, peraltro a fronte di risorse economiche e infrastrutturali spesso limitate, ma quella di trasferirla a chi lavora. Nel monitoraggio europeo sul decennio digitale l'Italia nello stesso anno resta sotto la media UE per competenze digitali di base della popolazione, con il 54,2% a fronte del 60% europeo, seppure in miglioramento negli anni – nel 2021 la popolazione con competenze digitali di base era pari al 45,7%.

8.4.2 Fiducia, equità ed efficacia dell'IA e degli strumenti digitali

La fiducia nell'innovazione in generale, e nell'intelligenza artificiale in particolare, rappresenta l'esito di condizioni verificabili: utilità dimostrata, sicurezza, trasparenza proporzionata al rischio, tutela dei dati, supervisione umana e responsabilità identificabili. Come analizzato nei paragrafi precedenti i medici, in Italia come all'estero[45], individuano nella validazione di sicurezza ed efficacia, nelle garanzie sulla privacy, nella chiarezza delle regole sulla responsabilità in caso di errore, gli elementi chiave per un utilizzo dell'IA in sicurezza.

45 Per approfondire: American Medical Association (2026), "2026 Physician Survey on Augmented Intelligence". Center for Digital Health and AI.

Un secondo ostacolo, comune all'IA e alle tecnologie digitali che la incorporano, è rappresentato dalle distorsioni che emergono nelle fasi di raccolta e preparazione dei dati, di addestramento del modello e di valutazione e applicazione degli output. Una prima distorsione nasce prima ancora che i dati siano raccolti: non tutti acconsentono a condividere le proprie informazioni sanitarie e chi lo fa ha in media un livello di istruzione più alto. Gli archivi che ne derivano rappresentano quindi meno le persone più fragili, e gli algoritmi addestrati su quei dati rischiano di funzionare peggio proprio per loro. Le misure di mitigazione vanno calibrate sul contesto clinico e sul rischio per il paziente: non esiste una metrica unica valida per tutti i casi d'uso.

Fase	Tipo di bias	Descrizione
Pre-processing (raccolta, selezione ed elaborazione dei dati)	Bias di selezione	Modalità di selezione o campionamento dei dati utilizzati per l'addestramento portano alla costruzione di dataset non rappresentativi della popolazione target.
	Bias di misurazione	La definizione, il rilevamento o la quantificazione di variabili e caratteristiche producono una sovra- o sotto-rappresentazione sistematica di gruppi, attributi o fenomeni clinici.
	Bias di rappresentazione	Il dataset non riflette in modo adeguato la variabilità e l'eterogeneità delle popolazioni cui il sistema è destinato.
	Bias esplicito	Decisioni intenzionali nella selezione, esclusione o preparazione dei dati che introducono pattern discriminatori.
	Bias implicito	Decisioni non intenzionali o inconsapevoli che generano dataset distorti, spesso come effetto di disuguaglianze strutturali già presenti nel contesto di raccolta dei dati.
In-processing (costruzione e addestramento del modello)	Bias algoritmico	L'algoritmo amplifica distorsioni già presenti nei dati di training oppure incorpora bias riconducibili alla progettazione del modello, alla funzione obiettivo o alla procedura di ottimizzazione.
	Bias esplicito	Manipolazioni deliberate dell'algoritmo o del processo di addestramento che introducono o accentuano disparità tra gruppi.
	Bias implicito	Scelte di progettazione del modello che incorporano involontariamente inequità sociali preesistenti, spesso per insufficiente consapevolezza metodologica o supervisione.
Post-processing (valutazione, calibrazione degli output prodotti dal modello)	Bias di valutazione	Valutazione delle prestazioni che non rilevano o non considerano differenze sistematiche tra gruppi demografici, con il rischio di mascherare esiti clinici meno favorevoli in sottopopolazioni specifiche.
	Bias esplicito	Manipolazioni intenzionali degli output del modello o delle soglie decisionali che influenzano in modo sproporzionato specifici gruppi di pazienti.
	Bias implicito	Criteri decisionali, regole di soglia o modalità di interpretazione degli output producono disparità non intenzionali perché fattori rilevanti di equità vengono trascurati.

Figura 22. Tipologie di distorsione nelle fasi di pre-elaborazione dei dati, addestramento del modello e valutazione/applicazione degli output nei sistemi di IA in sanità

Fonte: TEHA Group su dati Chinta S.V., Wang Z., Palikhe A. et al. (2025), "AI-driven healthcare: A review on ensuring fairness and mitigating bias". PLOS Digit Health

Il divario ha anche una dimensione geografica. Un'analisi recente[46] mostra che le aree rurali presentano bisogni di salute maggiori – mortalità, cronicità e svantaggio socioeconomico crescono al diminuire della densità abitativa – ma dispongono di meno risorse professionali e di una minore capacità di adottare l'intelligenza artificiale; gli algoritmi addestrati prevalentemente su popolazioni urbane risultano inoltre poco trasferibili. Senza correttivi espliciti, l'IA rischia quindi di portare meno innovazione proprio dove il bisogno è maggiore.

46 Hwang Y.M., Rice B.T., Hernandez-Boussard T. (2026), "The Inverse Care Law in the Age of AI. Geographic Disparities in Health Care Technology Access", NEJM AI.

Ciononostante, i quadri regolatori affrontano il tema dell'equità solo in parte: una revisione di OMS/Europa[47] su 154 studi pubblicati tra il 2015 e il 2024 rileva che l'equità è richiamata in quasi tutte le strategie di sanità digitale, ma raramente tradotta in requisiti verificabili: nessuna norma impone di dimostrare che una tecnologia funzioni anche per le popolazioni più svantaggiate, e il monitoraggio successivo quasi mai verifica se le disuguaglianze si riducano o si amplino. Sul versante dei cittadini la propensione all'utilizzo risulta invece elevata. Un'indagine su 2.073 over 65 residenti nelle aree interne di Toscana, Lombardia, Veneto e Calabria rileva che il 58% ritiene che la tecnologia possa aiutare a controllare meglio le proprie condizioni di salute e il 70% si dichiara disponibile a sperimentare nuovi strumenti di monitoraggio, ma soltanto il 17% li utilizza già.

La stessa indagine indica dove intervenire per ridurre questo scarto: il livello di fiducia non risulta correlato a età, genere o presenza di malattie croniche, ma al titolo di studio. Non si tratta quindi di una questione anagrafica, ma di competenze: chi non dispone degli strumenti per valutare questi servizi tende a non fidarsene, e infatti chi dichiara di non sapere se siano utili ricade con alta probabilità nel gruppo a bassa fiducia.

Le azioni di alfabetizzazione devono quindi rivolgersi a chi non ha elementi per giudicare, più che a chi è diffidente: in una revisione di 116 studi e oltre 228.000 partecipanti, la disponibilità a condividere i propri dati genomici per la ricerca è passata dal 65% all'89% dopo la somministrazione di materiale informativo. La fiducia conserva però un peso autonomo, legato al destinatario più che al tipo di dato: la disponibilità a condividere i propri dati passa dal 77,9% per il servizio sanitario e dal 65,7% per le università al 26,4% per i soggetti commerciali.

Gli stessi interventi di sanità digitale possono contribuire a ridurre il gap esistente, anche se non è scontato. Una revisione sistematica di 39 studi pubblicati tra il 2013 e il 2024 rileva che gli interventi di sanità digitale – applicazioni, portali, telemedicina e strumenti multimediali – migliorano l'alfabetizzazione sanitaria, ma con effetti variabili per età, competenze digitali e condizione socioeconomica[48].

L'innovazione digitale, come accennato nei paragrafi precedenti, può contribuire anche a migliorare gli outcome clinici. Anche in questo caso, tuttavia, i risultati preliminari non sono unidirezionali. Una meta-analisi di 23 studi randomizzati condotti nelle cure primarie europee non rileva differenze significative tra interventi di sanità digitale e assistenza tradizionale nella gestione delle cronicità – ricoveri, qualità della vita, emoglobina glicata, peso, sintomi depressivi e ansiosi – con la sola eccezione di un lieve miglioramento della pressione sistolica[49]. Esiti analoghi, con certezza delle prove bassa o molto bassa, emergono per i pazienti con multimorbidità[50] e per gli strumenti di supporto all'autogestione[51].

Un terzo ambito riguarda la qualità della comunicazione con il paziente. Uno studio su 104 scenari ambulatoriali ha valutato la capacità dei modelli generativi di riformulare le istruzioni per l'assunzione dei farmaci in un linguaggio adeguato al livello di istruzione del paziente: le indicazioni sono risultate accettabili nel 94,3% dei casi, ma gli errori restano frequenti, soprattutto per le terapie a breve termine e per i farmaci che richiedono aggiustamenti di dosaggio[52].

47 OMS/Europa (2026), "Equity across the regulation, implementation and evaluation of Digital Health. Scoping review".
48 Causio F.A., Gandolfi S., Kaur J. et al. (2025), "Impact of Digital Health Interventions on Health Literacy: A Systematic Review with Quality Appraisal". medRxiv, preprint.
49 Ambrosi E., Mezzalira E., Canzan F. et al. (2025), "Effectiveness of Digital Health interventions for chronic conditions management in European primary care settings: Systematic review and meta-analysis". Int J Med Inform.
50 Qiu R., Feng H., Li X., Zhou H. (2026), "Effectiveness and Implementation of Digital Health Interventions on Physiological, Psychological, and Functional Outcomes in Adults With Multimorbidity: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials". J Med Internet Res.
51 Longhini J., Pedrotti D., Foladori F. et al. (2026), "Effectiveness of Digital Health Interventions to Improve Self-Care in Patients with Chronic Diseases: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials". J Med Internet Res.
52 Reis Z., Pagano A., Ramos de Oliveira I. (2024), "Evaluating Large Language Model–Supported Instructions for Medication Use: First Steps Toward a Comprehensive Model". Mayo Clin Proc Digit Health.

8.4.3 Strategie, regole e sfide nell'adozione dell'IA

L'integrazione dell'intelligenza artificiale nei sistemi sanitari europei, come anticipato nel Paragrafo 8.2, entra ora nella fase più complessa: tradurre principi e regole in capacità operative. Il Regolamento europeo sull'intelligenza artificiale (AI Act), lo Spazio Europeo dei Dati Sanitari, il GDPR e la disciplina dei dispositivi medici definiscono un quadro più strutturato per dati, algoritmi e responsabilità cliniche; le evidenze internazionali mostrano però che strategie dedicate, organismi di vigilanza, valutazione dopo l'adozione e formazione restano disomogenei.

L'AI Act – Regolamento (UE) 2024/1689 – introduce una classificazione dei sistemi di intelligenza artificiale per livello di rischio e obblighi proporzionati per fornitori, produttori e utilizzatori[53]. Gran parte delle applicazioni sanitarie ricade nella categoria ad alto rischio, soggetta a requisiti di qualità dei dati, documentazione tecnica, trasparenza e supervisione umana. L'applicazione è scaglionata: divieti dal febbraio 2025, obblighi per i modelli per finalità generali dall'agosto 2025 e requisiti per i sistemi ad alto rischio a partire da dicembre 2027[54].

L'Unione Europea non interviene però soltanto attraverso le norme, ma anche con strumenti di finanziamento diretto. Nell'aprile 2026 la Commissione Europea ha aperto 7 bandi del Digital Europe Programme dedicati all'intelligenza artificiale, per complessivi 63,2 milioni di euro, di cui oltre 31 milioni riservati alla sanità: 14,4 milioni per la capacità di adottare il formato europeo di scambio delle cartelle cliniche e i servizi digitali previsti dall'EHDS, 9 milioni per 2 progetti pilota su larga scala di diagnostica per immagini assistita da IA nei centri con risorse limitate, 7,8 milioni per programmi formativi congiunti tra università, enti di ricerca e industria.

Norme e risorse non garantiscono però di per sé la capacità di applicarle. La traiettoria europea è in rapida evoluzione, ma con livelli di preparazione molto differenti tra i Paesi. L'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa[55] rileva una presenza diffusa delle applicazioni, ma le infrastrutture di garanzia procedono più lentamente: solo l'11% dei Paesi dispone di una strategia specifica per la sanità, il 41% ha definito regole chiare di responsabilità legale, il 26% offre formazione in servizio sull'IA e solo il 22% la prevede nei percorsi universitari. L'Italia si colloca tra i Paesi più attivi quanto a iniziative avviate – strategia nazionale sull'IA, linee guida etiche e investimenti dedicati – ma rientra nell'89% che non dispone ancora di una strategia specifica per il settore sanitario, la cui definizione è tuttora in corso.

Diverse delle principali barriere coinvolgono la sfera istituzionale e politica: incertezza sul quadro giuridico, qualità e standard dei dati, processi di approvazione dei prodotti, sostenibilità finanziaria e timori sulla trasformazione del mercato del lavoro. Tra le condizioni necessarie per superare queste barriere figurano, viceversa, trasparenza delle soluzioni, chiara definizione delle responsabilità, indicazioni certe sull'uso secondario dei dati e sorveglianza successiva all'introduzione[56]. Il ritardo nel completamento del quadro regolatorio in Europa ha avuto conseguenze concrete: nel 2026 una piattaforma statunitense di supporto alle decisioni cliniche ha sospeso l'accesso ai propri servizi in Unione Europea e Regno Unito per l'indeterminatezza degli obblighi applicabili, privando i professionisti di uno strumento disponibile altrove[57].

53 Il Regolamento, adottato nel giugno 2024 ed entrato in vigore il 1° agosto dello stesso anno, è il primo quadro giuridico al mondo interamente dedicato ai sistemi di IA.
54 In particolare, dal 2 dicembre 2027 per quelli dell'allegato III e dal 2 agosto 2028 per quelli disciplinati dall'articolo 6, Paragrafo 1, secondo il calendario modificato dal Regolamento (UE) 2026/1744.
55 World Health Organization – Regional Office for Europe (2026), "Artificial intelligence is reshaping health systems: state of readiness across the European Union".
56 Per approfondire: OCSE (2026), "Proceeding report from Madrid conference on the responsible scale of AI in healthcare: Scaling fast while doing no harm". Il documento presenta l'Expert-Led Madrid Action Plan, articolato in dieci azioni prioritarie per un'adozione dell'IA su larga scala, fondata su fiducia, solide condizioni abilitanti e modelli economici sostenibili.
57 De Angelis L., Sacchi F.A., Pappalardo C. et al. (2026), "The Need for Regulatory Certainty on Medical AI: Lessons from the OpenEvidence Geoblocking in the EU and UK Over the EU AI Act". Lancet Reg Health Eur.

Quanto ai timori sulla trasformazione del lavoro, un'analisi condotta su un campione di Paesi europei li ridimensiona: la sanità risulta il settore con il minor margine di automazione, con il 35% delle ore lavorative potenzialmente automatizzabile e circa il 15% effettivamente automatizzato entro il 2030, anche se varia sensibilmente in base alla professione[58]. Le stime sono probabilmente conservative, perché precedenti alla diffusione dell'IA generativa, ma il punto è un altro: l'IA non mette a repentaglio l'attività clinica anzi può contribuire a ridurre l'attività burocratica-amministrativa, cui oggi i medici dedicano circa la metà del loro tempo, a scapito del paziente e dell'aggiornamento scientifico[59].

Il divario tra diffusione degli strumenti e capacità di governarli si conferma oltre il perimetro europeo: il rapporto OCSE Scaling Artificial Intelligence in Health rileva che solo il 18% dei Paesi membri dispone di un organismo di vigilanza dedicato all'IA in sanità, il 24% sta adattando i processi di valutazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment, HTA), l'11% ha aggiornato le linee di acquisto e il 29% ha definito un approccio nazionale allo sviluppo delle competenze.

Su queste stesse dimensioni l'Italia procede a velocità differenti: risulta più avanti sui quadri nazionali di interoperabilità e sulla designazione di un'autorità centrale per l'accesso ai dati, ha in corso l'adeguamento dei processi di valutazione delle tecnologie sanitarie, mentre è ancora in fase iniziale sull'integrazione dell'IA negli acquisti pubblici e dispone di una vigilanza sanitaria solo parzialmente attrezzata.

Proprio sul fronte degli acquisti si gioca in larga parte il rapporto con il settore privato, che fornisce la maggioranza delle soluzioni di intelligenza artificiale impiegate nel SSN. Il ruolo pubblico non è selezionare le tecnologie, ma definire obiettivi di sistema, standard e requisiti di acquisto, in modo che le soluzioni adottate supportino la trasformazione dei processi e non la riproduzione degli assetti esistenti.

Sul piano nazionale, la Legge n. 132/2025 affianca all'AI Act disposizioni specifiche per singoli settori, tra cui la sanità: vieta che i sistemi automatizzati condizionino l'accesso alle prestazioni con criteri discriminatori, impone di informare il paziente e riserva al professionista la decisione clinica[60]. Il quadro è completato dalla Strategia Italiana per l'Intelligenza Artificiale 2024-2026, che definisce azioni normative, etiche, formative e industriali con attenzione a settori strategici quali salute e ricerca clinica: l'approssimarsi della conclusione del periodo rende ora necessario l'aggiornamento previsto dalla stessa legge.

Sul versante istituzionale, anche gli enti tecnici nazionali hanno avviato un percorso di posizionamento. Il dossier AIFA "Intelligenza Artificiale e Salute" (2026) è il primo documento organico di posizionamento nazionale sul ruolo dell'IA nella ricerca farmaceutica, nella medicina di precisione, nei trial clinici e nella governance regolatoria. Accanto al contributo degli algoritmi alla ricerca di nuovi farmaci, al loro riposizionamento e alla selezione dei pazienti nei trial, insiste su supervisione umana, trasparenza, tracciabilità e responsabilità condivisa: l'IA è intesa come supporto a decisioni più rapide e informate, non come sostituto del professionista o del regolatore.

L'Istituto Superiore di Sanità sta a sua volta rafforzando il proprio presidio: nel 2025 ha avviato il Centro Nazionale "Intelligenza Artificiale e Tecnologie Innovative per la Salute", articolato in 6 aree: telemedicina e ingegneria biomedica; nanomateriali, tecnologie 3D e nanotecnologie; fisica e chimica per la medicina; intelligenza artificiale e robotica; Health Technology Assessment e dispositivi medici; biomedicina spaziale e subacquea. Nell'aprile 2026 ha inoltre avviato il progetto EIRISS, dedicato a un documento di consenso su etica e intelligenza artificiale nella ricerca biomedica, sviluppato con metodo Delphi e con il coinvolgimento di Istituzioni, enti di ricerca, autorità regolatorie e società civile, per offrire un orientamento condiviso anziché regole rigide.

58 EIT Health (2020), "Transforming healthcare with AI. The impact on the workforce and organisations".
59 Petruzzelli D., Vignetti M., Trasarti S. et al. (2024), "Exploring the administrative burden faced by hematologists: a comprehensive study in Italy". Glob Reg Health Technol Assess.
60 In particolare, l'articolo 7 disciplina l'uso dell'intelligenza artificiale in sanità, mentre l'articolo 10 interviene sul Fascicolo Sanitario Elettronico e sulla sanità digitale.

Manca tuttavia una cornice strategica unitaria. Nel marzo 2026 la Società Italiana di Intelligenza Artificiale in Medicina ha presentato un documento che propone una strategia nazionale per l'IA in medicina in 6 linee d'azione: centralità del paziente, innovazione e competitività, coerenza regolatoria tra norme nazionali ed europee, governance dei dati, formazione multidisciplinare, etica e responsabilità lungo l'intero ciclo di vita delle tecnologie.

L'adeguamento della normativa italiana al Regolamento europeo sull'intelligenza artificiale introduce un obbligo formativo strutturale: il Decreto Legislativo 179/2026, in vigore dal 23 ottobre 2026, prevede che la Commissione nazionale per la formazione continua riservi una quota specifica dell'obbligo ECM triennale all'alfabetizzazione e all'uso dei sistemi di IA, con contenuti tecnici, giuridici e deontologici, e affida ad AGENAS la definizione di programmi dedicati nei corsi manageriali per direttori generali, sanitari e amministrativi. Lo stesso provvedimento vieta le decisioni sul rapporto di lavoro fondate esclusivamente su sistemi automatizzati. Il passaggio sposta la formazione sull'IA dall'iniziativa dei singoli agli obblighi di sistema, colmando in parte il ritardo dei percorsi strutturati.

Alla formazione deve affiancarsi un presidio che accompagni la tecnologia lungo tutto il suo ciclo di vita: prima dell'acquisto, definizione del bisogno e criteri su interoperabilità, portabilità, qualità dei dati e sicurezza informatica; in valutazione, effetti clinici, economici, organizzativi, etici ed equitativi; dopo l'adozione, sorveglianza continua, segnalazione degli incidenti e verifica dell'uso reale. Su questo fronte il SSN dispone già di infrastrutture utilizzabili: l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità e il Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità possono essere estesi agli incidenti riconducibili all'IA senza costruire circuiti paralleli. Il limite non è tecnologico ma culturale: una revisione sistematica sull'uso dell'IA per l'analisi delle segnalazioni di evento avverso mostra guadagni nell'identificazione degli incidenti ad alto rischio, ma opera su un sistema in cui meno del 10% degli errori viene segnalato e solo il 15% delle risposte organizzative previene eventi successivi.

Il monitoraggio riguarda anche le modalità d'uso da parte dei professionisti, che risultano eterogenee: una revisione sistematica dei sistemi computerizzati di supporto alle decisioni riporta un tasso medio di adozione pari al 34,2%[61], mentre nel sistema di allerta precoce per la sepsi solo il 38% delle segnalazioni esaminate veniva confermato, con percentuali molto diverse tra operatori[62]. L'articolo 14 del Regolamento europeo sull'intelligenza artificiale nomina esplicitamente la distorsione dell'automazione e richiede che chi esercita la sorveglianza sia in grado di ignorare, annullare o ribaltare l'output del sistema. La supervisione umana deve quindi tradursi in soglie di escalation, nella possibilità di disattendere la raccomandazione motivandone le ragioni e nel monitoraggio dell'uso.

Resta da definire il regime della responsabilità professionale. La letteratura medico-legale italiana osserva che i sistemi di supporto decisionale incidono sull'autonomia del medico e sulla discrezionalità dell'atto clinico, e modificano l'allocazione delle responsabilità in caso di evento avverso: la ricostruzione del nesso causale deve considerare anche la qualità dei dati di addestramento, la validazione del modello e la tracciabilità dell'output, elementi estranei ai criteri consolidati di valutazione della colpa professionale.

61 Kouri A., Yamada J., Lam Shin Cheung J., Van de Velde S., Gupta S. (2022), "Do providers use computerized clinical decision support systems? A systematic review and meta-regression of clinical decision support uptake". Implement Sci.

62 Henry K.E., Adams R., Parent C. et al. (2022), "Factors driving provider adoption of the TREWS machine learning-based early warning system and its effects on sepsis treatment timing". Nat Med.

Minaccia	Rischio	Soluzioni
Distorsioni nei dati	Dati non rappresentativi generano risultati distorti o discriminatori, soprattutto verso i gruppi di popolazione sottorappresentati	Dataset rappresentativi, trasparenti e validati sui sottogruppi demografici rilevanti
Privacy e sicurezza	I dati sanitari, anche se anonimizzati, possono essere re-identificabili e vulnerabili a violazioni o attacchi informatici	Tecnologie per la protezione della riservatezza – crittografia, dati sintetici, apprendimento federato – e cultura della sicurezza
Mancanza di trasparenza	Alcuni modelli non sono spiegabili, riducendo la fiducia e rendendo incerta la responsabilità clinica	Trasparenza sugli algoritmi, documentazione e comunicazione chiara dei limiti
Sostituzione del personale sanitario	L'automazione di alcune funzioni può marginalizzare il ruolo del medico e impoverire la relazione di cura	Rafforzamento delle competenze digitali degli operatori e impiego dell'IA a supporto, non in sostituzione, del rapporto medico-paziente
Degrado delle prestazioni	Le prestazioni possono variare dopo la messa in uso, in contesti diversi o nel tempo	Monitoraggio continuo dopo l'adozione, con verifica di equità, efficacia e sicurezza
Errori predittivi e diagnostici	Record incompleti, dati non strutturati o modelli non calibrati su condizioni rare e contesti clinici specifici	Fonti eterogenee, standard uniformi di raccolta, dataset ampi e diversificati, aggiornamento continuo e supervisione clinica

Figura 23. Le sfide aperte nell'utilizzo dell'intelligenza artificiale in sanità e le condizioni di risposta

Fonte: TEHA Group su dati OCSE (2024), "Collective action for responsible AI in health"

La trasformazione digitale implica dunque una capacità organizzativa prima ancora che tecnologica, e l'intelligenza artificiale è oggi il terreno su cui questa capacità viene messa maggiormente alla prova. Senza dati interoperabili, competenze strutturate, responsabilità chiare e valutazione continua, il rischio non è solo un'adozione lenta, ma una diffusione disomogenea che riflette e consolida le frammentazioni esistenti. Il rischio più grande è proprio quello di digitalizzare modelli organizzativi costruiti per un sistema sanitario diverso: il digitale produce valore quando modifica il modo in cui il SSN funziona, non quando ne rende più rapido il funzionamento attuale.

Non serve uniformità di ogni tecnologia, ma regole comuni per interoperabilità, validazione, responsabilità e confronto degli esiti, con il coinvolgimento di professionisti e cittadini già nella definizione dei problemi e dei risultati attesi.

9. FINANZIAMENTO DELLA SANITÀ: RISORSE, SOSTENIBILITÀ E NUOVI EQUILIBRI

La capacità di un Paese di finanziare stabilmente il proprio sistema sanitario dipende innanzitutto dalla capacità dell'economia di generare crescita, reddito e, attraverso questi, risorse fiscali. Da questo punto di vista, l'Italia guarda al futuro partendo da una posizione particolarmente complessa. Alla debole dinamica di lungo periodo dell'economia si affiancano un livello elevato di debito pubblico e una crescente pressione esercitata dalla spesa per interessi, fattori che restringono progressivamente lo spazio disponibile per finanziare in modo strutturale le diverse priorità di spesa.

La bassa crescita rappresenta da almeno due decenni uno dei principali elementi di fragilità dell'economia italiana. Tra il 2005 e il 2025 il PIL reale italiano è cresciuto complessivamente di appena il 5,3%, a fronte del +29,4% registrato nell'UE-27. Nello stesso periodo, anche gli altri principali Paesi europei hanno mostrato dinamiche significativamente più favorevoli: +28,0% in Spagna, +25,6% in Germania e +24,8% in Francia. Dopo la crisi finanziaria globale e quella dei debiti sovrani, l'Italia ha recuperato più lentamente i livelli di attività precedenti e, nonostante il forte rimbalzo successivo alla pandemia, nel 2025 il PIL reale risultava solo marginalmente superiore a quello di vent'anni prima.

La criticità non riguarda soltanto la performance accumulata in passato. Anche le prospettive per i prossimi anni indicano il permanere di un sentiero di crescita contenuto. Nel 2025 il PIL reale italiano è aumentato dello 0,5% e, secondo le più recenti stime del Fondo Monetario Internazionale, dovrebbe crescere dello 0,8% nel 2026 e dello 0,6% nell'anno successivo. La crescita continua, inoltre, a beneficiare degli investimenti connessi al PNRR, che raggiungono proprio in questa fase uno dei momenti di maggiore intensità[1].

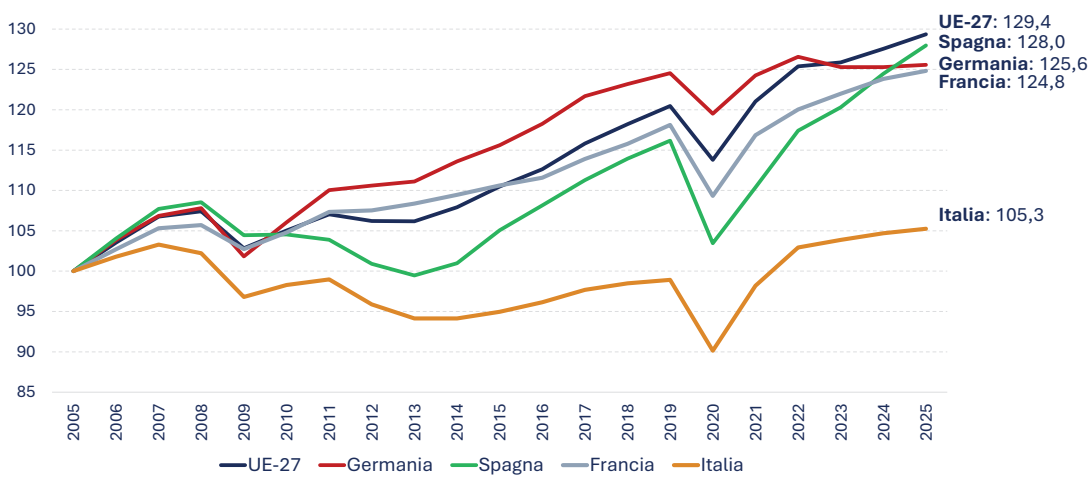


Figura 1. Crescita del PIL in termini reali (2005=100), 2005-2025

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat, 2026

1 L'Ufficio Parlamentare di Bilancio stima che il 2026 sia l'anno di massimo impatto, con un livello del PIL superiore di circa 1,8% rispetto allo scenario senza PNRR. Senza l'apporto del PNRR, l'Italia sarebbe quindi entrata in recessione.

Il problema assume quindi una natura sempre più strutturale. Nel medio periodo[2], il Fondo Monetario Internazionale stima per l'Italia una crescita potenziale nell'ordine dello 0,6%, limitata soprattutto dalla persistente debolezza della produttività e dalle dinamiche demografiche. La popolazione in età lavorativa è infatti in contrazione da oltre un decennio e il progressivo invecchiamento riduce la disponibilità futura di forza lavoro, mentre livelli di partecipazione inferiori rispetto agli altri principali Paesi europei, in particolare tra donne e giovani, comprimono ulteriormente il potenziale produttivo del Paese. Questa tendenza è compensata solo in parte dal saldo migratorio positivo.

Per il finanziamento della sanità, una dinamica di questo tipo produce conseguenze rilevanti. Una crescita economica più lenta implica una minore espansione della base imponibile e delle entrate pubbliche e rende più complesso aumentare stabilmente le risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) senza intervenire contemporaneamente su altre voci di spesa o sul livello complessivo delle entrate. La bassa crescita non determina quindi automaticamente un minore finanziamento della sanità, che rimane il risultato di precise scelte allocative, ma restringe lo spazio entro cui tali scelte possono essere effettuate.

Alla debolezza della crescita si aggiunge una seconda condizione strutturale: l'elevato livello del debito pubblico. Alla fine del 2025 il debito pubblico italiano era pari al 137,1% del PIL. Secondo il Documento Programmatico di Finanza Pubblica 2026, il rapporto dovrebbe aumentare ulteriormente a 138,1% nel 2026 e 138,5% nel 2027, per poi avviare una graduale discesa negli anni successivi. Parallelamente, il disavanzo pubblico è previsto scendere al 2,9% del PIL nel 2026, mentre nello scenario programmatico risalirebbe al 3,4% nel 2027, anche per effetto dell'attivazione della clausola di salvaguardia nazionale.

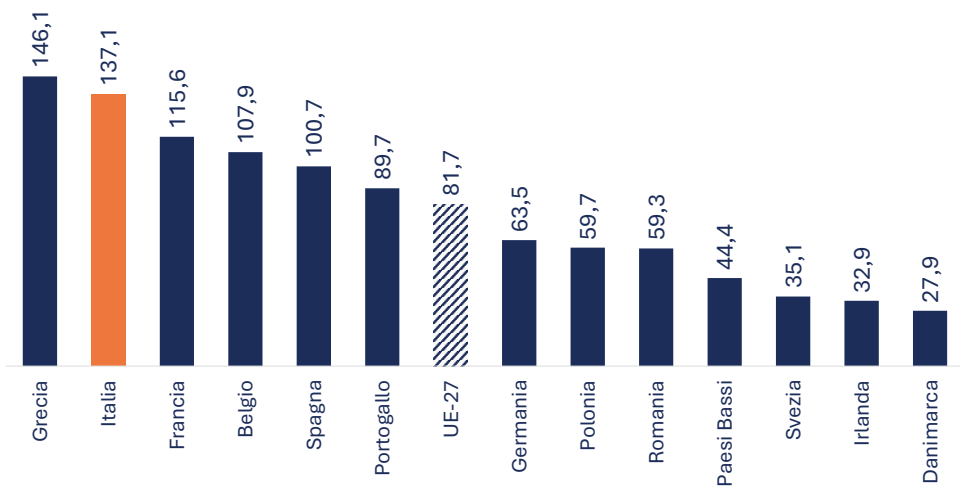


Figura 2. Debito pubblico nei Paesi UE-13 (% del PIL), 2025

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat, 2026

L'elevato stock di debito rappresenta un vincolo per la politica di bilancio non soltanto per la necessità di garantirne la sostenibilità nel tempo, ma anche per le risorse assorbite dal suo servizio. Nel 2025 la spesa per interessi si è attestata intorno al 3,9% del PIL[3]: una quota rilevante delle risorse pubbliche viene quindi destinata ogni anno al finanziamento del debito accumulato, prima ancora che possano essere effettuate scelte tra i diversi impieghi della spesa pubblica.

2 Orizzonte temporale fino al 2031.
3 Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2026.

Le dinamiche del debito pubblico sono inoltre particolarmente sensibili all'andamento dei tassi di interesse. A fronte di un tasso sui depositi BCE pari al 2,5% a inizio ottobre 2026, i mercati finanziari attribuivano circa il 65% di probabilità a un ulteriore rialzo di 25 punti base entro dicembre e incorporavano più di due ulteriori rialzi entro la metà del 2027[4], segnalando una traiettoria attesa dei tassi ancora crescente. Questo comporta un peso del servizio del debito in crescita, specie per Paesi molto indebitati, diminuendo ulteriormente lo spazio fiscale disponibile per la spesa sanitaria.

A queste dinamiche si aggiunge il tema dell'inflazione, che incide sulla sostenibilità della spesa sanitaria attraverso un canale differente ma altrettanto rilevante: il potere d'acquisto delle risorse stanziate. Dopo essere rimasta relativamente contenuta nel 2025, l'inflazione è tornata ad accelerare nel corso del 2026, soprattutto per effetto dell'aumento dei prezzi energetici. La Commissione Europea stima per l'Italia un'inflazione pari al 3,2% nel 2026, mentre il Fondo Monetario Internazionale prevede un valore del 2,9%, con un rallentamento atteso nell'anno successivo.

Per il SSN, questo comporta un'erosione del potere d'acquisto dei fondi stanziati in suo favore. L'aumento dei costi di energia, beni, servizi, retribuzioni, tecnologie e prestazioni può assorbire gran parte dei maggiori stanziamenti. La sostenibilità della spesa sanitaria deve quindi essere valutata non soltanto in relazione all'ammontare nominale delle risorse disponibili, ma anche rispetto alla loro capacità di mantenere nel tempo lo stesso livello di offerta. In un contesto inflazionistico, aumenti del finanziamento che appaiono rilevanti in termini nominali possono tradursi in incrementi molto più contenuti delle risorse disponibili in termini reali.

Il SSN è chiamato a operare in un contesto economico e finanziario sempre più complesso, nel quale la debolezza della crescita, l'elevato livello del debito, il costo del suo servizio e le pressioni inflazionistiche restringono i margini per reperire nuove risorse. Allo stesso tempo, la sanità si trova a competere con un numero crescente di priorità pubbliche con risorse necessariamente limitate. In questo scenario diventa sempre più importante riaffermare il valore della spesa sanitaria non soltanto come strumento essenziale per tutelare la salute della popolazione, ma anche come investimento capace di sostenere il capitale umano, la capacità produttiva, la produttività e, più in generale, la sostenibilità economica e sociale del Paese.

9.1 LA SALUTE COME INVESTIMENTO PER LO SVILUPPO ECONOMICO E SOCIALE

Oltre al valore complessivo degli aggregati fiscali, come la spesa pubblica, è fondamentale considerarne la composizione. Le diverse voci di bilancio non sono infatti equivalenti in termini di effetti sul benessere economico e sociale di un Paese. Nel caso della sanità, il rapporto con la crescita economica è bidirezionale: una dinamica economica debole limita l'espansione delle entrate pubbliche e restringe lo spazio fiscale disponibile per finanziare il sistema sanitario. Allo stesso tempo, le condizioni di salute della popolazione e le risorse destinate a tutelarle incidono sulla capacità di crescita del Paese. Lo stato di salute influenza, alcune delle principali determinanti della capacità produttiva, tra cui la partecipazione al mercato del lavoro, l'assenteismo e il presenteismo, la produttività, la durata delle carriere lavorative e, più in generale, l'accumulazione di capitale umano.

Per questa ragione, accanto alla dimensione complessiva della spesa pubblica, assume particolare importanza il modo in cui le risorse vengono distribuite tra le diverse funzioni. La classificazione COFOG[5] consente di confrontare la composizione della spesa tra i Paesi europei e

4 London Stock Exchange Group, 2026.

5 La COFOG (Classification of the Functions of Government) è la classificazione internazionale sviluppata dalle Nazioni Unite e utilizzata anche da Eurostat per suddividere la spesa delle Amministrazioni pubbliche in base alla funzione perseguita.

mette in evidenza alcune peculiarità del caso italiano. Sul fronte del servizio del debito, ad esempio, l'Italia destina agli interessi il 7,9% della spesa pubblica complessiva, oltre il doppio della media europea. Anche la protezione sociale assorbe una quota particolarmente elevata di risorse: con il 42,2% della spesa pubblica, principalmente per effetto della componente pensionistica, l'Italia registra il valore più alto tra le quattro maggiori economie europee. Al contrario, per funzioni quali sanità e istruzione, il peso sul bilancio pubblico risulta inferiore alla media europea. In particolare, la sanità assorbe il 13,2% della spesa pubblica italiana, rispetto a circa il 15% nell'UE e al 15,6% in Francia[6].

Queste differenze mostrano come un'allocazione maggiormente orientata verso voci capaci di sostenere capitale umano, produttività e crescita può produrre effetti economici e sociali che si estendono oltre il beneficio immediato associato alla singola funzione di spesa.

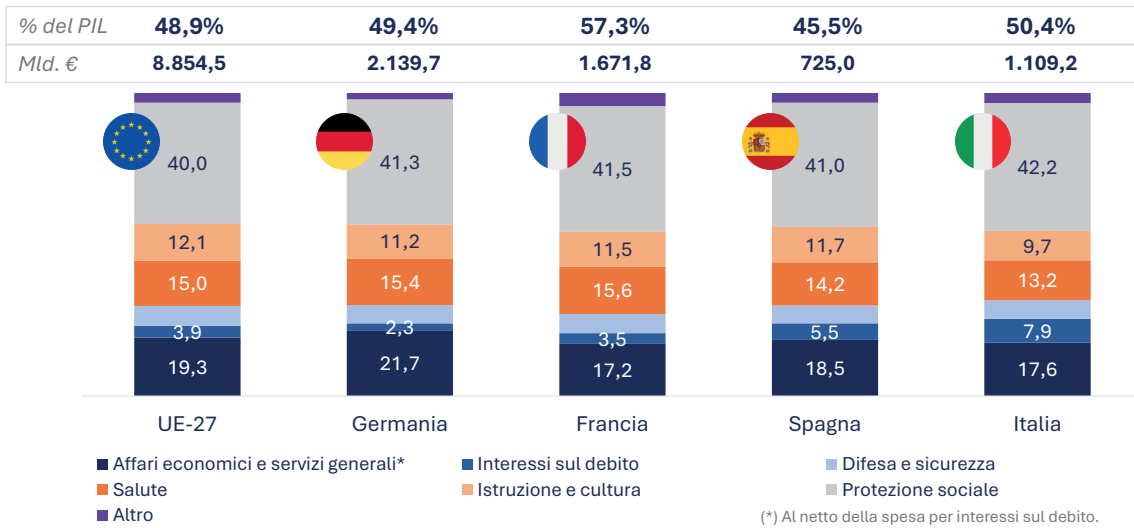


Figura 3. Composizione della spesa pubblica (% del totale), 2024

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat, 2026

Un contributo rilevante sull'analisi di questi impatti proviene dalle più recenti analisi della Commissione Europea sulla composizione della spesa pubblica[7]. La Commissione identifica sanità, istruzione, ricerca e sviluppo e trasporti e telecomunicazioni come componenti della spesa pubblica "growth-friendly", vale a dire caratterizzate da effetti positivi sulla crescita economica di lungo periodo. Per ciascuna delle 4 componenti viene stimata la differenza tra la quota effettivamente destinata a quella voce e la media dell'Unione europea nel 2023, tenendo conto delle caratteristiche strutturali dei diversi Paesi[8]. Solo laddove la quota nazionale risulti inferiore al benchmark viene ipotizzata una riallocazione fino a tale livello.

6 Eurostat, 2026.

7 Commissione Europea, DG ECFIN (2026), "Report on Public Finances in EMU 2026".

8 La quota di spesa osservata per ciascuna componente viene corretta per tenere conto di caratteristiche strutturali del Paese potenzialmente in grado di spiegare differenze "fisiologiche" nella composizione della spesa. Tra queste rientrano fattori macroeconomici e demografici, come la dimensione complessiva della spesa pubblica, la struttura per età della popolazione, il grado di urbanizzazione e il livello di istruzione, oltre a variabili specifiche per ciascuna voce. Per la sanità, in particolare, la Commissione considera la quota di popolazione con più di 64 anni e il peso della spesa sanitaria privata sul totale. Il potenziale di riallocazione viene quindi calcolato sulla componente del divario rispetto alla media UE che non risulta spiegata da tali caratteristiche strutturali.

Il beneficio stimato non deriva quindi da un aumento della dimensione complessiva del bilancio pubblico. Nello scenario della Commissione, le maggiori risorse destinate alle componenti "growth-friendly" sono finanziate attraverso una riduzione proporzionale delle altre componenti della spesa pubblica, mantenendo invariata la spesa totale. Si tratta quindi di un esercizio sulla composizione della spesa, e non di uno scenario di espansione fiscale. Sommando i margini identificati per sanità, istruzione, R&S e infrastrutture, il potenziale medio di riallocazione nell'UE è pari a circa il 2,5% della spesa pubblica complessiva. Per l'Italia il margine stimato è significativamente superiore, pari al 5,7% della spesa pubblica totale, uno dei valori più elevati tra i Paesi membri, segno di una composizione della spesa pubblica poco concentrata sulle voci di spesa "growth-friendly".

Gli effetti sulla capacità produttiva nazionale di una riallocazione della spesa verso queste voci risultano molto rilevanti. Per l'UE-27, la riallocazione complessiva verso queste 4 componenti sarebbe associata a un aumento del livello del PIL di lungo periodo pari a circa il 3,5%. Di questo incremento, circa 1,3 punti percentuali sarebbero riconducibili alla maggiore allocazione di risorse verso la sanità. Per l'Italia, dove il margine di riallocazione stimato è sensibilmente più elevato, l'incremento complessivo del livello del PIL raggiungerebbe circa il 9,6%, di cui ben 3 p.p. associati alla componente sanitaria.

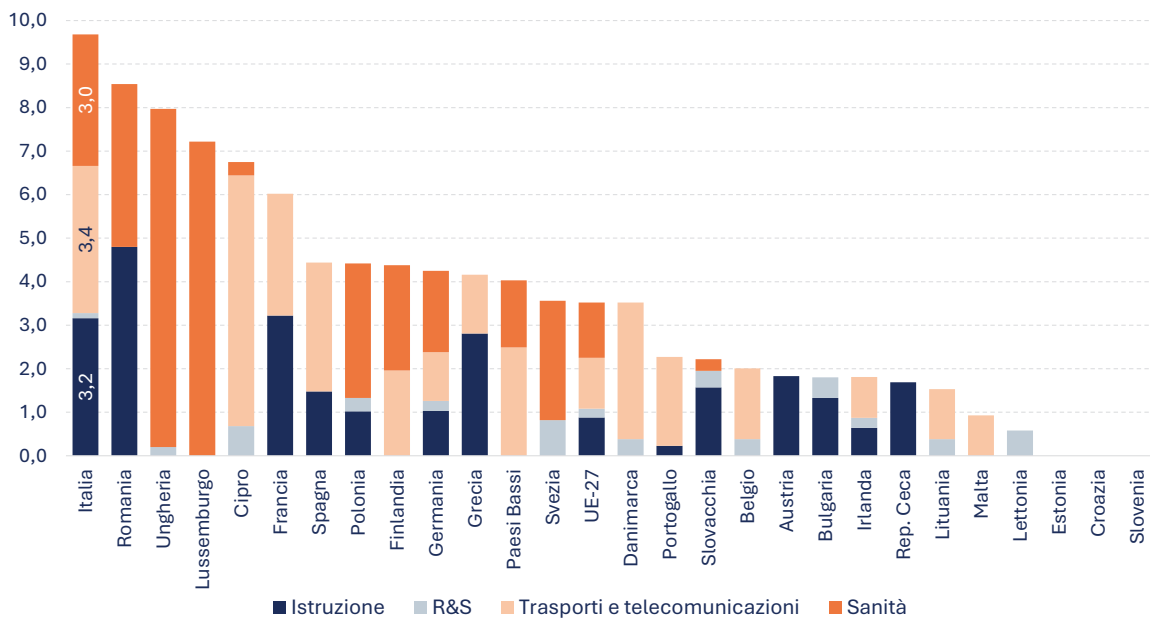


Figura 4. Aumento di lungo periodo del PIL associato alla riallocazione della spesa pubblica verso componenti growth-friendly, per tipologia di spesa (% del PIL), 2023

Fonte: TEHA Group su dati Commissione Europea, 2026

Questi valori devono essere letti come effetti sul livello del PIL nel lungo periodo e non come maggiori tassi di crescita annuali. Inoltre, la stessa Commissione sottolinea il carattere stilizzato dell'esercizio: i risultati vanno interpretati come un'indicazione dell'ordine di grandezza del potenziale economico associato a una diversa composizione della spesa pubblica, più che come una previsione puntuale.

Pur con queste cautele, il risultato mette in discussione una lettura della sanità esclusivamente come voce che assorbe risorse generate altrove nel sistema economico. La relazione può infatti operare anche nella direzione opposta: una popolazione in migliori condizioni di salute può partecipare più a lungo e con maggiore continuità al mercato del lavoro, essere più produttiva e preservare più a lungo il proprio capitale umano. In questa prospettiva, le risorse destinate alla salute contribuiscono non soltanto al raggiungimento di obiettivi assistenziali, ma anche alla capacità futura del Paese di produrre reddito.

La stessa relazione emerge considerando il costo economico della cattiva salute. Le più recenti elaborazioni dell'OCSE[9] mostrano che tumori, patologie cardiovascolari, diabete e broncopneumopatia cronica ostruttiva producono nell'Unione Europea conseguenze che vanno ben oltre i costi direttamente sostenuti dai sistemi sanitari. Attraverso mortalità prematura, minore partecipazione al mercato del lavoro, assenteismo e presenteismo, queste 4 grandi categorie di patologie determinano una perdita di capacità lavorativa equivalente a circa 5,2 milioni di lavoratori a tempo pieno.

Nello scenario controfattuale elaborato dall'OCSE in assenza di queste patologie, il livello del PIL dell'UE risulterebbe mediamente superiore del 3,9% nel periodo 2026-2050, grazie alla riduzione della mortalità prematura e alla maggiore disponibilità e produttività della forza lavoro. Le evidenze della Commissione e dell'OCSE restituiscono così, da due prospettive complementari, lo stesso messaggio: da un lato, una maggiore allocazione di risorse verso la salute può contribuire ad aumentare il potenziale di crescita; dall'altro, condizioni di salute peggiori determinano una perdita significativa di capacità produttiva e di reddito.

Il nesso tra salute e crescita assume una rilevanza ancora maggiore alla luce delle trasformazioni demografiche in corso. L'invecchiamento aumenta infatti il fabbisogno sanitario e socio-sanitario, mentre la progressiva riduzione della popolazione in età lavorativa restringe la base produttiva e contributiva chiamata a sostenere il welfare. Nello scenario di base, la Commissione Europea prevede entro il 2070 un aumento della spesa sanitaria pubblica nell'UE di circa 0,5 p.p. di PIL rispetto al 2022 e una crescita della spesa per long-term care dall'1,7% al 2,6% del PIL.

In questo contesto, preservare più a lungo la salute e la capacità lavorativa della popolazione diventa una condizione rilevante non solo sul piano sanitario, ma anche per la crescita potenziale e la sostenibilità del welfare. È in questa prospettiva che assume valore il concetto di healthy longevity: ciò che conta non è soltanto vivere più a lungo, ma aumentare gli anni vissuti in buona salute. Prevenzione, diagnosi precoce, gestione delle cronicità e mantenimento dell'autonomia possono contribuire sia a contenere parte della domanda assistenziale futura sia a prolungare la partecipazione attiva alla vita economica e sociale.

Si configura così un rapporto potenzialmente circolare tra salute, crescita e sostenibilità fiscale: una migliore allocazione delle risorse verso la salute può contribuire a preservare capitale umano e capacità produttiva; una maggiore crescita può a sua volta ampliare la base fiscale disponibile per finanziare il welfare. La stessa Commissione evidenzia come gli effetti positivi sul PIL derivanti dalla riallocazione della spesa possano tradursi nel tempo in maggiori entrate pubbliche e quindi in nuovo spazio fiscale.

A questa dimensione economica si aggiunge quella sociale. Nei sistemi universalistici, quando le risorse pubbliche risultano insufficienti, una parte del bisogno può trasferirsi sui bilanci familiari o tradursi in rinuncia alle cure. In Italia, nel 2025 il 9,6% della popolazione ha rinunciato a prestazioni sanitarie, mentre i pagamenti out-of-pocket rappresentavano il 22,3% della spesa sanitaria complessiva.

9 OCSE (2026), "The benefits of addressing non-communicable diseases in the EU: Healthier lives, stronger societies."

9.1.1 Governance fiscale europea e spesa sanitaria

Il riconoscimento della sanità come componente della spesa pubblica in grado di contribuire alla crescita e alla resilienza economica pone una questione più ampia sul modo in cui gli investimenti in salute vengono considerati all'interno delle regole di finanza pubblica europee. Per lungo tempo, il quadro fiscale dell'Unione ha concentrato l'attenzione prevalentemente sulla dimensione quantitativa dei saldi di bilancio e della spesa pubblica. Il rispetto degli obiettivi di deficit e debito e il percorso di avvicinamento agli obiettivi di medio termine rappresentavano infatti gli elementi centrali del precedente Patto di Stabilità e Crescita[10].

La riforma della governance economica europea ("New Economic Governance Framework") entrata in vigore il 30 aprile 2024 segna, almeno in parte, un cambiamento di prospettiva. Il New Economic Governance Framework (NEGF) mantiene invariati i valori di riferimento del 3% del PIL per il deficit e del 60% per il debito pubblico, ma introduce un approccio maggiormente orientato al medio periodo e alle caratteristiche specifiche di ciascun Paese. Al centro del nuovo sistema si collocano i Piani strutturali di bilancio di medio termine, attraverso i quali i Paesi membri definiscono contemporaneamente il proprio percorso di spesa netta[11], le riforme strutturali e gli investimenti prioritari. L'obiettivo non è quindi soltanto garantire la sostenibilità del debito, ma farlo preservando la capacità delle politiche pubbliche di sostenere crescita, resilienza e priorità strategiche dell'Unione.

Uno degli elementi più innovativi del nuovo impianto riguarda proprio il trattamento delle riforme e degli investimenti. Il periodo ordinario di aggiustamento fiscale[12] può infatti essere da 4 a 7 anni, qualora lo Stato Membro assuma un insieme credibile, verificabile e sufficientemente dettagliato di impegni in riforme e investimenti in alcuni ambiti prioritari identificati dalla Commissione, tra cui la prevenzione sanitaria[13].

Il NEGF introduce quindi una prima distinzione tra la semplice espansione della spesa e interventi in grado di produrre benefici economici e fiscali nel tempo. È in questa prospettiva che gli investimenti in salute possono assumere una rilevanza particolare. Come evidenziato nel Paragrafo precedente, una migliore condizione di salute della popolazione contribuisce infatti alla partecipazione al mercato del lavoro, alla produttività e alla conservazione del capitale umano. All'interno della spesa sanitaria, la prevenzione – a partire da immunizzazione e screening – presenta inoltre una caratteristica ulteriore: può agire sul fabbisogno di spesa futuro, riducendo l'incidenza o ritardando l'insorgenza di patologie, limitandone le complicanze e contenendo il ricorso futuro a prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a maggiore intensità assistenziale.

Da questo punto di vista, la prevenzione risponde in modo particolarmente coerente alla logica sottostante al nuovo quadro europeo. Non si tratta soltanto di sostenere oggi un costo per produrre un beneficio sanitario immediato, ma di realizzare un investimento capace di modificare la traiettoria futura sia dei bisogni di salute sia della spesa pubblica.

Questa impostazione trova già alcuni elementi di applicazione nella nuova governance economica. L'Italia, ad esempio, ha ottenuto per il proprio Piano strutturale di bilancio di medio termine un periodo di aggiustamento di 7 anni, dal 2025 al 2031, sulla base di un insieme di riforme e investimenti, tra i quali la prevenzione sanitaria.

10 Regolamento (UE) 2024/1263 e Regolamento (CE) n. 1467/97.
11 Il Regolamento (UE) 2024/1263 la definisce come la spesa pubblica al netto di spesa per interessi, misure discrezionali sul lato delle entrate, cofinanziamento nazionale dei programmi finanziati dall'UE, componente ciclica della spesa per sussidi di disoccupazione, misure una tantum e altre misure temporanee.
12 Il periodo di aggiustamento fiscale è l'orizzonte temporale entro cui uno Stato Membro deve seguire un percorso di bilancio che porti il debito pubblico su una traiettoria plausibilmente discendente nel medio termine e mantenga il disavanzo al di sotto della soglia del 3% del PIL.
13 I 4 ambiti prioritari identificati dalla Commissione sono difesa, transizione verde, transizione digitale, resilienza economica e sociale. Quest'ultima voce include la spesa in prevenzione.

Il cambiamento introdotto dal NEGF rimane tuttavia incompleto. La sanità e la prevenzione non beneficiano oggi di una esclusione automatica dal calcolo del deficit o dai vincoli sul percorso della spesa netta. Il loro trattamento favorevole è quindi indiretto: riforme e investimenti sanitari possono contribuire, insieme ad altri interventi, a giustificare un periodo di aggiustamento più lungo, ma la relativa spesa continua ordinariamente a concorrere agli aggregati rilevanti per la sorveglianza fiscale europea.

Per altri settori, un ulteriore passo avanti è già stato compiuto: per la difesa è stata introdotta una clausola di salvaguardia nazionale che consente deviazioni temporanee dal percorso di spesa netta, mentre nel 2026 la Commissione ha proposto ulteriori margini per interventi legati alla sicurezza energetica e alla riduzione della dipendenza dai combustibili fossili. Alla luce della crescente attenzione da parte della Commissione alla qualità della spesa pubblica e ai suoi effetti di medio-lungo periodo, appare quindi opportuno interrogarsi sulla possibilità di riconoscere un trattamento più favorevole anche agli investimenti sanitari, con particolare riferimento a strumenti di prevenzione come l'immunizzazione e gli screening.

9.1.2 La sanità nelle politiche pubbliche: il punto di vista dei cittadini

Le scelte di allocazione della spesa pubblica non rappresentano soltanto un esercizio contabile, ma riflettono le priorità che un Paese attribuisce a diversi obiettivi economici e sociali. Tra questi, la salute e la sanità occupano uno spazio centrale nelle opinioni dei cittadini europei e italiani. Le più recenti indagini internazionali mostrano infatti come, anche in un contesto caratterizzato da crescenti pressioni sulla finanza pubblica e dalla competizione tra molteplici priorità di intervento, la salute continui a occupare le prime posizioni nelle preferenze della popolazione.

Un primo elemento particolarmente significativo emerge da una indagine dell'OCSE[14]. Nel 2022, la sanità è risultata la prima priorità tra i servizi pubblici per cui gli intervistati nei Paesi OCSE[15] si sono detti disposti a pagare il 2% in più di tasse o contributi sociali: il 38% contribuirebbe di più per migliorare i servizi sanitari. Seguono, a distanza, le pensioni, indicate dal 30% e i servizi di long-term care per gli anziani dal 25%. La sanità continua, dunque, a rappresentare l'ambito per il quale la disponibilità a contribuire personalmente è maggiore.

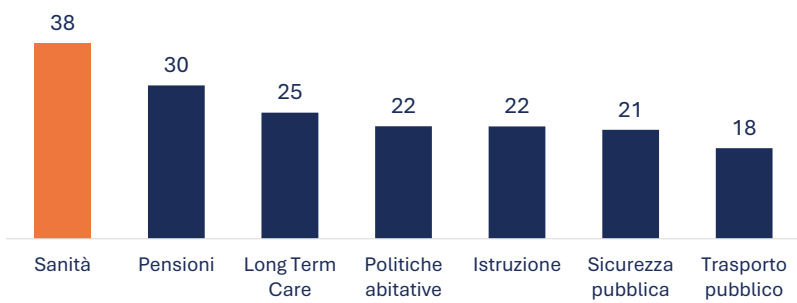


Figura 5. Risposta al sondaggio: «Sareste disposti a essere tassati un ulteriore 2% per investire il gettito in una di queste voci?» nei Paesi OCSE, 2022

Fonte: TEHA Group su dati OCSE, 2026

14 OCSE (2022), "Risks that Matter Survey"
15 Tra cui l'Italia.

La stessa indicazione emerge con ancora maggiore forza quando il vincolo viene formulato in termini più generali. Nell'indagine OCSE, interrogati su quali settori i Governi dovrebbero destinare maggiori risorse tenendo comunque conto delle tasse pagate e dei benefici ricevuti, circa il 74% degli intervistati nei Paesi membri ritiene che la spesa sanitaria dovrebbe aumentare, il valore più elevato tra le principali aree di politica sociale considerate[16]. Il risultato conferma una tendenza già osservata nelle diverse edizioni della survey: sanità, pensioni e assistenza agli anziani rappresentano con continuità le principali richieste di maggiore intervento pubblico.

La domanda di maggiore investimento nella salute risulta particolarmente forte in Italia. L'80,9% degli italiani ritiene infatti che il Governo dovrebbe aumentare la spesa sanitaria, collocando il Paese ai vertici europei, dietro soltanto a Portogallo (86,2%), Irlanda (81,7%) e Grecia (81,3%).

La priorità attribuita alla salute non si esaurisce, peraltro, nella dimensione nazionale. Anche quando ai cittadini viene chiesto di guardare al futuro dell'Unione, pur non essendo una competenza europea, la salute emerge come uno dei principali ambiti sui quali concentrare l'azione pubblica. Nel 2024, il 38% degli europei ha indicato il miglioramento dell'assistenza sanitaria come l'area sulla quale l'UE dovrebbe intervenire con più decisione per preparare il futuro dell'Europa, davanti ai salari (34%), ai redditi e alle pensioni di vecchiaia (30%), all'istruzione e formazione (22%). La stessa indagine evidenzia inoltre che l'accesso a un'assistenza sanitaria di qualità è considerato dal 44% degli intervistati uno degli elementi fondamentali per lo sviluppo sociale ed economico europeo.

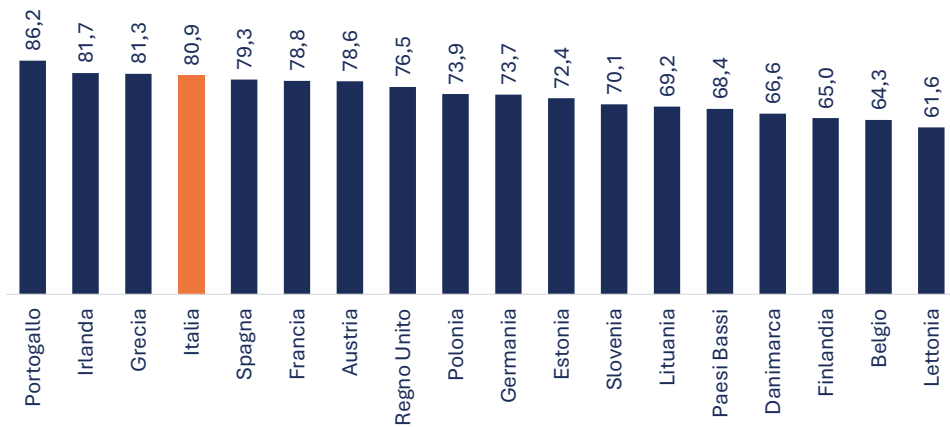


Figura 6. Risposta al sondaggio: «Il governo dovrebbe spendere di più sulla sanità?», 2024

Fonte: TEHA Group su dati Commissione Europea, 2026

Le diverse evidenze restituiscono quindi un quadro chiaro: per i cittadini la salute rappresenta una priorità collettiva da perseguire anche laddove dovesse comportare un costo economico personale ulteriore in termini di tassazione. Questa consapevolezza appare particolarmente significativa in una fase nella quale Governi e Istituzioni sono chiamati a compiere scelte sempre più complesse tra esigenze concorrenti – dalla difesa alla transizione energetica, dal sostegno ai redditi al servizio del debito – all'interno di uno spazio fiscale sempre più limitato.

16 Sanità, pensioni, long-term care, disabilità, istruzione.

9.2 LA SPESA SANITARIA PUBBLICA: FINANZIAMENTO DEL SSN E RISULTATI DI ESERCIZIO REGIONALI

Come anticipato nel Paragrafo 9.1 del presente Capitolo, la sanità assorbe una quota rilevante della spesa pubblica nell'UE: oltre 1.300 miliardi di euro, pari al 15% del totale. Tra i principali Paesi membri vi è però un significativo livello di eterogeneità, dai 4.973 euro pro capite[17] della Germania ai 1.389 della Grecia. Questo gradiente segue sostanzialmente la stessa traiettoria del PIL pro capite, con i Paesi membri più sviluppati economicamente, come Germania, Irlanda e Paesi Bassi, che riescono a sostenere un investimento in salute maggiore di quelli meno sviluppati. L'Italia, che pure registra un PIL pro capite in linea con la media dell'UE[18], presenta una spesa inferiore alla metà di quella tedesca e più bassa di quella spagnola, con 2.374 euro pro capite.

Se la spesa sanitaria pubblica pro capite può essere letta come un indicatore della quantità di beni e servizi sanitari messi a disposizione dei cittadini, la spesa espressa in rapporto al PIL restituisce invece una misura del peso relativo attribuito alla sanità nelle scelte di allocazione delle risorse pubbliche e, quindi, del grado di priorità riconosciuto al settore nelle agende di governo.

Anche vista da questa prospettiva, la distribuzione non subisce grandi cambiamenti: la Germania e la Francia guidano con rispettivamente l'11% e il 9,6% del PIL investito in sanità pubblica, seguiti da un gruppo di 4 Paesi membri del Nord Europa (Svezia, Paesi Bassi, Belgio e Danimarca). Anche in questo caso, l'Italia si posiziona in coda, con un lieve miglioramento registrato negli ultimi anni. Nonostante il minore livello di spesa, il Paese consegue risultati di salute di rilievo nel confronto europeo, a partire dall'elevata speranza di vita (si veda il Capitolo 2).

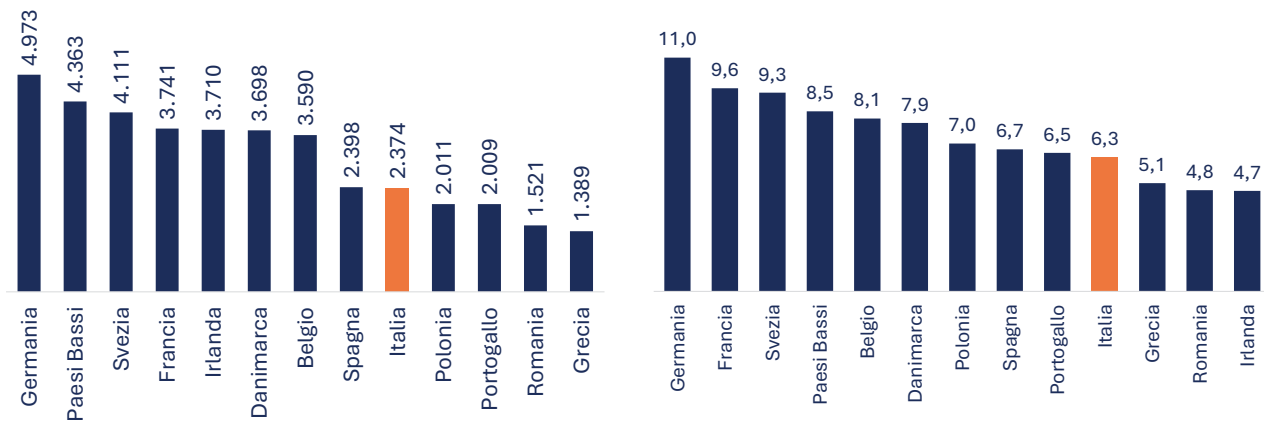


Figura 7. A sinistra: Spesa sanitaria pubblica pro capite a parità di potere d'acquisto (euro), 2024.
A destra: Spesa sanitaria pubblica (% del PIL), 2025

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat, 2026

Anche dal punto di vista della composizione della spesa sanitaria pubblica emergono differenze rilevanti tra i Paesi membri, sebbene in questo caso possano essere in parte riconducibili più a differenti metodologie di contabilizzazione che a effettive differenze nelle scelte di allocazione delle risorse. Un primo elemento rilevante riguarda l'elevato livello di efficienza raggiunto dai sistemi sanitari europei, capaci

17 I dati sono a parità di potere d'acquisto per restituire una maggiore confrontabilità.
18 Nel 2025 il PIL pro capite italiano a parità di potere d'acquisto era il 96% della media dell'Unione Europea.

di operare destinando alla governance e all'amministrazione una quota minoritaria della spesa complessiva. In particolare, la quota destinata alla governance varia dallo 0,7% del Portogallo al 4,1% della Danimarca. Anche l'Italia presenta un livello contenuto di spesa per questa funzione, pari allo 0,8% della spesa sanitaria pubblica complessiva.

Un ulteriore aspetto da sottolineare riguarda le scelte di allocazione delle risorse per la long-term care. La quota di spesa varia dal 27,5% della spesa sanitaria pubblica in Danimarca al 2,1% in Grecia, mentre in Italia si attesta al 7,7%[19]. Questa differenza non appare direttamente correlata all'età media della popolazione, ma riflette piuttosto differenti livelli di sviluppo e maturità dei sistemi assistenziali: alcuni Paesi hanno già orientato in misura significativa la propria offerta verso le esigenze imposte dal nuovo contesto demografico ed epidemiologico, caratterizzato dalla crescente rilevanza delle cronicità e dell'assistenza alla popolazione anziana, mentre altri presentano ancora margini di sviluppo in questa direzione.

Circoscrivendo l'analisi alla spesa sanitaria pubblica in Italia, emerge negli ultimi anni un significativo sforzo per rafforzare l'investimento nella salute della popolazione. Rispetto ai 131,3 miliardi di euro di spesa sanitaria pubblica registrati nel 2022, nel 2026 la spesa dovrebbe attestarsi sui 148,8 miliardi di euro, con una crescita del 13,1% in 4 anni. Secondo i dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze[20], questa dinamica si consoliderà nei prossimi anni con una spesa prevista al rialzo fino a 160 miliardi di euro nel 2029.

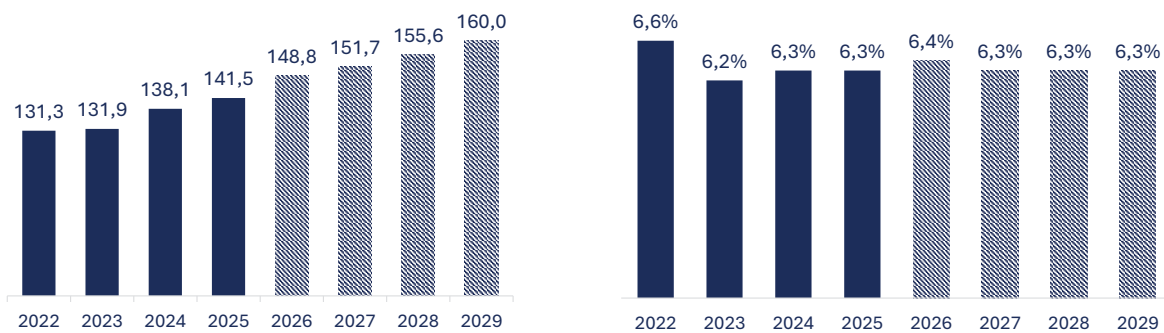


Figura 8. A sinistra: Spesa sanitaria pubblica (miliardi di euro), 2022-2029e.
A destra: Spesa sanitaria pubblica (% del PIL), 2022-2029e

Fonte: TEHA Group su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2026

Anche in termini di rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL, dopo la flessione registrata tra il 2022 e il 2023, legata anche alla ripresa dell'attività economica nel periodo post-pandemico, il valore è tornato a crescere fino al 6,4% del PIL nel 2026, superando così il livello del 2019, precedente alla pandemia di COVID-19. Secondo le previsioni, la spesa dovrebbe scendere al 6,3% del PIL nel 2027 e stabilizzarsi su questo livello[21].

Il Documento programmatico di bilancio 2027 prevede inoltre per le misure riconducibili alla sanità un impatto netto sui saldi di finanza pubblica pari allo 0,1% del PIL nel 2027, corrispondente a circa 2,4 miliardi di euro. Tale valore non rappresenta tuttavia necessariamente un incremento della spesa sanitaria pubblica, poiché misura l'effetto complessivo delle misure della manovra, comprensivo di interventi sia sul lato delle entrate sia su quello delle spese.

19 Le differenze nei criteri di contabilizzazione della spesa sanitaria possono limitare la comparabilità tra Paesi europei.
20 Ministero dell'Economia e delle Finanze, Documento Programmatico di Finanza Pubblica (DPFP) del 2 ottobre 2026.
21 Ibid.

Una criticità legata alla spesa sanitaria pubblica in Italia è rappresentata dalla progressiva divaricazione tra la dinamica della spesa e quella del finanziamento del SSN. I due aggregati non coincidono necessariamente, ma il loro crescente scostamento rappresenta un segnale rilevante della capacità delle risorse programmate di tenere il passo con l'evoluzione dei costi. Nel 2022, a fronte di 131,3 miliardi di euro di spesa sanitaria corrente, il finanziamento del SSN era pari a 126,0 miliardi, con un differenziale di circa 5,3 miliardi; dopo una temporanea riduzione nel 2023, il divario è tornato progressivamente ad ampliarsi, raggiungendo 5,9 miliardi nel 2026[22].

Questa dinamica è destinata ad accentuarsi nei prossimi anni. Tra il 2026 e il 2028, infatti, la spesa sanitaria corrente è prevista crescere da 148,8 a 155,6 miliardi di euro, con un incremento di circa 6,8 miliardi (+4,6%), mentre nello stesso periodo il finanziamento del SSN aumenterebbe soltanto da 142,9 a 144,8 miliardi, pari a circa 1,9 miliardi (+1,3%). Di conseguenza, il differenziale tra spesa e finanziamento passerebbe da 5,9 miliardi nel 2026 a oltre 10 miliardi nel 2028, quasi raddoppiando nell'arco di 2 anni. La crescita prevista della spesa sanitaria non risulta quindi accompagnata da un aumento di pari entità delle risorse strutturalmente destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale.

La stessa Corte dei Conti[23] richiama l'attenzione su questo punto: pur continuando a crescere in valore assoluto, il finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale è previsto ridursi in rapporto al PIL dal 6,14% nel 2026 al 5,78% nel 2029, mentre la spesa sanitaria rimarrebbe stabile intorno al 6,3% del PIL.

Secondo le anticipazioni, nell'ambito della Legge di Bilancio 2027 è previsto un ulteriore aumento del finanziamento per il Fondo Sanitario Nazionale di 3,4 miliardi di euro, arrivando così a 146,3 miliardi di euro. Pur trattandosi di un miglioramento significativo resta comunque insufficiente a coprire i fabbisogni di spesa stimati dal Ministero dell'Economia e delle Finanze[24].

Si segnala inoltre che, a ottobre 2026, il Fondo Sanitario Nazionale 2026 non è stato ancora ripartito tra le Regioni. Il mancato perfezionamento dell'Intesa determina un disallineamento tra le risorse complessivamente stanziate e i flussi finanziari effettivamente disponibili per i Servizi Sanitari Regionali, che continuano a essere parametrati ai livelli degli esercizi precedenti. Il ritardo si traduce quindi in tensioni di liquidità e minore capacità di programmazione regionale e aziendale, proprio mentre i sistemi sanitari sono chiamati a sostenere maggiori costi correnti, rinnovi contrattuali e convenzionali e bisogni assistenziali crescenti. A ciò si aggiunge il rischio di ritardi nell'assegnazione di parte dei finanziamenti vincolati destinati a specifiche aree di assistenza. Il rapido completamento del riparto rappresenta quindi una condizione essenziale per riallineare le risorse disponibili ai fabbisogni del 2026 e garantire maggiore certezza alla programmazione del SSN.

22 Corte dei Conti, 2026.
23 Corte dei Conti (2026), "Audizione della Corte dei Conti sul Documento Programmatico di Finanza Pubblica (DPFP) 2026".
24 Per approfondimenti si veda il Paragrafo 9.6.

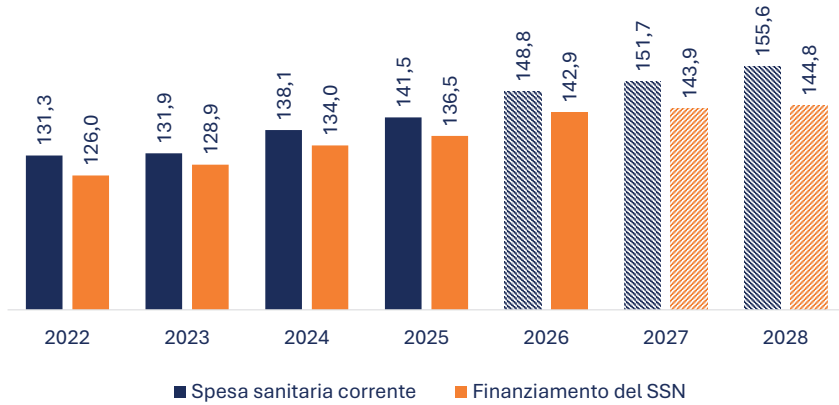


Figura 9. Spesa sanitaria pubblica e finanziamento del SSN (miliardi di euro), 2022-2028e

Fonte: TEHA Group su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2026

Lo scostamento tra finanziamento e spesa non implica che la parte eccedente della spesa rimanga priva di copertura: il fabbisogno deve comunque essere assorbito attraverso altre risorse pubbliche, in particolare regionali, oppure attraverso interventi correttivi sui costi e sull'organizzazione dei servizi. Tuttavia, quando il divario assume carattere strutturale, aumenta la pressione sui bilanci regionali e il rischio che le diverse capacità fiscali e finanziarie dei territori si traducano in una maggiore eterogeneità nella capacità di garantire i servizi.

Questa eterogeneità è già oggi particolarmente significativa: tra la Provincia Autonoma di Bolzano e la Campania si osserva una differenza nella spesa sanitaria di circa 900 euro pro capite. Il divario è in parte riconducibile alle Regioni a statuto speciale e alle Province Autonome che, grazie a specifici meccanismi di autonomia fiscale, dispongono di una maggiore capacità di spesa in ambito sanitario[25]. A tale maggiore autonomia finanziaria corrisponde, tuttavia, una più ampia responsabilità nel finanziamento del proprio Servizio Sanitario Regionale, sostenuto attraverso risorse proprie[26]. La distribuzione del finanziamento indistinto del Fondo Sanitario Nazionale tra le Regioni è infatti molto più omogenea, dai 2.101 euro pro capite della P.A. di Bolzano ai 2.261 euro della Liguria. È significativo notare anche come in tutte le Regioni la spesa superi il finanziamento[27].

25 Le Regioni e Province Autonome a statuto speciale trattengono, secondo percentuali definite dai rispettivi Statuti, quote rilevanti del gettito di tributi erariali riscossi sul territorio, tra cui IRPEF e IVA, oltre al gettito di tributi propri regionali come l'IRAP.

26 Tutte le Regioni e Province Autonome a statuto speciale provvedono integralmente al finanziamento dei loro sistemi sanitari, con l'eccezione della Sicilia per la quale è previsto un contributo statale pari al 50,89% del finanziamento complessivo.

27 Il riparto della componente "finalizzata" del FSN, pari a circa il 4-5% del totale, compensa solo in parte la differenza.

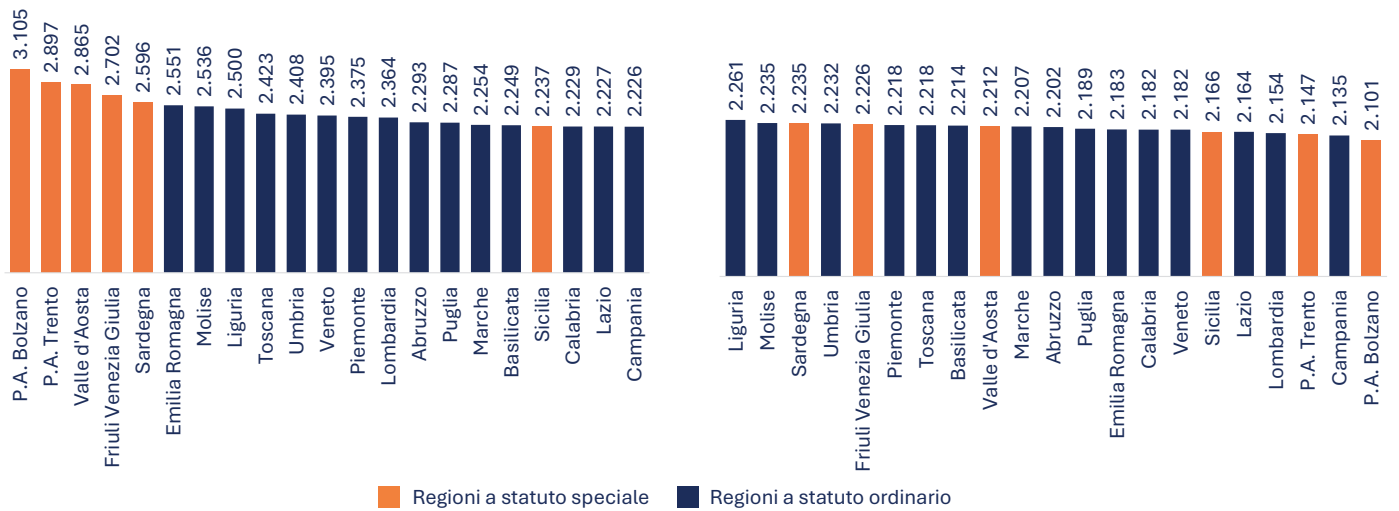


Figura 10. A sinistra: Spesa sanitaria pubblica pro capite nelle Regioni (euro), 2024.
A destra: Finanziamento sanitario pubblico pro capite ante mobilità nelle Regioni (euro), 2024

Fonte: TEHA Group su dati Ragioneria Generale dello Stato, 2026

La maggiore autonomia finanziaria consente inoltre ad alcune Regioni a statuto speciale di assorbire più agevolmente eventuali disavanzi sanitari attraverso risorse proprie. Al di là delle specificità dei diversi modelli di finanziamento regionale, emerge tuttavia un elemento di particolare attenzione: il progressivo deterioramento del risultato economico complessivo dei Servizi Sanitari Regionali. Nel 2024, il disavanzo aggregato delle Regioni italiane, autonome e non, ha infatti raggiunto circa 2,6 miliardi di euro[28], proseguendo una dinamica di crescita particolarmente marcata negli ultimi anni.

28 Il dato non è direttamente confrontabile con il disavanzo riportato dalla Corte dei Conti nell'ambito dell'audizione sul Documento Programmatico di Bilancio 2026, che considera le coperture e gli ulteriori trasferimenti delle Province Autonome e delle Regioni a statuto speciale e che per il 2024 è pari a circa 1,5 miliardi di euro, mentre nel 2025 sale a 2,3 miliardi.

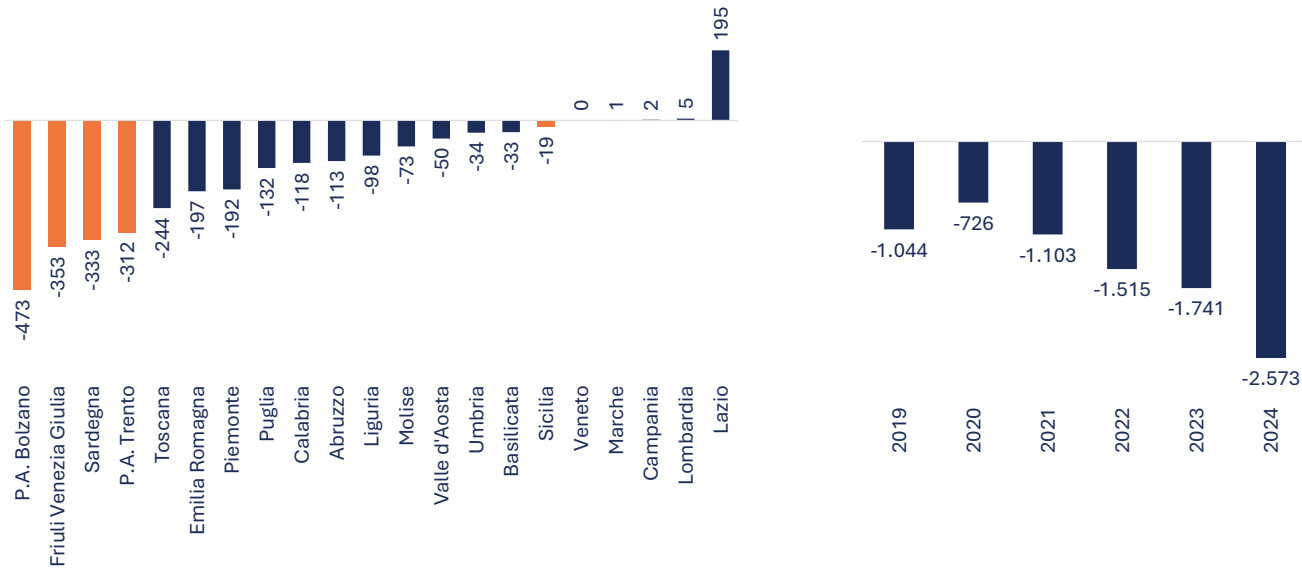


Figura 11. A sinistra: Utile o perdita di esercizio nelle Regioni italiane senza coperture e senza ulteriori trasferimenti da Province Autonome e Regioni a Statuto Speciale (milioni di euro), 2024.
A destra: Utile o perdita di esercizio a livello nazionale, (milioni di euro), 2019-2024
Fonte: TEHA Group su dati Ragioneria Generale dello Stato, 2026

Un altro aspetto che incide in misura significativa sugli equilibri economici dei sistemi sanitari regionali è quello della mobilità sanitaria. 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 2024 al massimo storico di 2,9 miliardi di euro[29].

Le conseguenze sui bilanci delle Regioni sono rilevanti, con un forte trasferimento di risorse dal Sud al Nord del Paese. Nel 2024 le principali Regioni beneficiarie sono state Emilia Romagna (+419,3 milioni di euro), Lombardia (+385,7 milioni) e Veneto (+111,9 milioni). Al contrario, le Regioni che hanno visto i propri cittadini rivolgersi più spesso a strutture fuori dai confini regionali sono state Campania (-210,5 milioni), Calabria (-194,0 milioni) e Sicilia (-138,2 milioni). Complessivamente, vi sono solo 7 Regioni con un saldo attivo a fronte di 14 con un saldo negativo.

A fronte delle tensioni che caratterizzano i bilanci sanitari regionali, le Regioni possono mobilitare risorse proprie aggiuntive rispetto al finanziamento ordinario del Servizio Sanitario Nazionale, destinate sia alla copertura dei LEA (767 milioni di euro nel 2024[30]) sia al finanziamento di prestazioni extra-LEA (206 milioni di euro).

29 AGENAS (2025), "Mobilità Sanitaria. Terzo rapporto, edizione 2025"

30 Le risorse aggiuntive contabilizzate nelle voci dedicate del Conto Economico considerate (AA0080: risorse aggiuntive regionali per la copertura dei LEA; AA0090: risorse aggiuntive regionali per la copertura degli extra-LEA) non esauriscono necessariamente l'insieme delle coperture utilizzate dalle Regioni per il ripiano dei disavanzi sanitari. A seconda dei casi, le Regioni possono infatti ricorrere anche a maggiori entrate fiscali regionali – ad esempio derivanti dalle maggiorazioni dell'addizionale IRPEF e dell'IRAP – a ulteriori trasferimenti dal bilancio regionale, nonché all'utilizzo di avanzi, utili o riserve disponibili. Per tale ragione, l'ammontare delle risorse aggiuntive riportato in figura non è direttamente confrontabile con il disavanzo sanitario complessivo.

Nel 2024 emergono differenze molto marcate tra territori. La P.A. di Trento registra l'ammontare più elevato, con circa 186 milioni di euro, di cui 166 milioni destinati alla copertura dei LEA e 20 milioni agli extra-LEA. Seguono Sardegna e Calabria, entrambe con circa 126 milioni di euro, interamente destinati alla copertura dei LEA, evidenziando un significativo ricorso a risorse regionali per sostenere l'equilibrio della gestione sanitaria.

Di natura differente è invece il caso dell'Emilia Romagna, che destina circa 89 milioni di euro esclusivamente agli extra-LEA: un dato che non riflette quindi la necessità di ripianare la gestione ordinaria, quanto piuttosto la scelta di finanziare con risorse proprie prestazioni ulteriori rispetto a quelle garantite dal SSN. La forte eterogeneità osservata mostra, dunque, come il ricorso al bilancio regionale possa rispondere a finalità diverse: sostenere l'equilibrio economico dei LEA oppure ampliare il perimetro delle prestazioni offerte ai cittadini oltre i livelli essenziali.

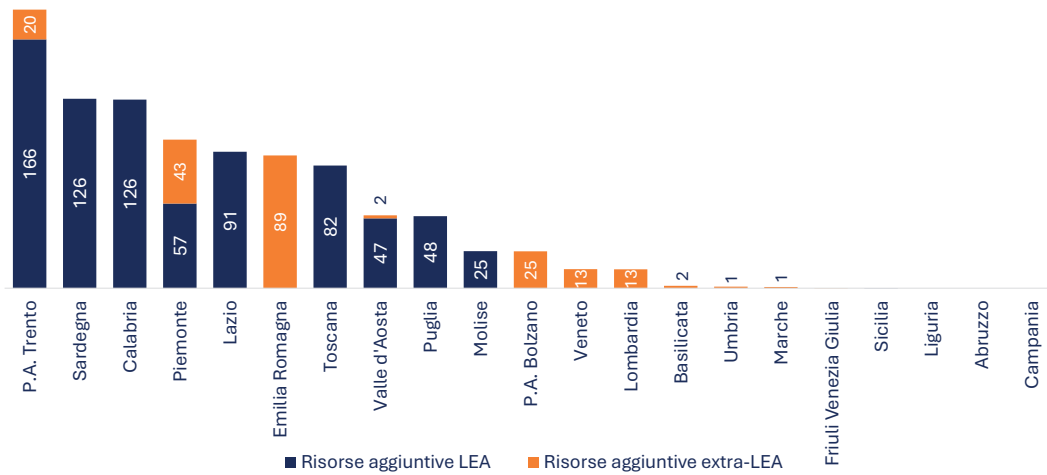


Figura 12. Risorse aggiuntive da bilancio regionale per la copertura dei LEA e degli extra-LEA (milioni di euro), 2024

Fonte: TEHA Group su dati dei bilanci economici consolidati dei Servizi Sanitari Regionali, 2026

Un'ulteriore leva utilizzata da alcune Regioni per far fronte alle crescenti tensioni sui bilanci sanitari è rappresentata dall'incremento della fiscalità regionale. Nel biennio 2025-2026 diversi territori sono intervenuti, con modalità differenti, sull'addizionale IRPEF e su altri tributi regionali. In Abruzzo, dal 2025, è stata rimodulata al rialzo l'addizionale IRPEF sui redditi medio-alti, generando circa 42,5 milioni di euro di maggior gettito, espressamente destinati alla copertura del disavanzo sanitario. Anche l'Umbria ha introdotto dal 2025 una maggiore imposizione IRPEF, accompagnata dal 2026 da un aumento dell'IRAP, nell'ambito della manovra adottata anche per reperire le risorse necessarie al riequilibrio del Servizio Sanitario Regionale.

In Emilia Romagna, la manovra avviata nel 2025 ha previsto l'aumento dell'addizionale IRPEF sui redditi più elevati e, dal 2026, una maggiorazione dell'IRAP di 0,3 p.p. e del bollo auto, nell'ambito di un più ampio intervento finalizzato a sostenere la sanità e gli altri servizi pubblici regionali. Infine, in Puglia, nel 2026 è stato predisposto un significativo aumento dell'addizionale IRPEF per i redditi superiori a 15.000 euro, specificamente finalizzato alla copertura del disavanzo del Servizio Sanitario Regionale.

Sempre nell'ambito di politiche regionali per la sanità pubblica, nell'ottobre 2026 il Consiglio dei Ministri ha approvato gli schemi di intesa con le Regioni Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto, che prevedono maggiori margini di autonomia nella definizione di tariffe di rimborso e remunerazione delle prestazioni[31], nella gestione delle risorse statali destinate agli investimenti edilizi e tecnologici, nell'istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi e nell'impiego di risorse proprie per personale e prestazioni aggiuntive. Le intese non modificano tuttavia né il livello di finanziamento del SSN né i criteri di riparto, ma ampliano i margini regionali di programmazione e utilizzo delle risorse, rafforzando il ruolo dei bilanci e delle scelte regionali nella governance finanziaria del sistema sanitario. Questi schemi di intesa dovranno ora essere ratificati dal Parlamento.

9.2.1 Colmare il divario con l'Europa: fabbisogno e sostenibilità del finanziamento sanitario

Il confronto europeo evidenzia come l'Italia destini alla sanità pubblica una quota di risorse inferiore rispetto alla media dell'Unione. Nel 2025 la spesa sanitaria pubblica italiana si attesta intorno al 6,3% del PIL, mentre nell'UE-27 l'incidenza è pari a circa il 7,4% del PIL[32]. Assumendo quest'ultimo valore come benchmark, l'allineamento dell'Italia richiederebbe quindi un incremento di circa 1,1 p.p. di PIL, corrispondenti, ai livelli attuali, a un ordine di grandezza di circa 24 miliardi di euro aggiuntivi all'anno.

Reperire stabilmente risorse aggiuntive di tale entità attraverso il bilancio pubblico non è tuttavia semplice. Una prima possibilità sarebbe rappresentata da maggiori entrate fiscali o contributive. Lo spazio per un aumento generalizzato della tassazione appare però limitato: nel 2025 la pressione fiscale italiana ha raggiunto il 42,9% del PIL[33], collocandosi su livelli storicamente molto elevati. Un incremento strutturale della spesa sanitaria finanziato esclusivamente attraverso nuove entrate richiederebbe quindi interventi fiscali di dimensione significativa, con inevitabili implicazioni sulla capacità di spesa delle famiglie e sulla competitività del sistema economico.

Una seconda strada consiste invece nella riallocazione della spesa pubblica, attribuendo alla sanità una priorità maggiore a parità di risorse complessive. È una prospettiva particolarmente rilevante alla luce delle analisi già menzionate sulla composizione "growth-friendly" della spesa pubblica. Per l'Italia emerge infatti un potenziale di riallocazione verso sanità, istruzione, ricerca e infrastrutture superiore alla media europea, suggerendo che parte del problema riguardi non soltanto la quantità complessiva delle risorse pubbliche disponibili, ma anche il modo in cui queste vengono distribuite tra le diverse funzioni. Una maggiore priorità assegnata alla salute potrebbe quindi rappresentare una leva strutturale per rafforzare il finanziamento del SSN senza accrescere necessariamente la dimensione complessiva del bilancio pubblico.

Anche questa opzione incontra tuttavia limiti rilevanti nel breve periodo. Una quota consistente della spesa pubblica italiana è infatti assorbita da componenti caratterizzate da un elevato grado di rigidità, a partire dalle prestazioni pensionistiche e dalla spesa per interessi sul debito, difficilmente comprimibili e riallocabili rapidamente senza profonde riforme o senza compromettere obblighi già assunti. La riallocazione costituisce quindi una leva potenzialmente importante soprattutto nel medio-lungo periodo, ma richiede scelte precise sulle priorità di finanza pubblica e una trasformazione progressiva della composizione della spesa.

31 La possibilità di definire tariffe regionali diverse da quelle nazionali consente di adattare i livelli di remunerazione alle caratteristiche dei costi, dell'offerta e dei fabbisogni locali. Una Regione può, ad esempio, scegliere di riconoscere tariffe più elevate per alcune prestazioni considerate strategiche per sostenere erogatori che operano in contesti caratterizzati da costi maggiori o per incentivare un aumento del volume di prestazioni erogate. Eventuali maggiori oneri rispetto alle tariffe nazionali devono tuttavia essere sostenuti con risorse regionali proprie.

32 Eurostat, 2026.

33 Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2026.

Una terza possibilità è finanziare le maggiori risorse attraverso un incremento del disavanzo pubblico. Tale soluzione potrebbe consentire di sostenere temporaneamente maggiori livelli di spesa senza aumentare nell'immediato la tassazione o ridurre altre voci di bilancio, ma appare difficilmente sostenibile come fonte permanente di finanziamento della spesa sanitaria pubblica. L'Italia parte, infatti, da un rapporto debito/PIL pari al 137,1% nel 2025, previsto ancora in aumento nei prossimi anni. In un contesto nel quale i mercati obbligazionari mostrano una crescente attenzione alla sostenibilità delle finanze pubbliche[34], un'espansione strutturale del deficit potrebbe inoltre tradursi in maggiori costi di finanziamento del debito, assorbendo nel tempo parte dello stesso spazio fiscale che si vorrebbe destinare alla sanità.

Nessuna delle tre leve appare quindi, isolatamente, in grado di garantire agevolmente un incremento strutturale delle risorse dell'ordine necessario per colmare interamente il divario con la media europea. Un eventuale percorso di convergenza richiederebbe verosimilmente una combinazione di maggiore priorità politica attribuita alla sanità nella composizione della spesa pubblica, crescita delle entrate e gradualità nell'incremento delle risorse, all'interno di un quadro compatibile con la sostenibilità complessiva della finanza pubblica. Un'altra condizione necessaria è l'uscita dalla procedura di deficit eccessivo, prevista per il 2027.

Le difficoltà nel reperire risorse pubbliche aggiuntive non fanno tuttavia venir meno la crescita dei bisogni sanitari, specie in un contesto di invecchiamento demografico. Se il finanziamento pubblico non aumenta in misura sufficiente ad assorbire questi bisogni crescenti, il differenziale non scompare, ma tende a essere trasferito verso altri soggetti. Una parte può passare attraverso fondi sanitari, welfare aziendale e assicurazioni – che stanno infatti crescendo in termini di spesa intermediata – trasformandosi in una forma di finanziamento collettivo ma limitata alla popolazione coperta. Un'altra può invece ricadere direttamente sulle famiglie attraverso la spesa out-of-pocket o, nei casi più critici, tradursi in rinuncia o rinvio dei consumi sanitari, anche questo un fenomeno in crescita da anni[35].

Ferma restando la necessità di rafforzare le risorse destinate alla sanità pubblica, appare altrettanto importante intervenire sull'efficienza della spesa già sostenuta, con l'obiettivo di massimizzarne l'impatto in termini di esiti di salute. A titolo di esempio, un'analisi di AGENAS[36] evidenziava come il costo di una giornata di degenza potesse risultare, in alcune strutture ospedaliere, fino a 5 volte superiore rispetto a quello registrato nelle strutture più efficienti. Un differenziale di tale ampiezza segnala l'esistenza di significativi margini di miglioramento nell'utilizzo delle risorse.

9.3 LA SPESA SANITARIA PRIVATA E LA PROPENSIONE DEI CITTADINI A INVESTIRE IN SALUTE

La spesa sanitaria privata rappresenta ormai una componente strutturale dei sistemi sanitari europei e riflette l'interazione tra una domanda di salute in progressivo aumento e la difficoltà dei sistemi sanitari pubblici di rispondervi. L'invecchiamento della popolazione, la crescente prevalenza delle patologie croniche, l'innovazione terapeutica e tecnologica contribuiscono ad ampliare e diversificare i bisogni sanitari. A questi fattori si aggiungono aspettative crescenti da parte dei cittadini rispetto alla tempestività, alla continuità e alla personalizzazione delle cure, che non sempre trovano una risposta pienamente adeguata nell'offerta pubblica.

In questo contesto, il ricorso alla spesa privata non può essere letto unicamente come un problema di equità, né come una soluzione alle difficoltà di sostenibilità del sistema pubblico. Da un lato, infatti, quando la possibilità di accedere tempestivamente alle cure dipende dalla capacità di sostenerne direttamente il costo, si rischia di ampliare le disuguaglianze tra cittadini con diversa disponibilità economica.

34 Si veda ad esempio il recente aumento dei tassi di interesse sulle obbligazioni francesi e italiane a causa dell'elevato debito pubblico.
35 Secondo ISTAT, nel 2025 il 9,6% della popolazione ha rinunciato a prestazioni sanitarie per ragioni economiche o a causa delle lunghe liste di attesa.
36 AGENAS (2025), "Performance delle Aziende Ospedaliere".

Dall'altro, una componente privata ben regolata e integrata con il SSN può rappresentare una risorsa complementare, contribuendo ad ampliare la capacità complessiva di risposta ai bisogni di salute.

La questione centrale riguarda quindi il modo in cui pubblico e privato vengono raccordati. Se adeguatamente coordinati, possono svolgere funzioni complementari, evitando duplicazioni e sovrapposizioni e orientando le risorse private verso ambiti nei quali possono generare valore aggiuntivo per il sistema. In questa prospettiva, il tema non è tanto la presenza della spesa privata in sé, quanto la capacità di governarla in modo coerente con i principi di universalità ed equità del SSN[37].

Il confronto con i principali Paesi europei mostra come l'Italia non si distingua per un livello particolarmente elevato di spesa sanitaria privata, quanto piuttosto per le modalità attraverso cui questa viene sostenuta. Nel 2025 la spesa privata italiana si attesta a 854 euro pro capite a parità di potere d'acquisto, un valore sostanzialmente in linea con quello della Germania (857 euro) e della Spagna (872 euro), inferiore a quello registrato nei Paesi Bassi (935 euro) e soprattutto in Austria e Belgio, dove supera i 1.300 euro pro capite. Valori più contenuti si osservano invece in Francia (788 euro), Svezia (696 euro), Polonia (693 euro) e Romania (447 euro)[38].

A caratterizzare maggiormente il modello italiano è invece la composizione della spesa privata. Nel 2025, l'85,9% della spesa sanitaria privata è sostenuto direttamente dalle famiglie, mentre soltanto il restante 14,1% è intermediato attraverso assicurazioni sanitarie volontarie e altri regimi di finanziamento. Tra i Paesi considerati, soltanto Grecia, Svezia e Romania presentano un peso della spesa diretta superiore a quello italiano. In altri sistemi europei la componente intermediata assume invece un ruolo sensibilmente maggiore: in Francia rappresenta circa il 39% della spesa privata, in Austria quasi il 32% e nei Paesi Bassi circa il 30%[39].

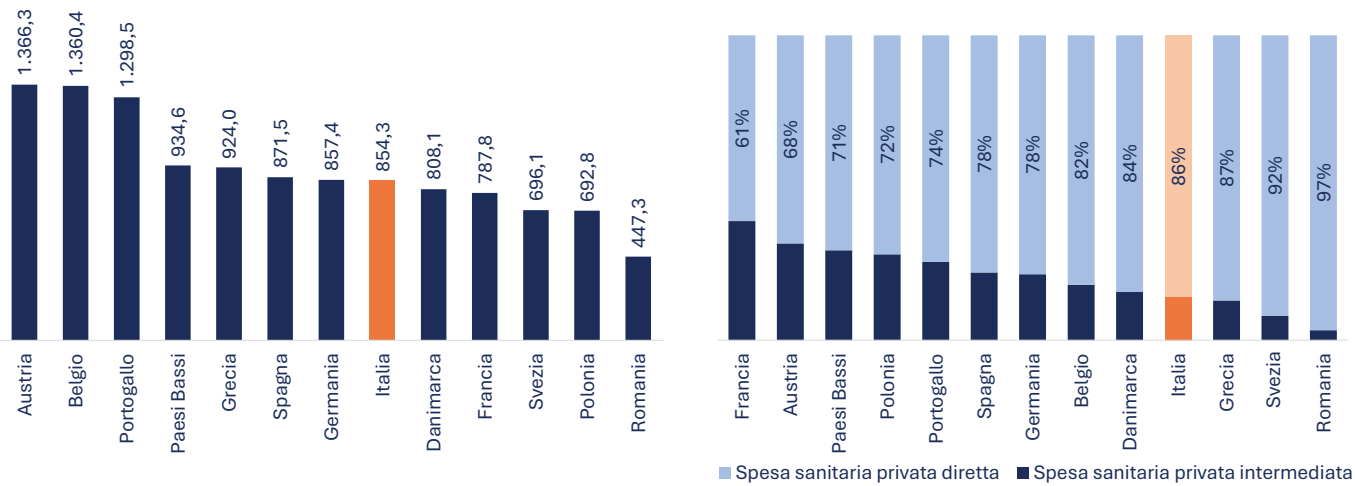


Figura 13. A sinistra: Spesa sanitaria privata pro capite (euro a parità di potere d'acquisto), 2025.
A destra: Spesa sanitaria privata per tipologia (%), 2025 o ultimo dato disponibile

Fonte: TEHA Group su dati OCSE, 2026

37 Su questo punto si veda il Paragrafo 7.3.1. del XX Rapporto Meridiano Sanità.
38 Eurostat, 2026.
39 Ibid.

Il confronto evidenzia quindi una peculiarità rilevante del caso italiano: più che l'ammontare complessivo delle risorse private destinate alla salute, è il loro elevato grado di finanziamento diretto da parte delle famiglie a differenziare l'Italia dagli altri Paesi europei. Questo assetto espone maggiormente il cittadino al costo della prestazione nel momento in cui emerge il bisogno di cura e rende particolarmente rilevante il tema delle forme di intermediazione della spesa privata. Proprio da questa prospettiva è utile osservare come, negli ultimi anni, la composizione della spesa privata italiana stia progressivamente evolvendo.

Guardando all'evoluzione della spesa privata in Italia, nell'ultimo decennio emerge una crescita di entrambe le principali componenti, ma con intensità molto differenti. Tra il 2016 e il 2025 la spesa sostenuta direttamente dalle famiglie è passata da 35,2 a 42,4 miliardi di euro, registrando un aumento complessivo di circa il 20%. Nello stesso periodo, la spesa attraverso regimi di finanziamento volontari è quasi raddoppiata, passando da 3,5 a circa 7 miliardi di euro. Pur rimanendo nettamente prevalente il pagamento diretto, la componente intermediata sta quindi assumendo un peso progressivamente maggiore all'interno della spesa sanitaria privata italiana.

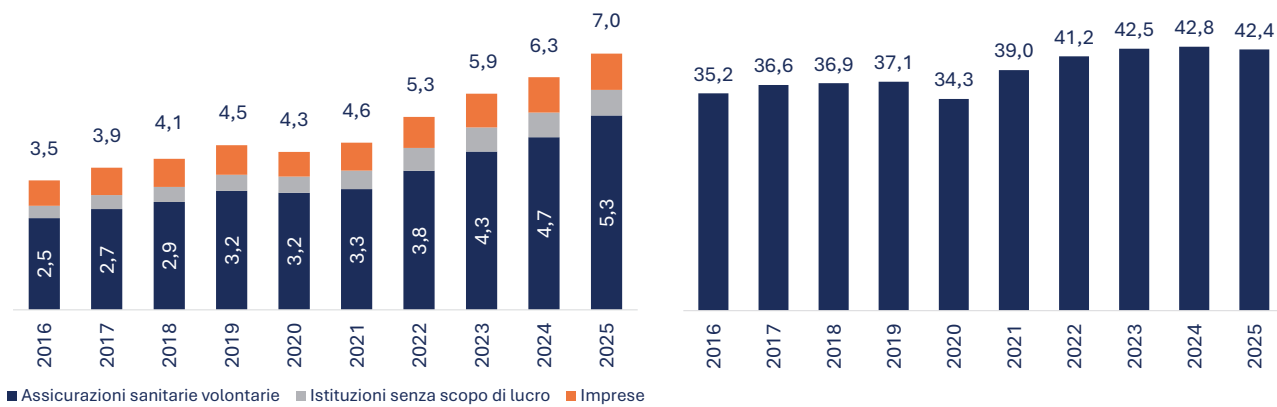


Figura 14. A sinistra: Spesa sanitaria tramite regimi di finanziamento volontari (miliardi di euro), 2016-2025.
A destra: Spesa diretta delle famiglie (miliardi di euro), 2016-2025

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2026

La diversa dinamica delle due componenti emerge ancora più chiaramente osservandone i tassi di crescita annuali. Ad eccezione del 2021, la spesa intermediata ha registrato incrementi sistematicamente superiori a quelli della spesa diretta delle famiglie. La differenza è particolarmente evidente negli anni più recenti: nel 2023 la componente intermediata è cresciuta del 12,0%, contro il 3,0% della spesa diretta; nel 2024 rispettivamente del 7,6% e dello 0,7%. Nel 2025 le due dinamiche arrivano a divergere ulteriormente, con una crescita del 10,1% della spesa intermediata a fronte di una riduzione dell'1,0% della spesa sostenuta direttamente dalle famiglie.

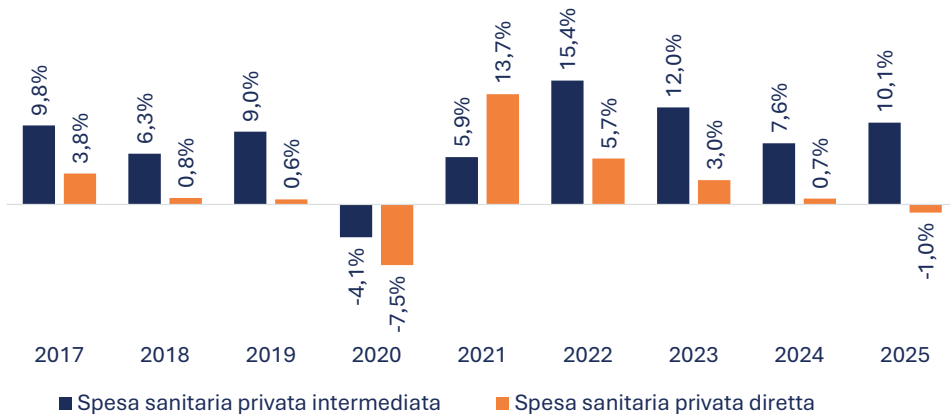


Figura 15. Tasso di crescita annuale della spesa sanitaria privata intermediata e diretta (%), 2017-2025

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2026

La crescita della spesa privata italiana sembra quindi accompagnarsi a una graduale evoluzione delle modalità attraverso cui viene finanziata, con un ruolo crescente delle forme di intermediazione. Diventa pertanto rilevante comprendere non soltanto quanto si spende attraverso i diversi canali, ma anche quali tipologie di bisogni e prestazioni vengono finanziate, distinguendo tra spesa sostenuta direttamente dalle famiglie e regimi di finanziamento volontari.

La diversa natura delle due componenti della spesa privata emerge con maggiore chiarezza osservandone la composizione per funzione di assistenza. Nel 2025, la spesa sostenuta direttamente dalle famiglie si concentra quasi interamente sulle prestazioni di cura e riabilitazione e sull'acquisto di prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici, che assorbono rispettivamente 19,1 e 15,5 miliardi di euro, pari complessivamente a oltre l'80% della spesa diretta. Seguono l'assistenza sanitaria di lunga durata (4,8 miliardi) e i servizi ausiliari (2,9 miliardi). La spesa direttamente sostenuta dalle famiglie per la prevenzione rimane invece residuale, pari a circa 67 milioni di euro.

La spesa intermediata attraverso i regimi di finanziamento volontari presenta una composizione sensibilmente diversa. Anche in questo caso la principale funzione assistenziale è rappresentata dalle cure e dalla riabilitazione, cui nel 2025 sono destinati circa 2,4 miliardi di euro, ma assume particolare rilievo la prevenzione, che supera 1 miliardo di euro, pari a circa il 15% della spesa complessivamente intermediata. Si tratta di un valore oltre quindici volte superiore alla spesa direttamente sostenuta dalle famiglie per la stessa funzione.

Funzione di assistenza	2023		2024		2025	
	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)	19.363	2.001	19.712	2.191	19.061	2.427
Assistenza sanitaria di lunga durata – LTC (assistenza residenziale e ospedaliera, assistenza diurna, ambulatoriale e domiciliare)	4.706	244	4.827	264	4.816	271
Servizi ausiliari non specificati per funzione	2.791	367	2.925	405	2.918	453
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	15.553	360	15.261	380	15.495	441
Servizi per la prevenzione delle malattie	67	948	66	991	67	1.017
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	0	1.962	0	2.098	0	2.362
Tutte le funzioni	**42.480**	**5.882**	**42.791**	**6.329**	**42.357**	**6.971**

Figura 16. Spesa diretta delle famiglie e dei regimi di finanziamento volontari per funzioni di assistenza (milioni di euro), 2023-2025

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, 2026

La maggiore propensione dei regimi di finanziamento volontari a sostenere attività di prevenzione rappresenta già oggi un elemento concreto di complementarità con il Servizio Sanitario Nazionale. Nel 2025, infatti, i regimi volontari hanno destinato alla prevenzione oltre 1 miliardo di euro, pari a circa il 15% della spesa intermediata complessiva, a fronte di appena 67 milioni sostenuti direttamente dalle famiglie per la stessa funzione. Si tratta quindi di risorse che già oggi ampliano la capacità complessiva del sistema di investire in prevenzione.

Questo contributo assume particolare rilevanza in ambiti nei quali l'offerta pubblica non è universalmente garantita o risulta circoscritta a specifiche categorie di popolazione o condizioni cliniche. È il caso, ad esempio, della prevenzione odontoiatrica, dove fondi e coperture integrative possono finanziare visite periodiche, igiene orale e controlli preventivi che non rientrano in modo sistematico nell'offerta del SSN. Lo stesso può avvenire per alcuni check-up preventivi, visite specialistiche o accertamenti diagnostici offerti al di fuori dei programmi organizzati di screening pubblico. In questi ambiti, la sanità integrativa può quindi già svolgere una funzione complementare, mobilitando risorse aggiuntive verso la prevenzione.

Proprio la crescente rilevanza di questo contributo rende centrale definire con maggiore chiarezza dove la sanità integrativa possa effettivamente aggiungere valore rispetto al SSN, evitando duplicazioni e orientando le risorse verso bisogni oggi non pienamente coperti dal sistema pubblico.

La sanità integrativa ha così assunto un ruolo di primo piano nel dibattito istituzionale. La 10ª Commissione del Senato, presieduta dal Sen. Francesco Zaffini, ha avviato a fine 2022 un'indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria, sviluppata attraverso un ampio ciclo di audizioni. L'obiettivo è stato comprendere quale ruolo attribuire al secondo pilastro all'interno di un sistema universalistico, partendo da alcune criticità emerse nel corso dei lavori: una copertura ancora limitata e concentrata soprattutto tra lavo-

ratori dipendenti e fasce di reddito medio-alte, un quadro regolatorio frammentato e il rischio che una parte delle risorse private finanzi prestazioni sovrapponibili a quelle pubbliche anziché rispondere a bisogni complementari. La proposta di risoluzione presentata dal Sen. Zaffini al termine dell'indagine individua una direzione precisa: rafforzare l'intermediazione collettiva della spesa privata e integrare maggiormente il secondo pilastro con il SSN, orientandolo in particolare verso prevenzione, long-term care e prestazioni extra-LEA, ampliando progressivamente la platea dei beneficiari – con l'obiettivo indicativo di passare da circa 15 a 30 milioni di persone – e rafforzando al contempo trasparenza, vigilanza e coordinamento attraverso un riordino organico della normativa e il potenziamento dell'Anagrafe e dell'Osservatorio dei fondi sanitari.

La fase conoscitiva si è quindi sostanzialmente chiusa, mentre resta aperta quella politico-legislativa. Alla risoluzione del Sen. Zaffini si è affiancata nell'agosto 2026 una seconda proposta, a prima firma della Sen. Zampa, caratterizzata da un'impostazione più prudente rispetto all'espansione del secondo pilastro e più attenta ai possibili effetti distributivi e al costo degli incentivi fiscali. La Commissione ha deciso di esaminare congiuntamente i due testi, riconoscendo la presenza di alcuni punti di convergenza e rinviando il seguito dei lavori proprio per favorire un possibile accordo.

Tra i temi comuni emergono la necessità di rafforzare regolazione e monitoraggio e orientare maggiormente i fondi verso prestazioni realmente complementari al SSN. La proposta a prima firma della Sen. Zampa pone invece maggiore enfasi sulla valutazione della "convenienza sociale" delle agevolazioni fiscali riconosciute alla sanità integrativa, con l'obiettivo di valutare se producano reali benefici per la collettività o se, al contrario, non sia più efficiente investire quelle stesse risorse direttamente nel finanziamento della sanità pubblica. Al momento, dunque, le due risoluzioni costituiscono atti di indirizzo e dovranno tradursi in successivi interventi normativi.

La definizione del ruolo futuro della sanità integrativa dovrà inoltre confrontarsi con una sua diffusione oggi fortemente disomogenea sul territorio nazionale, legata anche alla distribuzione del welfare aziendale. Le evidenze disponibili[40] mostrano una maggiore concentrazione delle coperture sanitarie legate al lavoro nelle Regioni settentrionali: nel 2023, il 38,1% dei titolari di contributi sanitari aziendali risiedeva nel Nord-Ovest e il 28,5% nel Nord-Est, mentre nel Mezzogiorno la quota di lavoratori dipendenti che beneficiava di un contributo sanitario si attestava al 14,5%, a fronte di una media nazionale del 28,4%.

La diversa diffusione delle forme di copertura integrativa costituisce quindi una delle chiavi di lettura delle differenze territoriali che caratterizzano più in generale la spesa sanitaria privata, insieme ai livelli di reddito, alla struttura demografica, alle caratteristiche dell'offerta sanitaria pubblica e privata e alle condizioni di accesso ai servizi. Nei territori caratterizzati da una maggiore presenza di imprese e da una più ampia diffusione del welfare sanitario aziendale, una quota maggiore di cittadini può infatti accedere a prestazioni attraverso fondi, casse e coperture assicurative.

A livello regionale, la spesa sanitaria privata evidenzia un marcato gradiente territoriale. Nel 2024 la Lombardia registra il valore più elevato, pari a oltre 1.100 euro pro capite, seguita da Lazio, Emilia Romagna e Veneto, tutti sopra i 900 euro. Tutte le Regioni del Mezzogiorno si collocano invece al di sotto della media nazionale[41].

40 ISTAT, 2023.

41 I dati si riferiscono alle spese sanitarie sostenute dai cittadini e trasmesse al Sistema Tessera Sanitaria ai fini della dichiarazione dei redditi. Non coincide pertanto perfettamente con la spesa sanitaria privata complessiva, ma consente di effettuare un confronto omogeneo a livello territoriale.

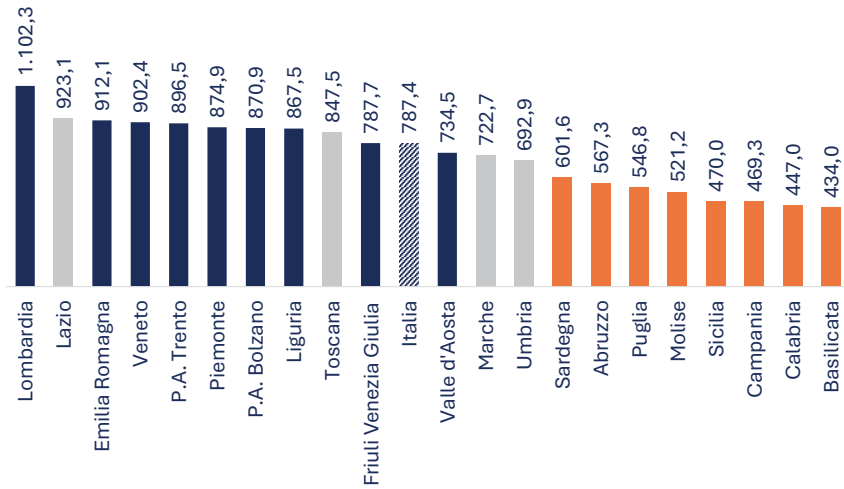


Figura 17. Spesa sanitaria privata nelle Regioni italiane (euro pro capite), 2024

Fonte: TEHA Group su dati Ragioneria Generale dello Stato, 2026

Le evidenze più recenti sui consumi delle famiglie aggiungono un ulteriore elemento di lettura. Nel 2025, la spesa media mensile delle famiglie italiane per la salute si è attestata a 113,2 euro, in riduzione del 2,6% sull'anno precedente. Rilevante appare il cambiamento nei comportamenti di consumo: il 19,6% delle famiglie dichiara di aver limitato la spesa per visite mediche e accertamenti periodici, mentre soltanto il 5,8% l'ha aumentata e il 74,6% non ha modificato le proprie abitudini. La spesa sanitaria assume inoltre un peso maggiore nei nuclei anziani: nel 2025 raggiunge in media 164 euro al mese per le coppie senza figli con persona di riferimento over 65 e 104 euro per gli anziani che vivono soli[42].

La lettura delle differenze territoriali richiede pertanto cautela. Un livello più contenuto di spesa privata può riflettere una minore necessità di ricorrere a prestazioni a pagamento, ma anche una minore capacità economica delle famiglie di sostenerne il costo. In quest'ultimo caso, le differenze territoriali nella spesa privata rischiano di sovrapporsi a quelle già presenti nell'accesso ai servizi pubblici, amplificando il rischio che il luogo di residenza e la disponibilità economica incidano concretamente sulle possibilità di cura.

9.4 LA SPESA FARMACEUTICA E GLI IMPATTI SUI BILANCI REGIONALI

La spesa farmaceutica rappresenta una componente peculiare della spesa sanitaria, collocandosi all'intersezione tra politica sanitaria, sostenibilità della finanza pubblica e politica industriale. Da un lato, i medicinali costituiscono uno dei principali canali attraverso cui l'innovazione si traduce concretamente in nuove possibilità di cura. Dall'altro, la crescente disponibilità di terapie innovative, spesso rivolte a popolazioni più selezionate e associate a costi unitari elevati, pone un problema di compatibilità tra velocità dell'innovazione e capacità dei sistemi sanitari di assorbirne finanziariamente i benefici.

42 ISTAT, 2026.

La rilevanza del settore non si esaurisce tuttavia nella dimensione sanitaria. La farmaceutica costituisce anche uno dei comparti più dinamici dell'industria italiana, la cui importanza per il tessuto economico del Paese è sempre più significativa. La governance della spesa farmaceutica deve quindi confrontarsi con una duplice esigenza: assicurare ai cittadini un accesso tempestivo all'innovazione terapeutica e, allo stesso tempo, garantire la sostenibilità del SSN all'interno di un quadro regolatorio capace di preservare l'attrattività e la competitività del settore industriale.

È proprio questa convergenza di esigenze sanitarie, vincoli di sostenibilità e rilevanza industriale a rendere particolarmente importante l'analisi di questa componente della spesa sanitaria. Comprenderne le dinamiche significa quindi leggere non soltanto l'evoluzione dei consumi e dei costi, ma anche il modo in cui il sistema riesce a governare l'innovazione, distribuirne l'impatto tra i diversi attori e garantirne la sostenibilità nel tempo.

Nel 2025 la spesa farmaceutica pubblica complessiva ha raggiunto 24,9 miliardi di euro, pari al 18,4% del Fondo Sanitario Nazionale[43], un valore sensibilmente superiore alle risorse programmate per il settore (20,7 miliardi di euro). Più che dall'ammontare complessivo, tuttavia, le principali criticità emergono dalla diversa dinamica delle componenti della spesa e dal crescente disallineamento tra i tetti programmati e la spesa effettivamente sostenuta.

Il sistema di governo della spesa farmaceutica prevede infatti tre distinti tetti, espressi in rapporto al finanziamento del SSN: 6,8% per la farmaceutica convenzionata, 8,3% per gli acquisti diretti al netto dei gas medicinali e 0,2% per i gas medicinali, per un ammontare complessivamente programmato pari al 15,3% del FSN.

La farmaceutica convenzionata, riferita ai medicinali a carico del SSN ed erogati al pubblico dalle farmacie, si mantiene complessivamente entro le risorse programmate: considerando la spesa rilevante ai fini del tetto, nel 2025 essa rappresenta il 6,4% del FSN, generando un avanzo di circa 498 milioni di euro rispetto al limite del 6,8%. Il dato nazionale nasconde tuttavia una marcata eterogeneità territoriale. Nel 2025, infatti, 8 Regioni superano il tetto del 6,8%, mentre nelle restanti il livello di spesa convenzionata si mantiene al di sotto della soglia programmata, talvolta con margini molto ampi. L'incidenza sul finanziamento regionale varia, infatti, dal 7,4% della Lombardia al 4,6% della P.A. di Bolzano, evidenziando differenze significative nei modelli prescrittivi, nei consumi, nella struttura demografica e nei modelli organizzativi.

In caso di superamento del tetto della farmaceutica convenzionata, lo scostamento è posto integralmente a carico delle aziende farmaceutiche. Il meccanismo di ripiano si attiva tuttavia sulla base del superamento del tetto a livello nazionale e non in relazione ai singoli scostamenti regionali.

43 AIFA, 2026.

Regione	FSN	Tetto 6,8%	Spesa convenzionata	% su FSR	Scostamento assoluto
Lombardia	22.830.396.924	1.552.466.991	1.695.552.081	7,4%	143.085.090
Basilicata	1.239.206.559	84.266.046	91.446.558	7,4%	7.180.512
Calabria	4.288.066.899	291.588.549	313.422.315	7,3%	21.833.766
Sardegna	3.599.574.681	244.771.078	255.367.714	7,1%	10.596.636
Molise	686.595.634	46.688.503	48.432.832	7,1%	1.744.329
Puglia	8.933.280.759	607.463.092	628.071.229	7,0%	20.608.137
Campania	12.640.142.878	859.529.716	887.591.422	7,0%	28.061.706
Abruzzo	2.941.497.442	200.021.826	206.511.703	7,0%	6.489.877
Marche	3.439.457.175	233.883.088	228.563.656	6,6%	-5.319.432
Lazio	12.976.300.484	882.388.433	850.342.112	6,6%	-32.046.321
Sicilia	10.881.944.200	739.972.206	703.068.275	6,5%	-36.903.931
Friuli Venezia Giulia	2.735.703.329	186.027.826	166.872.068	6,1%	-19.155.758
P.A. Trento	1.208.863.895	82.202.745	70.965.718	5,9%	-11.237.027
Umbria	2.021.690.249	137.474.937	118.390.518	5,9%	-19.084.419
Liguria	3.673.254.167	249.781.283	211.899.350	5,8%	-37.881.933
Piemonte	9.887.420.287	672.344.580	568.783.292	5,8%	-103.561.288
Valle d'Aosta	284.460.038	19.343.283	15.641.815	5,5%	-3.701.468
Toscana	8.533.214.766	580.258.604	466.404.319	5,5%	-113.854.285
Veneto	11.134.282.392	757.131.203	589.413.318	5,3%	-167.717.885
Emilia Romagna	10.261.982.068	697.814.781	536.102.143	5,2%	-161.712.638
P.A. Bolzano	1.167.531.618	79.392.150	53.695.560	4,6%	-25.696.590
Italia	**135.364.866.444**	**9.204.810.918**	**8.706.537.998**	**6,4%**	**-498.272.920**

Figura 18. Spesa farmaceutica convenzionata nelle Regioni italiane (euro), 2025

Fonte: TEHA Group su dati AIFA, 2026

Per i gas medicinali[44], cui è destinato un tetto pari allo 0,2% del finanziamento sanitario, nel 2025 la spesa complessiva si mantiene sostanzialmente in linea con la soglia programmata, attestandosi allo 0,19% del FSR. Anche in questo caso emergono differenze territoriali rilevanti, con valori compresi tra lo 0,30% della Calabria e lo 0,05% della P.A. di Trento.

44 Per gas medicinali si intendono sostanze gassose utilizzate a fini terapeutici o diagnostici e classificate come medicinali, tra cui, ad esempio, ossigeno medicinale, protossido di azoto e aria medicinale, impiegate in ambito ospedaliero, anestesiologico, respiratorio e domiciliare.

Regioni	FSN	Tetto 0,2%	Spesa gas medicinali	% su FSR	Scostamento assoluto
Calabria	4.288.066.899	8.576.134	13.018.498	0,30%	4.442.364
Basilicata	1.239.206.559	2.478.413	3.635.790	0,29%	1.157.377
Molise	686.595.634	1.373.191	1.949.028	0,28%	575.837
Sicilia	10.881.944.200	21.763.888	30.833.241	0,28%	9.069.353
Abruzzo	2.941.497.442	5.882.995	7.308.909	0,25%	1.425.914
Valle d'Aosta	284.460.038	568.920	638.059	0,22%	69.139
Puglia	8.933.280.759	17.866.562	19.963.880	0,22%	2.097.318
Piemonte	9.887.420.287	19.774.841	20.931.231	0,21%	1.156.390
Lazio	12.976.300.484	25.952.601	26.996.970	0,21%	1.044.369
Emilia Romagna	10.261.982.068	20.523.964	19.472.745	0,19%	-1.051.219
Sardegna	3.599.574.681	7.199.149	6.741.549	0,19%	-457.600
Umbria	2.021.690.249	4.043.380	3.724.452	0,18%	-318.928
Campania	12.640.142.878	25.280.286	22.495.876	0,18%	-2.784.410
Lombardia	22.830.396.924	45.660.794	40.490.161	0,18%	-5.170.633
Toscana	8.533.214.766	17.066.430	13.553.679	0,16%	-3.512.751
Marche	3.439.457.175	6.878.914	5.112.212	0,15%	-1.766.702
Friuli Venezia Giulia	2.735.703.329	5.471.407	3.582.882	0,13%	-1.888.525
Liguria	3.673.254.167	7.346.508	4.151.154	0,11%	-3.195.354
Veneto	11.134.282.392	22.268.565	10.366.749	0,09%	-11.901.816
P.A. Bolzano	1.167.531.618	2.335.063	785.583	0,07%	-1.549.480
P.A. Trento	1.208.863.895	2.417.728	588.660	0,05%	-1.829.068
Italia	**135.364.866.444**	**270.729.733**	**256.341.306**	**0,19%**	**-14.388.427**

Figura 19. Spesa farmaceutica per i gas medicinali nelle Regioni italiane (euro), 2025

Fonte: TEHA Group su dati AIFA, 2026

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica per acquisti diretti, composta da medicinali acquistati direttamente dalle aziende sanitarie e destinati all'utilizzo all'interno delle strutture ospedaliere o alla distribuzione diretta e per conto ai pazienti sul territorio, il quadro cambia in modo sostanziale. Nel 2025 la spesa ha raggiunto circa 16,1 miliardi di euro, pari all'11,9% del FSN, a fronte di un tetto programmato dell'8,3%. Lo scostamento complessivo è quindi pari a circa 4,9 miliardi di euro, configurando un superamento ampio e strutturale del limite previsto.

A differenza della farmaceutica convenzionata, dove il dato nazionale resta complessivamente sotto il tetto massimo, per gli acquisti diretti tutte le Regioni superano il tetto dell'8,3%. Anche in questo caso emerge però una forte variabilità territoriale: l'incidenza varia dal 14,9% della Sardegna al 10,0% della Valle d'Aosta. La pressione sulla spesa per acquisti diretti appare quindi generalizzata, pur con intensità differenti, e riflette la crescente concentrazione in questo canale di medicinali ospedalieri, specialistici e di terapie ad elevato contenuto innovativo e costo unitario.

Regione	FSN	Tetto 8,3%	Spesa acquisti diretti	% su FSR	Scostamento assoluto
Sardegna	3.599.574.681	298.764.699	535.188.513	14,9%	236.423.814
Campania	12.640.142.878	1.049.131.859	1.726.801.651	13,7%	677.669.792
Friuli Venezia Giulia	2.735.703.329	227.063.376	363.611.563	13,3%	136.548.187
Emilia Romagna	10.261.982.068	851.744.512	1.329.665.571	13,0%	477.921.059
Marche	3.439.457.175	285.474.946	441.645.904	12,8%	156.170.958
Abruzzo	2.941.497.442	244.144.288	376.863.878	12,8%	132.719.590
Liguria	3.673.254.167	304.880.096	461.207.494	12,6%	156.327.398
Puglia	8.933.280.759	741.462.303	1.103.021.937	12,4%	361.559.634
Umbria	2.021.690.249	167.800.291	248.967.730	12,3%	81.167.439
Lazio	12.976.300.484	1.077.032.940	1.588.207.785	12,2%	511.174.845
Calabria	4.288.066.899	355.909.553	518.354.797	12,1%	162.445.244
Toscana	8.533.214.766	708.256.826	1.026.767.588	12,0%	318.510.762
Basilicata	1.239.206.559	102.854.144	147.776.550	11,9%	44.922.406
Molise	686.595.634	56.987.438	80.791.354	11,8%	23.803.916
P.A. Bolzano	1.167.531.618	96.905.124	133.605.608	11,4%	36.700.484
Piemonte	9.887.420.287	820.655.884	1.130.640.079	11,4%	309.984.195
Sicilia	10.881.944.200	903.201.369	1.218.712.671	11,2%	315.511.302
Veneto	11.134.282.392	924.145.439	1.212.340.327	10,9%	288.194.888
P.A. Trento	1.208.863.895	100.335.703	122.472.281	10,1%	22.136.578
Lombardia	22.830.396.924	1.894.922.945	2.293.417.057	10,1%	398.494.112
Valle d'Aosta	284.460.038	23.610.183	28.562.279	10,0%	4.952.096
Italia	**135.364.866.444**	**11.235.283.915**	**16.088.622.617**	**11,9%**	**4.853.338.702**

Figura 20. Spesa farmaceutica per acquisti diretti[45] nelle Regioni italiane (euro), 2025

Fonte: TEHA Group su dati AIFA, 2026

La lettura congiunta dei diversi tetti conferma come la pressione sulla spesa farmaceutica sia fortemente differenziata tra i territori, ma anche come lo sfondamento degli acquisti diretti rappresenti un fenomeno generalizzato. Nel 2025 nessuna Regione si colloca infatti al di sotto del tetto dell'8,3% per gli acquisti diretti. A questa criticità si aggiunge, per 8 Regioni, anche il superamento del limite del 6,8% della farmaceutica convenzionata; in alcuni di questi territori si registra inoltre uno sfondamento del tetto dello 0,2% previsto per i gas medicinali. Ne emerge quindi una geografia articolata, nella quale il peso relativo delle diverse componenti varia sensibilmente, pur all'interno di un quadro caratterizzato da una pressione strutturalmente elevata degli acquisti diretti.

Considerando congiuntamente le 3 componenti della spesa farmaceutica, emerge come in nessuna Regione il budget complessivamente programmato, pari al 15,3% del finanziamento sanitario, risulti sufficiente a coprire i livelli di spesa effettivamente registrati. L'incidenza complessiva varia, infatti, dal 22,4% della Sardegna al 15,4% della Valle d'Aosta, a fronte di una media nazionale del 18,4%. Lo scostamento rispetto alle risorse programmate – che avviene nonostante l'aumento del FSN che a sua volta porta a un aumento delle risorse destinate alla spesa farmaceutica – assume quindi una dimensione generale sul territorio nazionale, evidenziando un disallineamento strutturale tra il livello dei budget definiti per le diverse componenti della farmaceutica e l'andamento effettivo della spesa.

45 Il valore totale Italia nella quinta colonna non corrisponde alla somma dei valori regionali perché tiene conto di effetti di compensazione dei valori regionali rispetto al fondo.

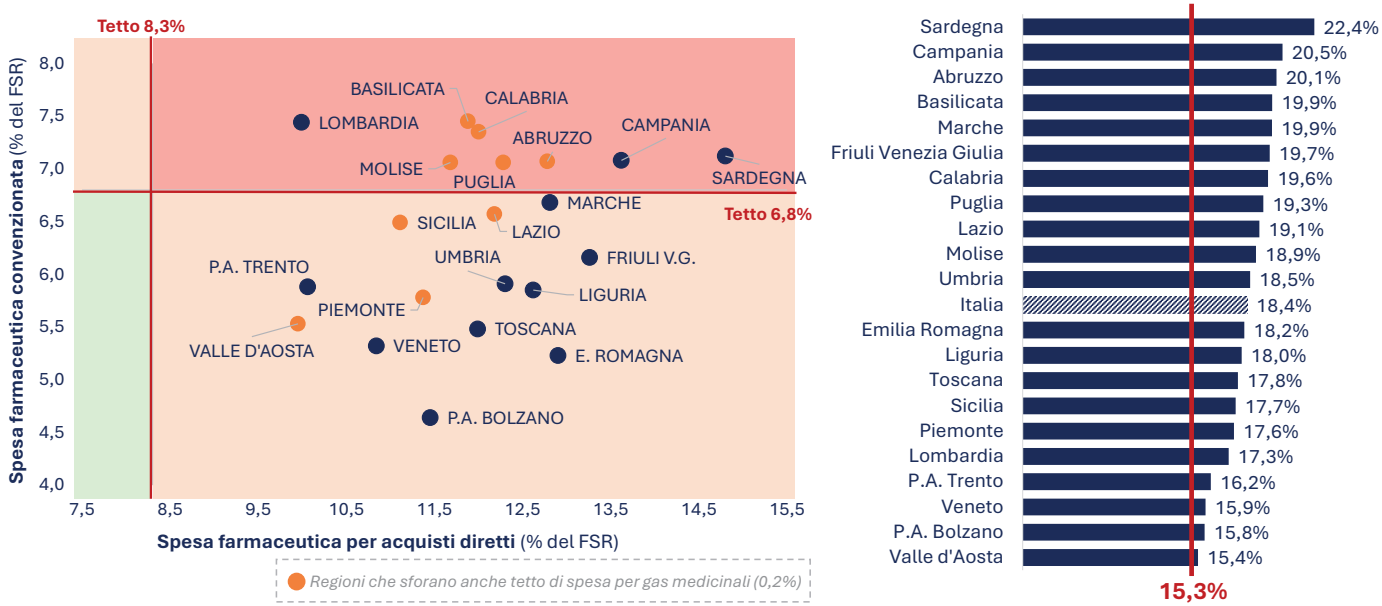


Figura 21. A sinistra: Matrice dei tetti di spesa farmaceutica nelle Regioni italiane (% del FSR), 2025.
A destra: Spesa farmaceutica pubblica complessiva (% del FSR), 2025

Fonte: TEHA Group su dati AIFA, 2026

Ne consegue che il superamento del tetto non deve essere letto soltanto come un problema di controllo della spesa regionale, quanto piuttosto come un segnale di disallineamento strutturale tra la programmazione delle risorse e l'evoluzione del mix terapeutico. È proprio su questa componente, infatti, che si concentra oggi gran parte della pressione derivante dall'introduzione e dalla diffusione delle nuove terapie.

La diversa dinamica delle componenti della spesa farmaceutica emerge con ancora maggiore evidenza osservandone l'evoluzione nel tempo. Tra il 2020 e il 2025 la farmaceutica convenzionata ha registrato sistematicamente un avanzo rispetto al proprio tetto, seppure progressivamente ridottosi da circa 1,6 miliardi a 0,5 miliardi di euro, anche a causa della riduzione del tetto negli anni e dello spostamento di alcune classi di medicinali dal canale degli acquisti diretti. Nello stesso periodo, lo sfondamento degli acquisti diretti è invece aumentato in misura significativa, passando da 2,8 miliardi di euro nel 2020 a 4,9 miliardi nel 2025.

Per gli acquisti diretti, il 50% dello sfondamento viene posto a carico delle aziende farmaceutiche attraverso il meccanismo del payback[46]. Coerentemente con l'aumento dello scostamento dal tetto, l'ammontare richiesto alle imprese è cresciuto da 1,35 miliardi di euro nel 2020 a 2,4 miliardi nel 2025, con un'accelerazione particolarmente evidente negli ultimi anni. La crescita costante del payback evidenzia come uno strumento nato per correggere scostamenti eccezionali dalla programmazione si sia trasformato in un meccanismo di compensazione dello squilibrio strutturale tra risorse disponibili e bisogni assistenziali.

46 L'onere viene quindi ripartito da AIFA tra le aziende farmaceutiche titolari di AIC in funzione della rispettiva quota di mercato nel canale degli acquisti diretti, calcolata sulla spesa rilevante al netto dei payback già riconosciuti e di una franchigia di 3 milioni di euro.

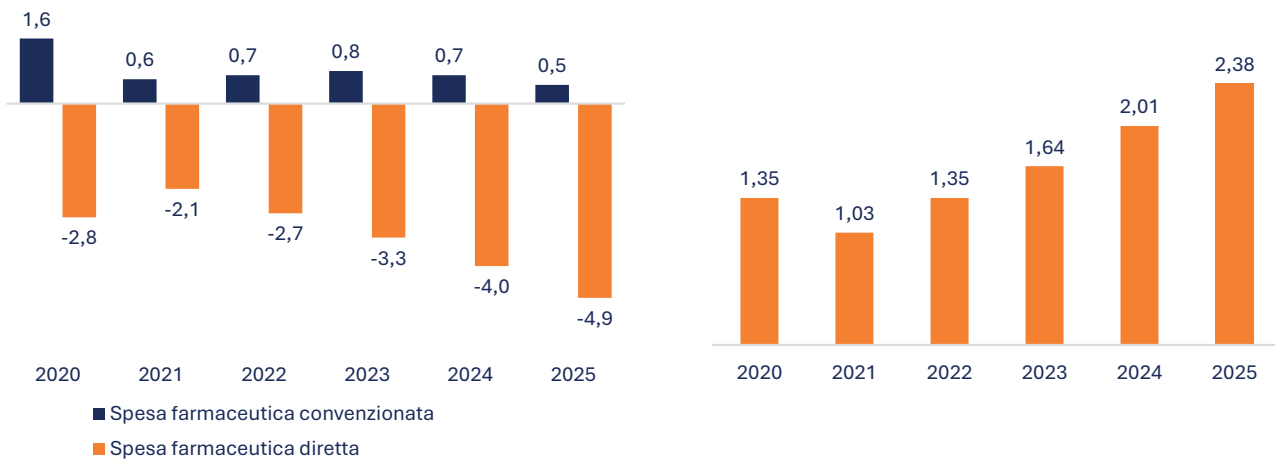


Figura 22. A sinistra: Delta di spesa farmaceutica rispetto al tetto programmato (miliardi di euro), 2020 – 2025.
A destra: Payback a carico delle aziende per lo sfondamento della spesa farmaceutica per gli acquisti diretti (in miliardi di euro), 2020-2025

Fonte: TEHA Group su dati AIFA, 2026

Il tema assume particolare rilevanza anche sotto il profilo dell'attrattività del Paese: il 98,3% del payback è infatti sostenuto da multinazionali a capitale estero. La crescente incidenza di questo onere può quindi rappresentare un elemento di minore attrattività e prevedibilità del quadro regolatorio e incidere negativamente sulla capacità dell'Italia di attrarre investimenti diretti esteri.

Il superamento sistematico dei tetti di spesa farmaceutica, osservato anche a fronte dei successivi adeguamenti introdotti nel 2022, 2023 e 2024, suggerisce che il solo innalzamento delle soglie non sia sufficiente a risolvere strutturalmente il problema. Nel 2026[47], il tetto per gli acquisti diretti è stato ulteriormente innalzato, dall'8,3% all'8,6% del FSN. Tuttavia, già nel primo trimestre la spesa per acquisti diretti ha raggiunto i 4,4 miliardi di euro, pari al 12,45% del FSN. La spesa convenzionata si è invece attestata a 2,3 miliardi di euro, pari al 6,62% del FSN, a fronte di un tetto aumentato dal 6,8% al 6,85%. Complessivamente, la spesa farmaceutica pubblica ha quindi assorbito il 19,26% del FSN, pari a 6,7 miliardi di euro, rispetto a un tetto complessivo fissato al 15,65%.

Appare pertanto necessario rafforzare la programmazione ex ante della spesa, costruendo previsioni che tengano conto dei principali driver della sua evoluzione, tra cui la dinamica dei consumi e della spesa dei medicinali già in commercio, l'ingresso di nuove terapie[48] e il trasferimento sugli acquisti diretti della spesa relativa ai medicinali in uscita dal Fondo per i farmaci innovativi. Su questa base, i tetti potrebbero essere definiti in modo maggiormente coerente con l'andamento atteso della spesa.

47 AIFA (2026), "Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio-Marzo 2026".
48 Con i dati di Horizon Scanning di AIFA.

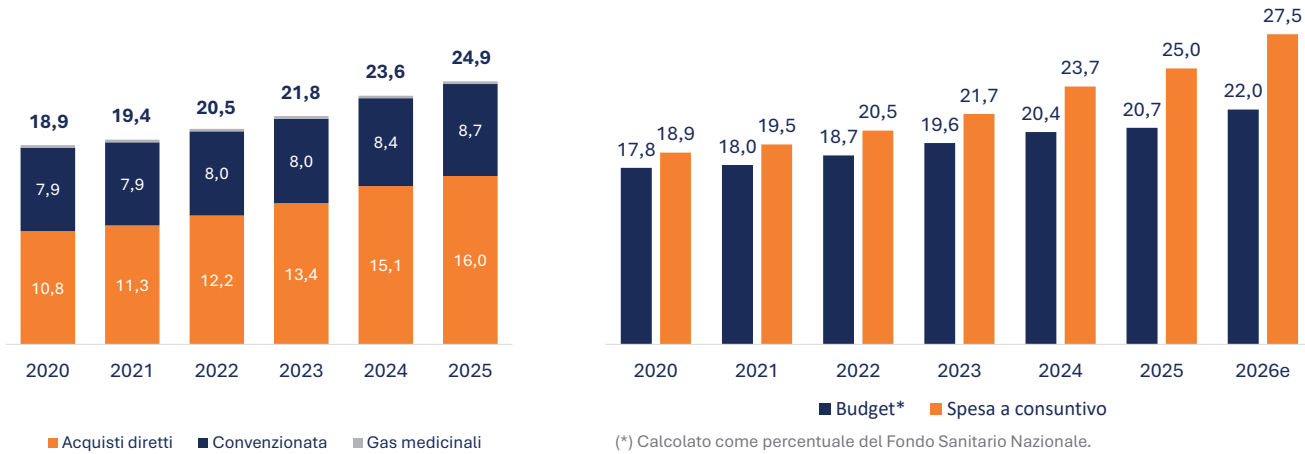


Figura 23. A sinistra: Composizione della spesa farmaceutica (miliardi di euro), 2020 – 2025.
A destra: Budget e consuntivo della spesa farmaceutica (miliardi di euro), 2020 – 2026e

Fonte: TEHA Group su dati AIFA, 2026

A fronte dell'aumento della spesa farmaceutica, a settembre 2026 AIFA ha recepito l'indirizzo del Ministero della Salute sulla revisione del Prontuario Farmaceutico Nazionale, avviando un aggiornamento dei medicinali rimborsati dal SSN. La revisione, prevista su base annuale, potrà comportare il mantenimento, la riclassificazione, l'esclusione o la rinegoziazione delle condizioni di prezzo e rimborso dei medicinali, sulla base di criteri di efficacia, appropriatezza, rapporto costo-beneficio ed economicità per il SSN.

Una prima ipotesi di revisione strutturale, fondata sull'introduzione di raggruppamenti terapeutici e di nuovi criteri per la determinazione dei prezzi di riferimento, aveva aperto un ampio confronto tra Istituzioni e stakeholder. Tale impostazione sembra tuttavia aver lasciato spazio a un approccio più graduale, basato sulla revisione mirata delle voci del Prontuario e sulla rinegoziazione selettiva dei prezzi.

Il confronto ha fatto emergere alcuni elementi di attenzione. Da un lato, il rischio di un maggiore onere a carico dei cittadini, in caso di esclusione di alcuni medicinali dalla rimborsabilità, di restrizione delle condizioni di accesso o di individuazione di un unico farmaco di riferimento per categoria terapeutica. Dall'altro, i possibili effetti sulla sostenibilità delle produzioni, soprattutto nei segmenti già caratterizzati da una forte pressione competitiva sui prezzi, con potenziali ricadute sulla disponibilità di un'offerta ampia e diversificata.

Più in generale, la revisione del Prontuario richiama la necessità di bilanciare sostenibilità della spesa, appropriatezza, valore terapeutico e innovazione, secondo un percorso graduale che valorizzi anche la collaborazione con le Regioni e il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva. Un percorso che si inserisce nella più ampia revisione della governance farmaceutica e che non può prescindere da una maggiore integrazione tra politica sanitaria e politica industriale, coniugando la sostenibilità del SSN e l'equità di accesso con il ruolo strategico della filiera farmaceutica per la competitività, la crescita e l'autonomia strategica del Paese.

Un ulteriore elemento nella governance della spesa farmaceutica è rappresentato dal Fondo per i farmaci innovativi, istituito per favorire l'accesso del SSN alle terapie cui AIFA riconosce un elevato valore innovativo. Dal 2025 il Fondo, pari complessivamente a 1,3 miliardi di euro, può inoltre finanziare fino a 300 milioni di euro i medicinali con innovatività condizionata[49] e fino a 100 milioni gli agenti antinfettivi destinati al trattamento di infezioni da germi multiresistenti classificati come "reserve[50]" o attivi contro patogeni prioritari individuati dall'OMS.

A fronte del progressivo incremento della dotazione del Fondo, tuttavia, il suo utilizzo mostra negli ultimi anni una dinamica opposta. Dopo aver raggiunto circa 928 milioni di euro nel 2022, la spesa finanziata dal Fondo si è progressivamente ridotta, fino a circa 690 milioni nel 2025, lasciando inutilizzati oltre 600 milioni di euro, quasi la metà delle risorse disponibili, anche a causa dell'uscita di alcuni medicinali dal perimetro di quelli innovativi. Il tasso di utilizzo è sceso dal 71% nel 2020 al 53% nel 2025[51]; nei primi 3 mesi del 2026, la spesa è ulteriormente scesa del 10,5% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

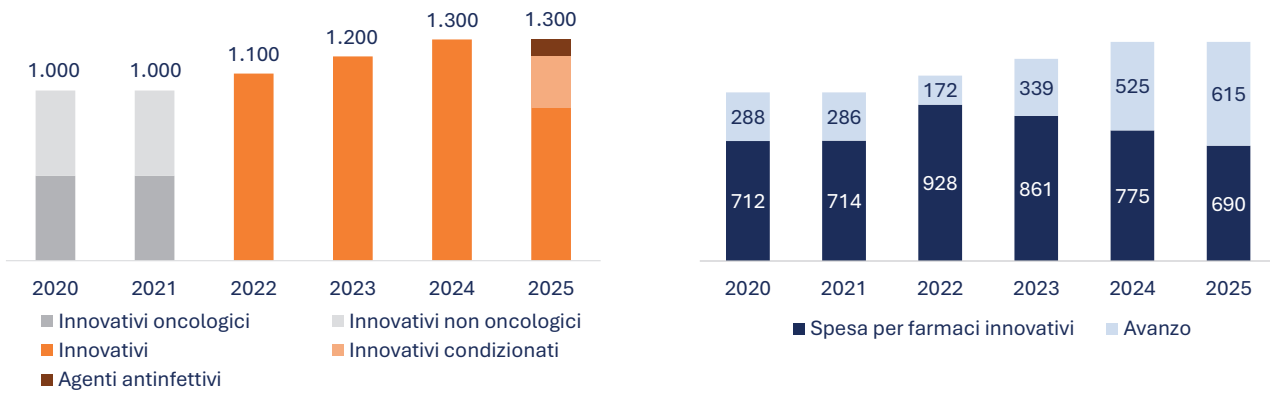


Figura 24. A sinistra: Disponibilità dei fondi per farmaci innovativi (milioni di euro), 2020 – 2025.
A destra: Utilizzo dei fondi per farmaci innovativi (milioni di euro), 2020 – 2025

Fonte: TEHA Group su dati AIFA, 2026

Il dato appare particolarmente significativo se letto insieme alla dinamica degli acquisti diretti, che nello stesso anno, come già anticipato, superano il proprio tetto di quasi 5 miliardi di euro. Si determina infatti così un paradosso: mentre la spesa per acquisti diretti continua a superare ampiamente le risorse programmate, una quota crescente del Fondo specificamente destinato all'innovazione rimane inutilizzata.

Dal 2026 è prevista una riduzione della dotazione del Fondo, che passa da 1,3 a 1,16 miliardi di euro annui, con una riallocazione di parte delle risorse verso il finanziamento degli acquisti diretti. La scelta recepisce almeno in parte il persistente sotto-utilizzo del Fondo, ma rende ancora più importante comprendere se gli avanzi osservati riflettano un effettivo eccesso di risorse o, piuttosto, caratteristiche del suo perimetro e dei meccanismi di accesso.

49 Per innovatività condizionata si intende il riconoscimento attribuito a medicinali caratterizzati da un'innovazione ritenuta promettente ma non ancora supportata da evidenze sufficientemente solide per il riconoscimento dell'innovatività piena.

50 Gli antibiotici classificati come "Reserve" sono antimicrobici da preservare per il trattamento di infezioni gravi, in particolare sostenute da microrganismi multiresistenti, e il cui utilizzo deve essere attentamente monitorato per limitarne l'impiego inappropriato e contrastare lo sviluppo di resistenze.

51 Una parte di questa dinamica è riconducibile anche al funzionamento del Fondo. Il riconoscimento dell'innovatività ha una durata massima di 36 mesi, al termine dei quali il farmaco continua a essere rimborsato dal SSN, ma la relativa spesa non grava più sul Fondo e confluisce nella spesa per acquisti diretti. Nel solo 2025, 18 indicazioni terapeutiche sono uscite dal Fondo a fronte di 7 nuove indicazioni entrate, contribuendo a ridurne il livello di utilizzo pur in presenza di una spesa farmaceutica complessivamente crescente.

Il sotto-utilizzo del Fondo per i farmaci innovativi è riconducibile principalmente a 2 fattori. Da un lato, il riconoscimento dell'innovatività ha una durata massima di 36 mesi e, alla scadenza, la spesa del farmaco continua a essere sostenuta dal SSN ma viene trasferita dal Fondo al tetto degli acquisti diretti: poiché le uscite dal Fondo sono superiori ai nuovi ingressi, una parte rilevante della dotazione resta inutilizzata. Dall'altro lato, esistono criticità operative nella rendicontazione: il Fondo rimborsa infatti la spesa per singola indicazione terapeutica, mentre gli ospedali registrano prevalentemente gli acquisti per farmaco, rendendo complessa e spesso manuale l'attribuzione corretta della spesa. Le differenze tra flussi di monitoraggio e importi effettivamente imputati al Fondo, insieme alla limitata tempestività delle informazioni disponibili a livello regionale, suggeriscono quindi che una parte del sotto-utilizzo dipenda anche da difficoltà amministrative.

Accanto alla componente pubblica, una quota rilevante della spesa farmaceutica è sostenuta direttamente dai cittadini. Nel 2025 tale componente ha raggiunto circa 10,7 miliardi di euro, in crescita del 5,8% rispetto al 2024. La dinamica di lungo periodo mostra però come l'aumento non sia trainato principalmente dai meccanismi di compartecipazione alla spesa pubblica, rimasti sostanzialmente stabili intorno a 1,5 miliardi di euro, quanto piuttosto dalle componenti interamente finanziate dalle famiglie. Tra il 2016 e il 2025, in particolare, la spesa per medicinali di classe C con ricetta è passata da 2,6 a 3,9 miliardi di euro, mentre quella per medicinali di automedicazione è aumentata da 2,7 a 3,6 miliardi[52].

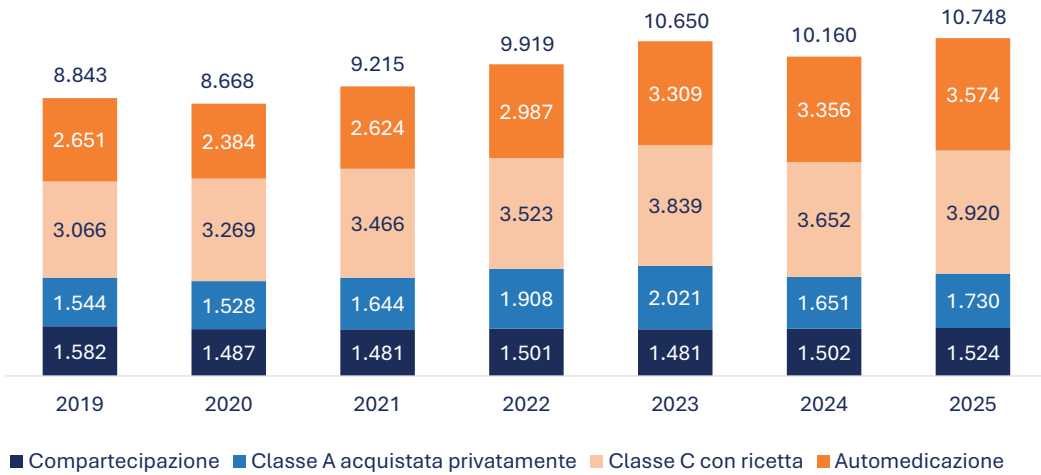


Figura 25. Spesa farmaceutica a carico dei cittadini (milioni di euro), 2019 – 2025

Fonte: TEHA Group su dati AIFA, 2026

La compartecipazione alla spesa farmaceutica presenta inoltre una marcata eterogeneità territoriale. Le Regioni adottano infatti sistemi differenti, con territori che non applicano ticket ordinari e altri nei quali la compartecipazione può raggiungere 4,50 euro per confezione. L'Emilia Romagna ha reintrodotto dal maggio 2025 un ticket sui medicinali di fascia A pari a 2,20 euro per confezione, fino a un massimo di 4 euro per ricetta, mentre la Basilicata ha introdotto nell'ottobre 2026 una compartecipazione di 2,50 euro per ricetta.

52 A partire dal Rapporto OsMed 2025, AIFA ha modificato la metodologia utilizzata per stimare l'acquisto privato dei farmaci di classe A, adottando per il periodo 2023-2025 dati di sell-out delle farmacie, relativi alle dispensazioni effettivamente effettuate, invece dei precedenti dati di sell-in, riferiti alle forniture alla distribuzione. La modifica introduce quindi una discontinuità metodologica rispetto agli anni precedenti.

Questa evoluzione evidenzia come una parte crescente della spesa farmaceutica privata sia legata a consumi che si collocano al di fuori della copertura del SSN. Il fenomeno assume un significato particolare nel caso dei medicinali di classe C con ricetta, trattandosi di medicinali prescritti ma interamente a carico del cittadino, e pone quindi anche un potenziale tema di equità nell'accesso alle terapie. Diversa è la lettura della crescita dell'automedicazione, che riflette però in parte un recupero dei livelli di spesa registrati in altri grandi Paesi europei, significativamente più alti di quelli italiani.

Le dinamiche osservate, come lo sfondamento strutturale degli acquisti diretti, la crescente rilevanza del payback, il contemporaneo sotto-utilizzo delle risorse destinate ai farmaci innovativi e l'aumento della spesa privata evidenziano la necessità di una governance capace di evolvere insieme all'innovazione terapeutica e ai bisogni della popolazione. La sfida consiste quindi nel trovare un equilibrio tra accesso tempestivo alle nuove terapie, sostenibilità dei bilanci pubblici, equità per i cittadini e attrattività industriale del Paese.

9.4.1 Spesa farmaceutica tra sostenibilità e innovazione: il caso Giappone

Il dibattito sulla spesa farmaceutica pone sempre più al centro la necessità di conciliare il controllo dei costi con la capacità dei sistemi sanitari di garantire l'accesso all'innovazione. In questo contesto, il Giappone rappresenta un caso significativo, avendo recentemente avviato una revisione delle proprie politiche farmaceutiche volta a ricercare un maggiore equilibrio tra questi due aspetti.

Negli ultimi anni, il Governo giapponese ha adottato politiche di contenimento della spesa farmaceutica particolarmente incisive, anche attraverso revisioni al ribasso dei prezzi dei medicinali. Questo approccio ha contribuito a contenere la crescita della spesa, ma ha anche ridotto l'attrattività del mercato giapponese, con ripercussioni sulla disponibilità di nuove terapie. Il fenomeno è emerso in particolare attraverso il cosiddetto "drug loss", ovvero il mancato arrivo sul mercato nazionale di medicinali già disponibili all'estero. Secondo la Japan Pharmaceutical Manufacturers Association, il 58,8% dei farmaci approvati negli Stati Uniti o in Europa tra il 2016 e il 2020 non risultavano ancora approvati in Giappone alla fine del 2022. Pur essendo riconducibile anche ad altri fattori, il fenomeno ha contribuito a evidenziare i rischi di politiche di contenimento della spesa che non tengano adeguatamente conto degli incentivi all'innovazione.

La crescente consapevolezza di queste criticità ha favorito un progressivo ripensamento delle politiche farmaceutiche. Un primo passo è stato compiuto già nel 2025, con l'istituzione del Public-Private Council for Enhancing Drug Discovery Capabilities, un organismo di coordinamento tra Istituzioni, industria farmaceutica, mondo accademico e investitori, volto a rafforzare la collaborazione pubblico-privato nella definizione delle strategie per lo sviluppo e la competitività del settore.

Questo percorso ha trovato ulteriore espressione nell'approvazione dell'Honebuto 2026, il principale Documento annuale di indirizzo economico e fiscale del Governo giapponese, approvato il 21 luglio 2026. Il Documento segna un importante cambiamento di prospettiva, riconoscendo la ricerca farmaceutica e le tecnologie mediche avanzate non soltanto come componenti essenziali dell'assistenza sanitaria, ma anche come settori strategici per la crescita economica, la competitività industriale e la sicurezza sanitaria nazionale.

Per tradurre questo orientamento in misure concrete, l'Honebuto 2026 prevede di rafforzare il riconoscimento del valore dell'innovazione nella determinazione dei prezzi iniziali di rimborso e di riesaminare i meccanismi di revisione dei prezzi durante il periodo di copertura brevettuale, così da migliorare la prevedibilità del mercato e incentivare l'introduzione di nuove terapie. Il Governo mira, inoltre, ad avvicinare il tasso di crescita del mercato dei medicinali brevettati a quella degli altri Paesi del G7 (circa al 9,6%) e a mobilitare investimenti pubblico-privati per oltre 130 miliardi di euro entro il 2040 per lo sviluppo di nuove classi di medicinali.

Il nuovo orientamento non prevede tuttavia l'abbandono degli obiettivi di sostenibilità, ma affianca alla valorizzazione dei medicinali innovativi misure di razionalizzazione della spesa, tra cui la promozione dei biosimilari e il rafforzamento dell'appropriatezza prescrittiva. Ne emerge quindi un approccio che mira a superare una logica di contenimento generalizzato dei costi, privilegiando un'allocazione più oculata delle risorse nel tentativo di coniugare la sostenibilità della spesa farmaceutica con la necessità di garantire l'accesso alle terapie innovative.

9.5 LA SPESA PER I DISPOSITIVI MEDICI

La spesa per dispositivi medici rappresenta una componente rilevante della spesa sanitaria pubblica, la cui dinamica continua a evidenziare un significativo disallineamento rispetto ai vincoli di finanza pubblica. Negli ultimi anni, infatti, la crescita dei consumi e della spesa si è accompagnata al sistematico superamento del tetto programmato, come nel caso della spesa farmaceutica diretta.

La spesa ha continuato a crescere anche nel 2025, raggiungendo gli 8,8 miliardi di euro, con un incremento del 5,5% rispetto al 2024. L'incidenza sul finanziamento del SSN si è attestata al 6,5%, ben al di sopra del tetto programmato del 4,4%, determinando uno scostamento di circa 2,8 miliardi di euro, che ha interessato tutte le aree territoriali. La natura strutturale dello sfondamento emerge anche dall'analisi cumulata degli ultimi sei anni, escluso il 2020, durante i quali lo scostamento complessivo ha raggiunto i 13,1 miliardi di euro, con una quota teorica di ripiano a carico delle imprese pari a circa 6,6 miliardi secondo la disciplina del payback[53].

Area geografica	Tetto 4,4% (milioni di euro)	Spesa DM 2025 (milioni di euro)	Scostamento (milioni di euro)	Incidenza sul FSR (%)
RSO* Nord	2.543	3.687	1.144	6,4%
RSO Sud	1.352	1.977	625	6,4%
RSO Centro	1.187	1.710	523	6,3%
RSS** Nord	238	465	227	8,6%
RSS Sud	637	956	319	6,6%
Italia	**5.957**	**8.795**	**2.838**	**6,5%**

(*) Regioni a statuto ordinario. (**) Regioni a statuto speciale.

Figura 26. Verifica del tetto di spesa per dispositivi medici da parte delle Regioni (milioni di euro), 2025

Fonte: TEHA Group su dati Corte dei Conti, 2026

Su questo fronte, il 2025 ha segnato un importante avanzamento nella gestione del contenzioso tra imprese e amministrazioni pubbliche. Dopo che la Corte Costituzionale, pur applicando delle riduzioni, aveva confermato nel 2024 la legittimità del meccanismo, il DL 95/2025 ha previsto la possibilità di estinguere definitivamente l'obbligazione attraverso il versamento del 25% degli importi originariamente richiesti per il periodo 2015-2018.

53 Corte dei Conti (2026), "Audizione della Corte dei Conti sul Documento Programmatico di Finanza Pubblica (DPFP) 2026".

Il quadro si è ulteriormente complicato nell'ottobre 2026, quando il Consiglio di Stato ha rimesso alla Corte di Giustizia dell'Unione Europea la valutazione sulla legittimità dello strumento del payback sui dispositivi medici. I dubbi sollevati riguardano la legittimità di imporre alle aziende un onere cresciuto sulla base di scelte di spesa pubblica sulle quali non hanno controllo diretto, nonché la disparità di trattamento tra fornitori delle strutture pubbliche – soggetti al payback – e di strutture private accreditate, che ne sono esentati.

In questo contesto, la Legge di Bilancio 2026 ha innalzato il tetto nazionale di spesa per dispositivi medici dal 4,4% al 4,6% del finanziamento, introducendo un primo adeguamento rispetto ai livelli di spesa effettivi, seguita dalla Legge di Bilancio 2027 che ha portato il tetto al 4,7%. La Legge di Bilancio 2027 ha inoltre previsto, per il ripiano degli sforamenti relativi agli anni 2019-2023, pari a circa 4 miliardi, uno stanziamento di 1,4 miliardi per ridurre l'onere a carico delle imprese.

9.6 L'EVOLUZIONE DEL FINANZIAMENTO E LO SCENARIO PREVISIONALE DELLA SPESA SANITARIA

La crescita e la trasformazione dei bisogni di salute, spinte dall'invecchiamento della popolazione, dalla maggiore prevalenza delle cronicità e dalla disponibilità di terapie sempre più mirate ed efficaci, richiedono un'evoluzione delle risorse economiche coerente con la nuova domanda assistenziale.

Il Ministro Schillaci ha delineato le priorità della prossima Manovra, ribadendo il proprio sostegno all'obiettivo di portare la spesa sanitaria pubblica al 7% del PIL, subordinatamente all'individuazione delle necessarie coperture finanziarie. Tra le direttrici di intervento prioritarie vi è rendere pienamente operative le Case della Comunità, ridurre le disuguaglianze territoriali, rafforzare il capitale umano del SSN, rispondere ai crescenti bisogni assistenziali legati all'invecchiamento della popolazione, alle malattie neurodegenerative e al disagio psicologico e, parallelamente, investire sulla prevenzione. Quest'ultima rappresenta una leva strategica per ridurre l'incidenza delle malattie e contenere, nel medio-lungo periodo, la crescita del fabbisogno assistenziale.

Queste linee di intervento si declinano in un bisogno di fondi aggiuntivi per poter rispondere in maniera efficace ai bisogni di salute. Le più recenti indicazioni emerse in vista della Legge di Bilancio 2027 sembrano infatti confermare la necessità di rafforzare le risorse destinate al SSN rispetto a quanto previsto a legislazione vigente. Il Ministero della Salute ha predisposto una richiesta al Ministero dell'Economia e delle Finanze per circa 5,5 miliardi di euro di risorse aggiuntive nel 2027, che, sommati al miliardo già programmato, porterebbero l'incremento complessivo delle risorse a circa 6,5 miliardi di euro. Tra le principali destinazioni ipotizzate figurano 2,5-2,8 miliardi per il finanziamento sanitario indistinto, circa 1 miliardo per nuove assunzioni – in particolare di infermieri – e indennità del personale e circa 1 miliardo per finanziare l'aggiornamento dei LEA.

A queste priorità si affianca un ulteriore pacchetto di proposte trasmesso al Ministero dell'Economia e delle Finanze nell'ottobre 2026, finalizzato a contrastare i possibili effetti delle politiche Most Favored Nation (MFN) sull'attrattività del mercato farmaceutico italiano. Tra queste misure è previsto anche un tetto al payback sulla spesa diretta pari a 1,64 miliardi di euro annui, con un impatto finanziario stimato in 5,1 miliardi di euro di spesa sul triennio 2027-2029. Un intervento sul payback è stato annunciato anche dal Ministro delle Imprese e del Made in Italy Adolfo Urso. Per un approfondimento sul pacchetto si rimanda al Capitolo 5 del presente Rapporto.

Anche la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha quantificato una richiesta di 6,8 miliardi aggiuntivi per il 2027 e oltre 18 miliardi nel triennio 2027-2029, destinati principalmente alla crescita dei costi di beni, servizi e medicinali, al personale e all'innovazione terapeutica. La convergenza tra le richieste del Ministero della Salute e quelle delle Regioni rappresenta quindi un segnale importante di una posizione unitaria delle varie Istituzioni coinvolte sulla necessità di rafforzare in modo strutturale il finanziamento del SSN.

Il Ministro dell'Economia e delle Finanze Giancarlo Giorgetti ha tuttavia fatto un invito alla prudenza, sottolineando la necessità di selezionare gli interventi prioritari tra le numerose richieste avanzate dai diversi Ministeri, anche alla luce delle risorse disponibili. L'obiettivo del Governo rimane quello di dare risposta alle esigenze più urgenti, preservando al contempo gli equilibri di finanza pubblica.

A fronte delle richieste avanzate, il disegno di Legge di Bilancio 2027, approvato dal Consiglio dei Ministri il 28 ottobre 2026 e ora all'esame del Parlamento, prevede uno stanziamento aggiuntivo di 2,4 miliardi di euro per il Fondo Sanitario Nazionale – in aggiunta al miliardo già previsto dalla precedente Manovra – che raggiungerebbe così i 146,3 miliardi di euro nel 2027. La proposta del Governo comprende interventi sul personale, sulle prestazioni sanitarie, sulla governance farmaceutica e dei dispositivi medici e sul sostegno alla popolazione anziana. In particolare, sono previsti:

- Personale sanitario: 380 milioni di euro annui dal 2027 per le indennità del personale dei Pronto Soccorso. Sono inoltre previsti 100 milioni di euro nel 2027 per gli oneri derivanti da sentenze e accordi transattivi relativi al servizio mensa e ai buoni pasto.
- Popolazione anziana: un bonus da 300 euro per gli over 75 con pensioni annue non superiori a 28.000 euro, finanziato con 1,645 miliardi nel 2027, al di fuori del FSN; 136 milioni di euro per la proroga della Prestazione Universale per anziani non autosufficienti con ISEE fino a 12.000 euro (non più 6.000 euro); 100 milioni di euro per rafforzare gli interventi su Alzheimer e demenze.
- Riduzione delle liste d'attesa: 300 milioni di euro nel solo 2027 per finanziare prestazioni aggiuntive del personale sanitario, ampliando l'offerta di prestazioni del SSN.
- Tariffe ospedaliere: 500 milioni di euro annui per l'aggiornamento delle tariffe di remunerazione delle prestazioni ospedaliere.
- Prestazioni degli enti privati accreditati: adeguamento dei limiti di spesa per l'acquisto di prestazioni, con effetti stimati in 365 milioni di euro annui, già coperti da stanziamenti precedenti.
- Disponibilità anticipata delle terapie: sperimentazione nel triennio 2027-2029 di un percorso per medicinali destinati a patologie gravi e invalidanti, senza valide alternative e con trattamento indifferibile. Sono riservati fino a 70 milioni annui, mediante redistribuzione interna al Fondo per i farmaci innovativi, senza risorse aggiuntive.
- Spesa farmaceutica per acquisti diretti: dal 2028, incremento del tetto di ulteriori 0,2 punti percentuali che, sommandosi all'aumento di 0,1 punti già previsto dalla Legge di Bilancio 2026, porta la soglia per acquisti diretti e gas medicinali al 9% del FSN, (la quota per i gas medicinali resta allo 0,2%). Il nuovo incremento di 0,2 punti vale circa 292 milioni di euro all'anno.
- Meccanismo premiale sul payback: riduzioni fino a 160 milioni annui dal 2027 per le imprese che realizzano investimenti aggiuntivi in Italia, anche riferiti al 2026, in ricerca, sperimentazione, produzione e altre attività strategiche. Il beneficio sarà valutato per singola azienda secondo criteri ancora da definire. Un apposito fondo statale compenserà le minori entrate regionali.
- Dispositivi medici: 146 milioni di euro annui per l'innalzamento del tetto di spesa e 1,4 miliardi di euro in quattro anni per il ripiano relativo al periodo 2019-2023.

La sfida per questa e le prossime leggi di bilancio sarà quindi conciliare queste due esigenze: reperire risorse sufficienti per sostenere nell'immediato un SSN sottoposto a pressioni crescenti e, parallelamente, destinare una quota degli investimenti a interventi capaci di incidere sulla traiettoria futura dei bisogni e della spesa.

In questa prospettiva, Meridiano Sanità sviluppa e aggiorna da anni un modello previsionale volto a stimare l'evoluzione della spesa sanitaria pubblica fino al 2050, tenendo conto delle principali dinamiche economiche, demografiche ed epidemiologiche che influenzano i bisogni di salute e la sostenibilità del sistema.

L'Italia si colloca tra i Paesi maggiormente esposti agli effetti della transizione demografica. Secondo le più recenti proiezioni[54], il tasso di fertilità rimarrà significativamente al di sotto del livello di sostituzione generazionale, passando da 1,14 figli per donna nel 2025 a 1,25 nel 2050, mentre l'indice di dipendenza degli anziani crescerà dal 38,4% al 63,6%. A ciò si aggiunge una crescita economica strutturalmente moderata, con un incremento medio annuo del PIL reale stimato pari allo 0,5% tra il 2026 e il 2070.

Le conseguenze di tali dinamiche si riflettono direttamente sulle prospettive della spesa sanitaria. Le previsioni del MEF indicano che, dopo aver raggiunto 141,5 miliardi di euro nel 2025, pari al 6,3% del PIL, la spesa sanitaria pubblica è destinata ad aumentare progressivamente nel lungo periodo fino a raggiungere il 7,4% del PIL nel 2050 nello scenario di base[55]; alla componente sanitaria si aggiunge un ulteriore 2,4% di spesa socio-sanitaria, pari nel 2025 all'1,7% del PIL. L'evoluzione della spesa sarà determinata non soltanto dall'invecchiamento della popolazione, ma anche dalla prevalenza delle patologie croniche, dall'innovazione tecnologica, dall'evoluzione delle condizioni di salute e dalle trasformazioni organizzative dei sistemi di cura.

Il modello previsionale di Meridiano Sanità considera dunque 3 categorie di determinanti: fattori economici (quali tassi di crescita reale del PIL, PIL pro capite e spesa sanitaria pro capite per fasce d'età), fattori demografici (quali la struttura e proiezione della popolazione per fasce d'età) e fattori epidemiologici (quali le prevalenze di alcune patologie ad alto impatto per il sistema e i principali fattori di rischio). L'obiettivo è valutare come l'interazione di tali variabili possa influenzare la sostenibilità del sistema sanitario e supportare l'individuazione delle politiche necessarie a garantirne la resilienza nel lungo periodo.

Per quantificare questi effetti, il modello di Meridiano Sanità assume un tasso di crescita del PIL italiano di medio-lungo periodo pari allo 0,8% annuo, coerentemente con il valore di convergenza stimato dall'OCSE. Nel breve periodo sono invece considerate le più recenti previsioni macroeconomiche, che indicano una crescita dello 0,9% nel 2026 e dello 0,6% nel 2027.

Un parametro fondamentale dello scenario previsionale è la spesa sanitaria pro capite per fascia d'età, che aumenta progressivamente nelle classi più anziane. Considerando che oltre la metà degli over 65 convive con almeno una patologia cronica, l'effetto combinato dell'invecchiamento e della diffusione delle cronicità rappresenta uno dei principali fattori di crescita della spesa sanitaria nei prossimi decenni, rafforzando la necessità di investire nella prevenzione e nella gestione integrata delle patologie croniche.

Le dinamiche demografiche rappresentano un altro dei principali fattori strutturali destinati a influenzare l'evoluzione dei bisogni sanitari e sociosanitari nei prossimi decenni. L'Italia continua infatti a confrontarsi con una combinazione di bassa natalità, aumento della longevità e progressivo invecchiamento della popolazione. Secondo le più recenti previsioni ISTAT, anche nello scenario ottimistico la popolazione residente italiana è destinata a diminuire, passando dagli attuali livelli a circa 56,9 milioni di abitanti nel 2050, con una riduzione di circa 2 milioni di residenti rispetto a oggi. Parallelamente, l'età media della popolazione aumenterà da 47 a 52 anni.

La trasformazione sarà particolarmente evidente nella composizione della popolazione per fasce d'età: entro il 2050 si assisterà a una progressiva contrazione delle classi più giovani e della popolazione in età lavorativa. L'invecchiamento della popolazione e la contestuale riduzione della componente in età lavorativa rappresentano quindi una delle trasformazioni strutturali più rilevanti per l'Italia, destinata a incidere sulla disponibilità di forza lavoro, sull'organizzazione dei sistemi di welfare e sulla domanda di servizi sanitari e di assistenza a lungo termine.

Accanto alle trasformazioni demografiche, l'evoluzione del quadro epidemiologico rappresenta un ulteriore elemento destinato a influenzare la domanda di assistenza sanitaria nei prossimi anni. In Italia, come nella maggior parte dei Paesi avanzati, il carico di malattia è oggi determinato prevalentemente dalle patologie croniche e dalle condizioni non trasmissibili.

54 ISTAT, 2026.
55 Ministero dell'Economia e delle Finanze (2026), "Tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario".

Alla base di queste dinamiche vi è l'elevata diffusione di fattori di rischio modificabili. Tra questi assumono particolare rilievo il tabagismo, l'inattività fisica, il consumo di alcol e le abitudini alimentari non corrette (si veda il Capitolo 4 del presente Rapporto). A questi determinanti si aggiungono inoltre fattori ambientali, come l'inquinamento atmosferico e gli effetti del cambiamento climatico. L'interazione tra fattori demografici ed epidemiologici contribuisce a determinare una crescente prevalenza di condizioni croniche e di multimorbidità, con conseguenze rilevanti in termini di bisogni assistenziali e presa in carico dei pazienti, di cui si tiene conto nel modello previsionale.

Considerando tutti questi aspetti, secondo il modello previsionale[56] sviluppato da Meridiano Sanità, la spesa sanitaria pubblica è destinata a crescere progressivamente nei prossimi decenni, passando da 148,8 miliardi di euro nel 2026 a 160,1 miliardi nel 2030, fino a 218,8 miliardi di euro nel 2050. La dinamica prevista riflette l'effetto combinato delle trasformazioni demografiche, dell'evoluzione del quadro epidemiologico e della crescente domanda di assistenza associata all'aumento della longevità e delle condizioni croniche.

In rapporto al PIL, la spesa sanitaria pubblica passerebbe dal 6,4% nel 2026 all'8,96% nel 2050, con un incremento di 2,56 p.p. nell'arco del periodo considerato[57]. Sebbene significativa, tale crescita si sviluppa in modo graduale e progressivo, risultando particolarmente accentuata nella fase successiva al 2035, quando l'invecchiamento della popolazione inizierà a manifestare pienamente i propri effetti sulla domanda di prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

Anche in questo scenario, l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL rimarrebbe complessivamente in linea con quella osservata oggi nei principali Paesi europei e inferiore alle proiezioni elaborate dall'OCSE[58] per molte economie avanzate. L'Organizzazione stima infatti che, in assenza di interventi di contenimento o di miglioramento dell'efficienza dei sistemi sanitari, la spesa per la salute possa raggiungere in media l'11,8% del PIL nei Paesi membri entro il 2040, trainata dall'invecchiamento della popolazione, dall'innovazione tecnologica e dall'aumento dei bisogni assistenziali.

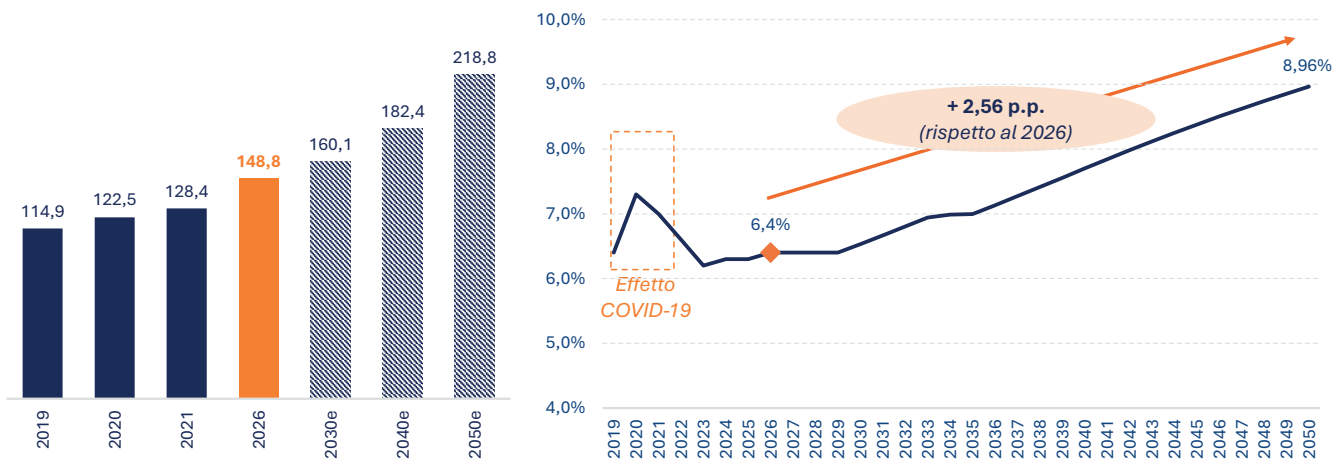


Figura 27. A sinistra: Proiezione della spesa sanitaria pubblica (miliardi di euro), 2019, 2020, 2021, 2026, 2030e, 2040e e 2050e.
A destra: Proiezione spesa sanitaria totale (% del PIL), 2019 – 2050

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, Eurostat, Ragioneria Generale dello Stato, Global Burden of Disease, 2026

56 Per un approfondimento sulla metodologia e le ipotesi iniziali del modello si rimanda al Capitolo 8 del XVIII Rapporto Meridiano Sanità.
57 La differenza rispetto allo scenario elaborato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze riportato all'inizion del Paragrafo 9.6 è dovuta alle diverse ipotesi adottate nei due esercizi con riferimento alle modalità con cui vengono incorporate le dinamiche demografiche e come incidono sulla spesa.
58 OCSE (2024), "Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?".

La curva della spesa sanitaria pubblica pro capite tenderà a spostarsi verso le fasce più anziane della popolazione: il livello massimo di spesa non sarà più associato ai cittadini tra i 75 e i 79 anni, ma a quelli compresi tra gli 80 e gli 84 anni, per i quali la spesa media annuale supererà gli 8.700 euro pro capite. Tale dinamica riflette sia l'aumento della longevità sia la crescente numerosità delle coorti che raggiungeranno le età più avanzate.

In aggiunta, se nel 2026 circa il 63% della spesa sanitaria pubblica è assorbito dalla popolazione di età superiore ai 60 anni, entro il 2050 questa quota è destinata a salire al 75%. Le classi comprese tra i 65 e gli 89 anni diventeranno infatti il principale centro di gravità della spesa sanitaria pubblica.

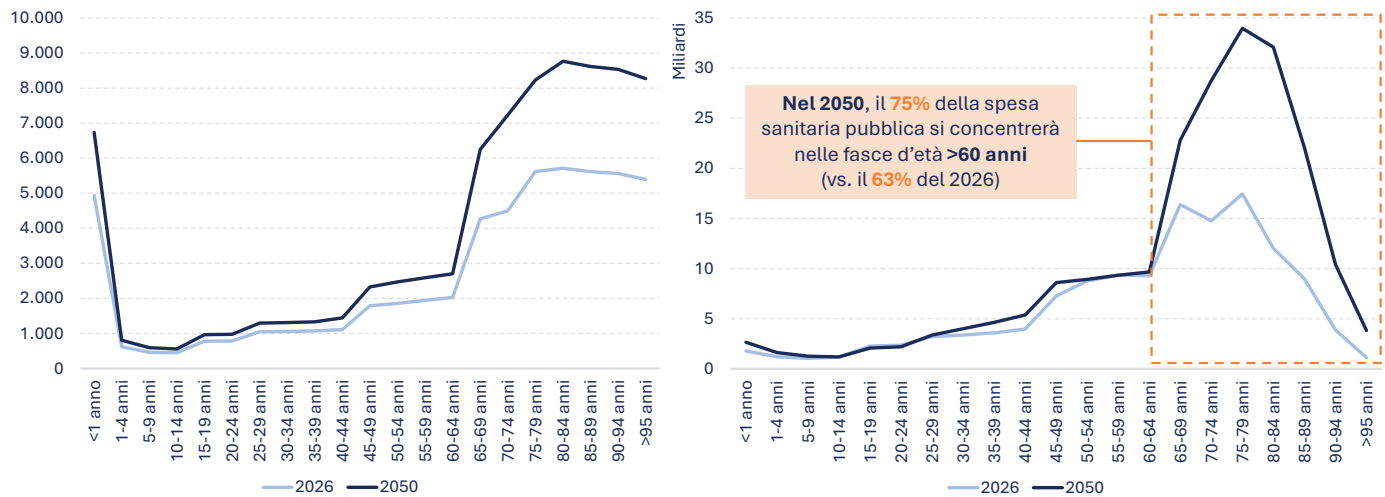


Figura 28. A sinistra: Spesa sanitaria pro capite per fasce d'età (euro), 2026 e 2050.
A destra: Spesa sanitaria totale per fasce d'età (miliardi di euro), 2026 e 2050

Fonte: TEHA Group su dati ISTAT, Eurostat, Ragioneria Generale dello Stato, Global Burden of Disease, 2026

Le proiezioni pongono una questione centrale per il futuro del SSN: la spesa crescerà non solo per l'aumento dei costi, ma soprattutto per il cambiamento della struttura demografica e dei bisogni di salute.

Una risposta basata solo su maggiore pressione fiscale o su singoli interventi demografici, occupazionali o previdenziali sarebbe insufficiente. La sostenibilità richiederà leve complementari: aumentare la partecipazione al lavoro, valorizzare e attrarre capitale umano, sostenere la natalità e l'invecchiamento in salute, rafforzare la prevenzione – a partire da immunizzazione e screening – integrare assistenza sanitaria e sociosanitaria e sfruttare l'innovazione, sia essa farmacologica, tecnologica o organizzativa. La sfida sarà reperire maggiori risorse e utilizzarle meglio, accompagnando l'evoluzione dei bisogni con modelli assistenziali appropriati, integrati e orientati alle cronicità e alle fragilità dell'età avanzata.

Non esiste un'unica soluzione per garantire la sostenibilità del SSN al 2050. Servirà piuttosto una strategia coordinata e di lungo periodo che agisca sulle diverse leve così da rispondere ai crescenti bisogni di salute senza compromettere la finanza pubblica e il ruolo del SSN nella coesione sociale.

10. SISTEMI SANITARI REGIONALI: RISULTATI, EQUITÀ E CAPACITÀ DI RISPOSTA

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è chiamato a rinnovare la propria capacità di risposta per continuare a garantire i principi di universalità, uguaglianza ed equità su cui si fonda. L'evoluzione dei bisogni di salute richiede infatti non soltanto risorse adeguate, ma modelli organizzativi capaci di accompagnare le persone lungo tutto il percorso di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza. Questa trasformazione deve affiancare al rinnovamento delle strutture una valorizzazione del capitale umano e una maggiore integrazione tra servizi socio-sanitari e assistenziali, superando la frammentazione che ancora caratterizza molti percorsi a livello regionale e locale.

In questa prospettiva, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) rappresentano il riferimento comune per rendere effettivo il diritto alla salute, indipendentemente dalla provenienza geografica e dall'estrazione sociale. L'avvio della Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa costituisce un passo avanti importante per superare la storica frammentarietà delle informazioni e orientare gli interventi, pur richiedendo un progressivo consolidamento della completezza e confrontabilità dei dati.

La capacità di dare risposta ai crescenti bisogni di salute di una popolazione sempre più anziana e fragile dipende innanzitutto dai professionisti della salute, dagli specialisti agli infermieri, passando per i professionisti delle cure primarie, dai medici di medicina generale ai farmacisti che, con la piena attuazione della Farmacia dei Servizi, sono destinati a ricoprire un ruolo sempre più importante nel nuovo assetto dell'assistenza territoriale. La crescente responsabilizzazione degli operatori si confronta però con difficoltà di ricambio e di attrattività, sulle quali incidono retribuzioni, carichi di lavoro e prospettive di crescita professionale, che richiedono investimenti mirati, a partire dalla formazione.

La disponibilità di professionisti, a partire da medici e infermieri, e l'integrazione tra servizi sono essenziali anche per rendere pienamente operativi gli investimenti del PNRR per una sanità di prossimità. Il completamento degli interventi nei tempi prestabiliti, che ha consentito all'Italia di poter richiedere anche l'ultima tranche di finanziamenti europei, rappresenta un risultato rilevante, ma apre una fase altrettanto decisiva: garantire che le nuove strutture dispongano di personale, servizi e risorse continuative e siano integrate in maniera sistematica nei nuovi percorsi di presa in carico e gestione dei pazienti.

Risorse, capitale umano, organizzazione dei servizi e capacità di presa in carico incidono sulla possibilità dei sistemi regionali di rispondere a bisogni di salute che evolvono in funzione delle caratteristiche demografiche, epidemiologiche, sociali ed economiche dei territori. Da qui la necessità di una lettura integrata delle diverse dimensioni che concorrono alla salute della popolazione. Il Meridiano Sanità Regional Index risponde a questa esigenza mettendo in relazione stato di salute, determinanti e capacità di risposta dei sistemi regionali, per evidenziare punti di forza e aree di criticità e individuare le priorità di intervento necessarie a migliorare la salute della popolazione e la sostenibilità del SSN.

10.1 I LEA COME STRUMENTO DI GARANZIA ED EQUITÀ TRA I SISTEMI REGIONALI

La struttura regionalizzata del SSN attribuisce alle Regioni un ruolo centrale nell'organizzazione e nella gestione dei servizi, all'interno di un quadro nazionale chiamato a garantire uniformità ed equità nell'accesso alle prestazioni. In questo equilibrio tra autonomia regionale e tutela uniforme del diritto alla salute, i LEA rappresentano il riferimento fondamentale, definendo le prestazioni e i servizi che ciascun Servizio Sanitario Regionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o con il pagamento di un ticket. La verifica della loro effettiva erogazione, di competenza del livello centrale, è affidata dal 2020 al Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

Nell'ultimo monitoraggio, relativo al 2024[1], il NSG si articola in 88 indicatori: il sottoinsieme CORE, utilizzato per la valutazione delle Regioni, è costituito da 27 indicatori, mentre i restanti completano il quadro di monitoraggio[2]. La valutazione ha anche un rilievo finanziario: rientra infatti nella verifica degli adempimenti cui è subordinato l'accesso delle Regioni alla quota integrativa del finanziamento del SSN[3].

Nel 2024 i risultati segnano un netto miglioramento: raggiungono la soglia di sufficienza (60 punti)[4] in tutte e tre le macroaree – prevenzione, distrettuale e ospedaliera - 18 Regioni e Province Autonome su 21, contro le 13 del 2023. Restano sotto soglia soltanto la Sicilia (49 punti) e la P.A. di Bolzano (59) nella prevenzione e la Calabria (52) nell'assistenza distrettuale. Nessun territorio è invece insufficiente nell'assistenza ospedaliera, area in cui nel 2023 la Valle d'Aosta si era fermata a 53 punti.

	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera
Piemonte	95	90	87
Valle d'Aosta	86	64	63
Lombardia	96	89	85
Liguria	93	84	73
Veneto	96	95	97
P.A. Trento	98	79	94
P.A. Bolzano	**59**	83	64
Friuli Venezia Giulia	88	85	75
Emilia Romagna	97	94	91
Toscana	96	94	90
Umbria	95	82	77
Marche	65	85	87
Lazio	81	75	81
Abruzzo	80	74	75
Molise	70	62	60
Campania	61	80	68
Puglia	85	76	81
Basilicata	70	64	71
Calabria	66	**52**	71
Sicilia	**49**	73	74
Sardegna	81	65	66

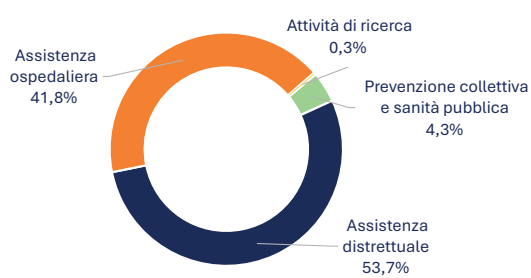


Figura 1. A sinistra: Monitoraggio dell'erogazione dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia (punteggio), 2024. A destra: Dettaglio della spesa sanitaria pubblica per destinazione (%), 2024

Fonte: TEHA Group su dati MEF, Ministero della Salute e RGS, 2026

1 Ministero della Salute (2026), "Monitoraggio dei LEA attraverso gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia – anno 2024 SINTESI".

2 Nel 2024 i 27 CORE comprendono 6 indicatori di prevenzione, 10 distrettuali, 9 ospedalieri, uno di equità e uno sui PDTA. Rispetto al 2023 sono stati inseriti la rinuncia alle prestazioni per ragioni organizzative o economiche, l'aderenza ai beta-bloccanti nei pazienti con scompenso cardiaco e i donatori di organi in morte encefalica. I restanti 61 indicatori sono ricavati per differenza dal totale di 88. Il sottoinsieme CORE può variare su valutazione del Comitato LEA, anche con inserimenti a rotazione: non è previsto un automatismo annuale né va inteso come un elenco immutabile.

3 Il superamento della soglia di 60 punti in ciascuna macroarea è una condizione di adempimento: non determina un finanziamento crescente in proporzione al punteggio.

4 I punteggi degli indicatori CORE sono sintetizzati, mediante medie ponderate, in tre risultati su una scala da 0 a 100: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. La sufficienza richiede almeno 60 punti in ciascuna macroarea, senza compensazioni: un buon risultato in un'area non può bilanciare un'insufficienza in un'altra.

Con riferimento ai punteggi medi nazionali, pesati per la popolazione regionale, tra il 2023 e il 2024 la prevenzione passa da 79 a 83 punti e l'assistenza distrettuale da 75 a 83, mentre quella ospedaliera, pur restando su livelli elevati, scende lievemente da 84 a 82 punti[5].

Si riduce anche la variabilità tra Regioni, soprattutto nell'assistenza distrettuale, dove la varianza dei punteggi, che misura quanto i risultati regionali si discostano dalla media, scende da 321 a 133. Questo avvicinamento è trainato soprattutto dai territori che partivano più indietro: la Liguria nella prevenzione (da 54 a 93 punti), l'Abruzzo (da 45 a 74), la Sicilia (da 44 a 73) e la Valle d'Aosta (da 35 a 64) nell'assistenza distrettuale.

Il gradiente territoriale resta tuttavia marcato. Il Sud si ferma a 66 punti nella prevenzione, contro 95 del Nord e 85 del Centro, e a 73 nelle altre due aree; solo Emilia Romagna, Toscana, Lombardia, Veneto e Piemonte superano gli 80 punti in tutte le macroaree: il superamento delle soglie minime non equivale quindi ancora a un'offerta omogenea[6].

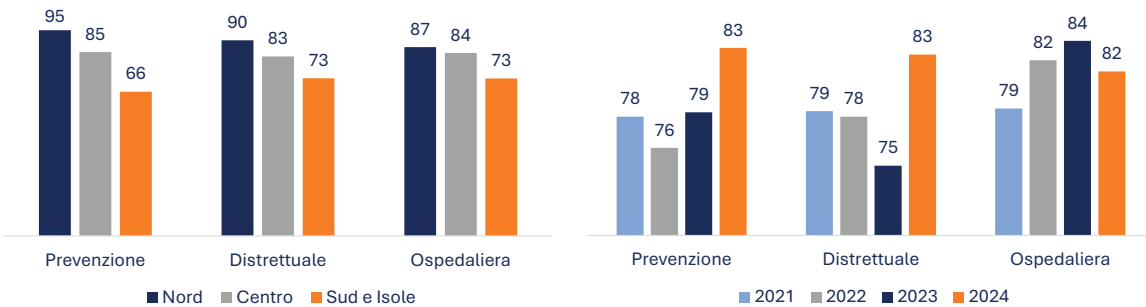


Figura 2. A sinistra: Punteggi medi del NSG per macroarea geografica, pesati per la popolazione (punteggio), 2024.
A destra: Evoluzione dei punteggi medi del NSG, pesati per la popolazione (punteggio), 2021-2024

Fonte: TEHA Group su dati Ministero della Salute, 2026

Il miglioramento dei risultati rende ancora più importante affiancare alla verifica dell'erogazione dei LEA una valutazione più ampia delle performance regionali. In questa direzione, la Legge di Bilancio 2025 (L. 207/2024) aveva previsto di integrare il NSG con un sistema di indicatori di performance dei servizi sanitari regionali su aspetti gestionali, organizzativi, economici, contabili, finanziari e patrimoniali, da individuare entro sei mesi con decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, sentita la Conferenza Stato-Regioni. A oltre un anno dalla scadenza, tuttavia, il decreto non risulta ancora adottato. Il tema è ripreso dall'Atto di indirizzo del Ministero della Salute per il 2026, che prevedeva l'ampliamento del NSG a dimensioni oggi non adeguatamente rappresentate e una pubblicazione più tempestiva dei risultati. La prospettiva è integrare il monitoraggio con la misurazione degli esiti di salute e del rapporto tra risorse destinate ai diversi LEA e servizi effettivamente erogati.

5 Elaborazione TEHA Group su dati del Ministero della Salute (2026).

6 I punteggi sintetici aggregano indicatori riferiti a dimensioni assistenziali molto diverse: Regioni con punteggi complessivi simili possono presentare profili differenti nei singoli servizi. Nell'area distrettuale, ad esempio, rientrano l'appropriatezza dei ricoveri, la presa in carico territoriale, la tempestività di alcune prestazioni e gli esiti successivi agli eventi acuti. Solo la pubblicazione della Relazione annuale del Ministero della Salute sul monitoraggio 2024 – al momento è disponibile la sintesi, con i valori di tutti gli indicatori NSG, consentirà di individuare le componenti alla base dei miglioramenti osservati.

Nel 2026 è stato aggiornato anche il contenuto dei LEA. A quasi dieci anni dal DPCM del 2017, un DPCM e un DM di agosto 2026, in vigore dallo scorso 30 ottobre, hanno modificato il perimetro delle prestazioni garantite dal SSN.

L'aggiornamento interessa circa 800 tra servizi, prestazioni e terapie, attraverso nuove introduzioni, modifiche, sostituzioni e revisioni delle voci già esistenti. Tra le principali novità rientrano lo screening neonatale per l'atrofia muscolare spinale (SMA) su tutto il territorio nazionale e l'estensione dello screening neonatale esteso a otto ulteriori patologie rare e metaboliche, il test prenatale non invasivo sul DNA fetale, il programma nazionale di screening e sorveglianza delle varianti BRCA1 e BRCA2 nelle familiari di pazienti con tumore della mammella o dell'ovaio, nuove prestazioni di specialistica ambulatoriale e l'ampliamento delle patologie croniche e rare che danno diritto all'esenzione. Per gli interventi che comportano maggiori oneri sono previste risorse pari a 149,5 milioni di euro annui[7].

10.2 ACCESSIBILITÀ E TEMPI DI RISPOSTA: LA SFIDA DELLE LISTE D'ATTESA

Le liste di attesa rappresentano una criticità strutturale del SSN. Nonostante gli interventi messi in campo negli ultimi anni, molti cittadini continuano a scontrarsi con tempi lunghi per accedere a visite specialistiche, accertamenti diagnostici e interventi chirurgici.

Tempi di attesa non adeguati non alimentano soltanto la sfiducia nel sistema sanitario, ma incidono direttamente sulla tempestività di diagnosi e cure: chi non trova risposta in tempi utili è spesso costretto a rivolgersi al privato, sostenendone direttamente i costi, oppure a rinviare cure e trattamenti, con il rischio di un peggioramento delle proprie condizioni di salute. Nei casi più gravi si arriva alla rinuncia alle cure, che pesa soprattutto sulle fasce più fragili della popolazione, come anziani e persone a basso reddito, che hanno anche minori possibilità di ricorrere a forme di sanità integrativa[8].

Nel 2024, secondo gli ultimi dati ISTAT disponibili, 5,8 milioni di persone, vale a dire quasi 1 italiano su 10 (9,9%), hanno rinunciato a visite o accertamenti di cui avrebbero avuto bisogno per motivi economici, liste di attesa o difficoltà di accesso; nel 2019 era il 6,2% (3,7 milioni). Negli ultimi anni è cresciuto anche il ricorso al pagamento diretto: tra il 2023 e il 2024 la quota di persone che ha sostenuto interamente il costo dell'ultima visita o dell'ultimo esame specialistico è passata dal 19,9% al 23,9%. Le difficoltà di accesso al SSN assumono quindi anche una dimensione di equità, perché la possibilità di ricorrere a canali alternativi dipende anche dal reddito.

Le criticità si concentrano nel primo accesso all'assistenza specialistica: nel 2023, in Italia, le prime visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici rappresentavano oltre il 60% delle difficoltà di accesso riconducibili ai tempi di attesa[9].

La tempestività dell'accesso è entrata progressivamente anche tra le dimensioni utilizzate per valutare la capacità dei sistemi sanitari regionali di garantire i LEA (cfr. Paragrafo 10.1). Tra gli indicatori distrettuali del NSG, in particolare, il D10Z misura la quota di prestazioni prescritte in classe di priorità B (da erogare entro 10 giorni) effettivamente erogate entro questo termine, con riferimento a otto prestazioni ambulatoriali traccianti[10]. Questa misura offre tuttavia una lettura necessariamente circoscritta del fenomeno, rendendo particolarmente rilevante lo sviluppo di strumenti di monitoraggio più ampi e omogenei a livello nazionale.

7 DPCM 7 agosto 2026, art. 7. Gli oneri trovano copertura nelle risorse del fabbisogno sanitario nazionale standard già vincolate dalla normativa vigente all'aggiornamento dei LEA.
8 In Italia, la sanità integrativa, che se ben governata può rappresentare una opportunità anche per ridurre le liste d'attesa, interessa appena il 24% delle persone, una percentuale inferiore alla gran parte dei Paesi europei. Cfr. Paragrafo 9.3 del presente Rapporto.
9 OCSE/ European Observatory on Health Systems and Policies/Commissione Europea (2026), "Italy: Country Health Profile 2025".
10 Le prestazioni sono: visite cardiologica, oculistica e ortopedica, mammografia, TAC del torace, ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, risonanza magnetica della colonna vertebrale ed ecografia ostetrico-ginecologica.

In questo contesto, la precondizione fondamentale per ridurre efficacemente le liste di attesa è disporre di dati affidabili e completi provenienti da tutte le Regioni. In altri termini, solo un monitoraggio costante e preciso può fornire un quadro chiaro delle criticità e delle aree su cui intervenire. La lettura delle liste di attesa è stata a lungo limitata dalla scarsità di dati omogenei tra Regioni. Per superare questo limite e affiancare alla quota di prestazioni garantite entro i tempi una lettura più puntuale dei tempi di accesso, il DL 73/2024 ha istituito presso AGENAS la Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA), resa disponibile per la prima volta nel giugno 2025 e successivamente ampliata. Secondo AGENAS, la piattaforma consente per la prima volta una misurazione su scala nazionale dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie del SSN, nel perimetro delle prestazioni monitorate.

La PNLA monitora le prenotazioni di 14 tipologie di prime visite specialistiche e 22 accertamenti diagnostici, distinguendo le quattro classi di priorità U (Urgente), B (Breve), D (Differita) e P (Programmata). Su questa base AGENAS pubblica un Bollettino trimestrale: il Numero 1[11], con dati aggiornati al 30 settembre 2026, confronta i primi nove mesi del 2026 con lo stesso periodo del 2025.

Nei primi nove mesi del 2026 le prenotazioni monitorate sono state complessivamente 21,8 milioni, contro 19,7 milioni nello stesso periodo del 2025: 12,3 milioni di prime visite (+8,3%) e 9,5 milioni di accertamenti diagnostici (+13,3%). La quota per cui il sistema propone una disponibilità entro i tempi previsti sale dal 76,9% al 78,6% per le prime visite e dall'83,3% all'85,0% per gli esami, con circa 2 milioni di prenotazioni in più entro soglia (935 mila prime visite e 1,1 milioni di esami)[12].

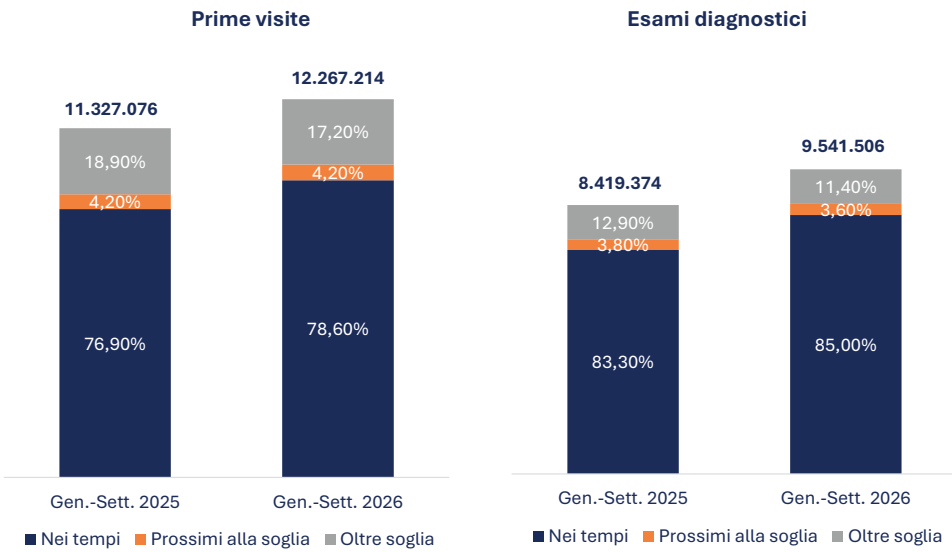


Figura 3. A sinistra: Prime visite per rispetto dei tempi di attesa (% sul totale delle prenotazioni), Gennaio - Settembre 2025 vs Gennaio - Settembre 2026. A destra: Esami diagnostici per rispetto dei tempi di attesa (% sul totale delle prenotazioni), Gennaio - Settembre 2025 vs Gennaio - Settembre 2026

Fonte: TEHA Group su dati AGENAS, 2026

11 AGENAS (2026), "Bollettino Liste d'attesa – Numero 1".

12 Il confronto con il 2025 va comunque letto con prudenza: come rileva la Corte dei conti, l'alimentazione della Piattaforma è ancora differenziata tra Regioni e i progetti regionali di interoperabilità con la PNLA sono stati approvati solo tra marzo e giugno 2026; le variazioni possono quindi risentire anche della diversa completezza dei flussi. Per approfondire: Corte dei conti (2026), "L'attuazione delle misure finalizzate a ridurre le liste d'attesa - Deliberazione n. 54/2026/G".

Diminuiscono le prenotazioni con le attese più lunghe rispetto ai tempi massimi: per le prime visite passano da 2,14 a 2,11 milioni (dal 18,9% al 17,2% del totale), per gli esami da 1,09 a 1,08 milioni (dal 12,9% all'11,4%). Aumentano invece, da 795 mila a 858 mila, quelle con tempi di poco superiori alla soglia: nel complesso, le prenotazioni fuori soglia restano così sostanzialmente stabili, intorno ai 4 milioni. Secondo il precedente Bollettino, relativo al primo semestre, erano cresciute anche le prenotazioni nel fine settimana (da 330 mila a 357 mila), un dato che da solo non consente però di misurarne il contributo al miglioramento dei tempi.

Il miglioramento interessa le diverse classi di priorità, con i progressi maggiori nella classe U (fino a 3,1 punti percentuali per gli esami); restano stabili, all'84,2%, solo le prime visite in classe P. Le soglie sono di 3 giorni per la classe U, 10 per la B, 30 giorni per le visite e 60 per gli esami in classe D, 120 per la P.

Le quote di disponibilità entro soglia variano significativamente in base alla tipologia di prestazione: nei primi nove mesi del 2026 sono pari al 69,3% per le colonscopie mentre arrivano al 95,3% per le Tac osteoarticolari e per le prime visite oncologiche. Le colonscopie registrano comunque il recupero più ampio tra le prestazioni monitorate (+ 6,5 p.p. dal 62,8% dello stesso periodo 2025), mentre l'unica in calo è la risonanza magnetica del tronco encefalico (dall'84,8% del 2025 all'82,4% del 2026). Anche le differenze territoriali sono molte: per le prime visite si passa dal 55% della Puglia al 99% della Basilicata, per gli esami dal 63% della Puglia al 97% del Veneto; se confrontato con il periodo precedente, il quadro regionale appare nel complesso in miglioramento.

	Prime visite			Esami diagnostici		
	Gen.-Sett. 2025	Gen.-Sett. 2026	Var. p.p.	Gen.-Sett. 2025	Gen.-Sett. 2026	Var. p.p.
Abruzzo	75,7%	84,9%	+9,2	74,7%	79,8%	+5,1
Basilicata	94,0%	99,0%	+5,0	91,8%	95,1%	+3,3
Calabria	89,9%	87,2%	-2,7	87,5%	85,4%	-2,1
Campania	84,8%	83,9%	-0,9	96,1%	95,8%	-0,3
Emilia Romagna	72,3%	76,3%	+4,0	83,0%	87,0%	+4,0
Friuli Venezia Giulia	64,2%	67,8%	+3,6	76,8%	80,7%	+3,9
Lazio	95,6%	92,3%	-3,3	92,7%	90,7%	-2,0
Liguria	68,5%	79,9%	+11,4	77,6%	84,7%	+7,1
Lombardia	73,2%	82,7%	+9,5	78,6%	86,1%	+7,5
Marche	93,2%	94,7%	+1,5	90,0%	92,5%	+2,5
Molise	88,5%	88,3%	-0,2	87,8%	87,5%	-0,3
Piemonte	69,2%	72,2%	+3,0	82,4%	82,7%	+0,3
P.A. Bolzano	76,2%	77,8%	+1,6	85,3%	79,6%	-5,7
P.A. Trento	66,5%	70,3%	+3,8	79,7%	86,4%	+6,7
Puglia	53,5%	55,3%	+1,8	59,8%	63,4%	+3,6
Sardegna	68,0%	64,3%	-3,7	72,8%	78,0%	+5,2
Sicilia	86,6%	77,8%	-8,8	75,5%	72,3%	-3,2
Toscana	78,6%	77,5%	-1,1	91,5%	90,0%	-1,5
Umbria	59,2%	62,7%	+3,5	54,5%	64,7%	+10,2
Valle d'Aosta	76,4%	76,8%	+0,4	69,4%	69,7%	+0,3
Veneto	90,4%	90,5%	+0,1	96,4%	97,0%	+0,6
Italia	**76,9%**	**78,6%**	**+1,7**	**83,3%**	**85,0%**	**+1,7**

Figura 4. Prime visite ed esami diagnostici con disponibilità entro i tempi massimi per Regione italiana (% sul totale delle prenotazioni), Gennaio - Settembre 2025 vs Gennaio - Settembre 2026

Fonte: TEHA Group su dati AGENAS, 2026

La lettura delle differenze regionali deve tuttavia tenere conto anche delle modalità con cui viene classificata la domanda. L'attribuzione delle classi di priorità presenta infatti differenze molto ampie tra i sistemi regionali e ciò modifica la composizione delle prestazioni sottoposte alle diverse soglie temporali[13].

Nei primi nove mesi del 2026, a fronte di un valore nazionale del 34,9%, la classe P rappresenta l'85,4% delle prenotazioni di prime visite in Basilicata e il 76,2% in Campania, ma soltanto l'8,8% in Piemonte e il 4,1% in Toscana, dove prevale la classe D. Anche per gli esami diagnostici si passa dall'89,8% della Campania e dall'89,5% della Basilicata all'8,7% della Toscana e all'1,4% del Piemonte.

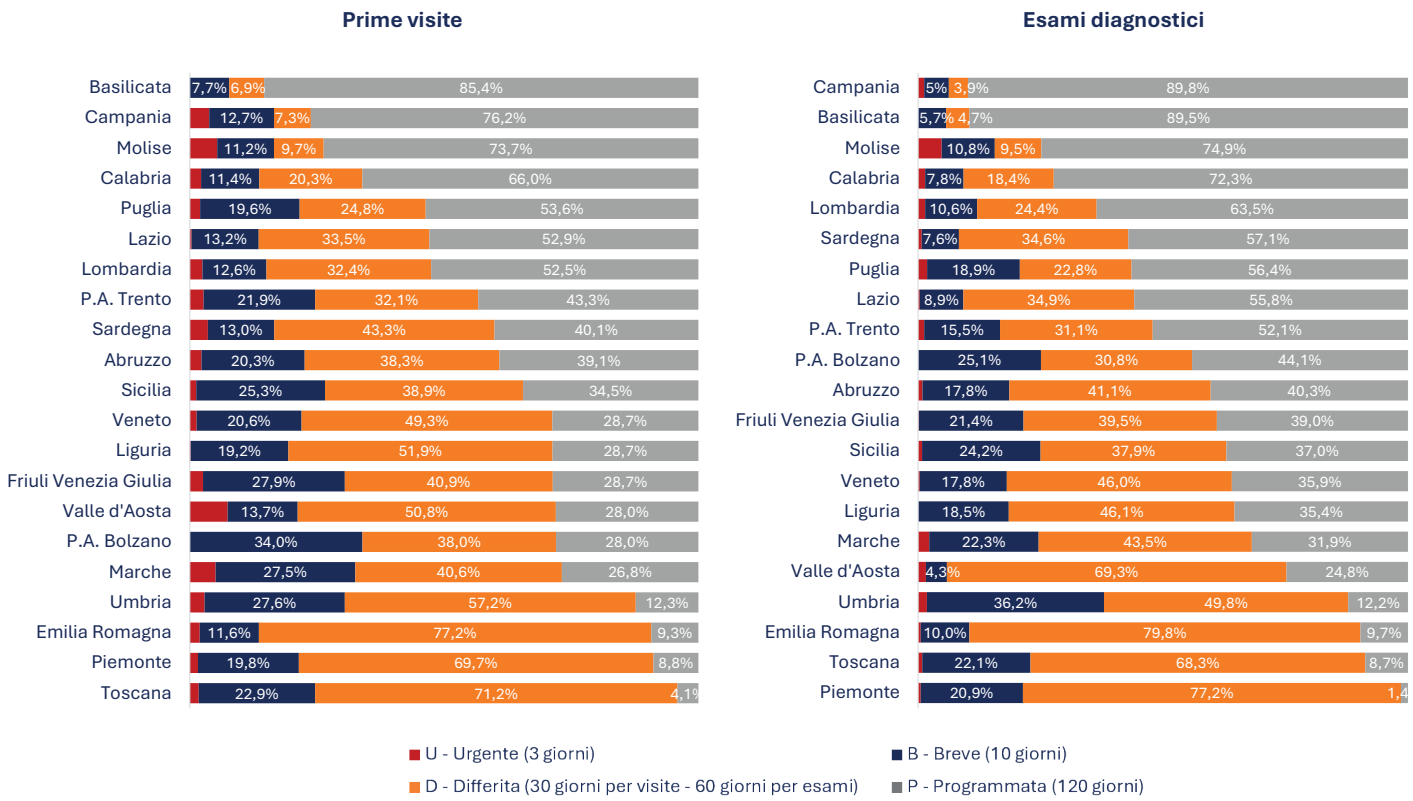


Figura 5. A sinistra: Distribuzione delle prenotazioni delle prime visite per classe di priorità nelle Regioni italiane (% sul totale), Gennaio – Settembre 2026. A destra: Distribuzione delle prenotazioni degli esami diagnostici per classe di priorità nelle Regioni italiane (% sul totale), Gennaio – Settembre 2026

Fonte: TEHA Group su dati AGENAS, 2026

Una corretta attribuzione della priorità serve quindi sia a indirizzare la capacità disponibile verso i bisogni clinicamente più urgenti, sia a rendere confrontabili i risultati regionali, che dipendono anche dalla composizione della domanda.

13 Lo stesso Bollettino AGENAS richiama esplicitamente questa eterogeneità tra gli elementi da considerare nell'interpretazione delle performance regionali.

Secondo la Corte dei Conti, la PNLA rappresenta probabilmente l'intervento di maggiore rilevanza strategica del DL 73/2024, perché consente di superare la storica difficoltà di disporre di dati uniformi, tempestivi e confrontabili su tutto il territorio nazionale[14].

D'altra parte, la stessa Delibera mette in guardia sul fatto che la Piattaforma sia ancora in fase di consolidamento: l'alimentazione della Piattaforma resta differenziata tra Regioni e il dettaglio per singola Azienda sanitaria è disponibile solo alle Regioni, in una versione riservata del cruscotto. Il monitoraggio, inoltre, misura la prima disponibilità proposta nell'ASL di assistenza, che non sempre coincide con l'appuntamento scelto dal cittadino: secondo i dati AGENAS riportati dalla Corte dei Conti, a livello nazionale circa il 20% delle prime disponibilità proposte viene rifiutato. Non da ultimo, dal confronto con i dati del Sistema Tessera Sanitaria emerge che circa una prescrizione su due si traduce in una prenotazione registrata dal SSN[15]: un divario che non equivale di per sé a rinunce alle cure, ma mostra quanto sia ancora difficile ricostruire il percorso tra prescrizione, prenotazione ed erogazione.

La Corte dei Conti rileva inoltre che al rafforzamento del quadro normativo e finanziario non corrisponde ancora una piena attuazione: nel 2022-2025, a fronte di circa 1,85 miliardi di euro stanziati dallo Stato, le Regioni ne hanno finalizzati alla riduzione delle liste di attesa circa 1,65 e utilizzati circa 1,58, mentre le risorse non utilizzate ammontano a circa 91 milioni; le rendicontazioni regionali, tuttavia, non sono sempre complete e uniformi. Per altro, l'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria previsto dal DL 73/2024 risulta istituito ma non ancora operativo e le misure sanzionatorie previste in materia di liste di attesa sono state applicate solo in casi isolati. Il consolidamento degli interventi richiede disponibilità di personale, integrazione delle agende nei CUP e controlli effettivi, attraverso la collaborazione tra Stato, Regioni e aziende sanitarie.

Su alcuni di questi aspetti interviene il nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2026-2028 che, adottato con DM 26 giugno 2026 e in vigore dal 24 agosto 2026, sostituisce il Piano 2019-2021. Rafforza il governo della domanda e l'appropriatezza prescrittiva, l'integrazione delle agende nei CUP, i percorsi di tutela e il monitoraggio dei tempi, portando da 55 a 114 i codici di prime visite e prestazioni diagnostiche rilevati dalla Piattaforma: i nuovi codici saranno inclusi dal 1° gennaio 2027. La fase decisiva è l'attuazione: Regioni e Province Autonome devono adottare i propri – alcune hanno già provveduto in autunno –, prevedendone l'aggiornamento annuale.

In attuazione del PNGLA 2026-2028, AGENAS ha recentemente istituito il Tavolo permanente dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) e dell'appropriatezza prescrittiva, che riunisce AGENAS, Ministero della Salute, ISS e Regioni e Province Autonome. Tra i compiti del Tavolo rientrano l'aggiornamento del Manuale RAO, che associa le condizioni cliniche alla classe di priorità appropriata, la standardizzazione dei quesiti diagnostici, anche con il supporto dell'intelligenza artificiale, e l'adozione di linee guida condivise con l'ISS.

Su questo tema, l'ultimo bollettino di AGENAS segnala alcune esperienze regionali. Nelle Marche, ad esempio, una piattaforma regionale verifica quotidianamente la coerenza tra quesito diagnostico, prestazione, tipo di accesso e classe di priorità delle prescrizioni; nei casi meno coerenti l'Azienda sanitaria valuta la situazione e, se necessario, si confronta con il medico prescrittore. Nella P.A. di Trento il prototipo IntelliRAO, sviluppato da ASUIT e Università di Trento con il supporto della Fondazione Bruno Kessler, aiuta il medico a formulare il quesito diagnostico e suggerisce la classe di priorità RAO.

14 Corte dei conti (2026), "L'attuazione delle misure finalizzate a ridurre le liste d'attesa - Deliberazione n. 54/2026/G".

15 Nello specifico, secondo questo dato in Italia si traduce in una prenotazione il 50,3% delle prescrizioni di prime visite e il 54,4% di quelle di esami diagnostici. Per approfondire: Corte dei conti (2026), "L'attuazione delle misure finalizzate a ridurre le liste d'attesa - Deliberazione n. 54/2026/G".

10.3 TRA PENSIONAMENTI E SCARSA ATTRATTIVITÀ DELLE PROFESSIONI SANITARIE: LA SFIDA DEL CAPITALE UMANO

La capacità dei sistemi regionali di garantire i LEA dipende in larga misura dalla presenza e dalla qualità del personale sanitario. All'aumento dei bisogni assistenziali legato all'invecchiamento della popolazione, approfondito nel Capitolo 2 del presente Rapporto, si affiancano l'invecchiamento dei professionisti e le difficoltà di ricambio: la sfida non riguarda soltanto quanti operatori vengono formati, ma anche la capacità di trattenerli nei servizi e nei territori in cui sono necessari.

Il dibattito sul tema è ampio e consolidato. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) quest'anno ha stimato la carenza di personale sanitario in 11,1 milioni di operatori entro il 2030. Dato che quasi un medico su quattro ha più di 55 anni e la quota sale a quasi uno su tre nei Paesi ad alto reddito, tra cui l'Italia, la pressione sul ricambio nel prossimo decennio è destinata ad aumentare[16]. Anche per questo a settembre 2026 il Parlamento Europeo ha chiesto una strategia per aumentare di almeno un milione di unità la forza lavoro sanitaria nel ciclo di bilancio 2028-2034.

In questo quadro, il nostro Paese presenta criticità specifiche. Per gli specialisti, una dotazione complessiva elevata non esclude carenze nelle singole specialità. Per la medicina generale e per gli infermieri, invece, alle difficoltà di distribuzione e di attrattività si aggiunge un problema di numeri: i professionisti disponibili sono complessivamente insufficienti e il ricambio generazionale non è garantito.

Nel 2023 l'Italia disponeva di 5,7 medici praticanti ogni 1.000 abitanti, tra i valori più elevati dell'Unione Europea e superiore a Germania (4,7), Spagna (4,4) e Francia (3,9)[17]. Anche al netto degli specializzandi, il nuovo Registro statistico ISTAT indica una dotazione di 4,9 per 1.000 abitanti[18].

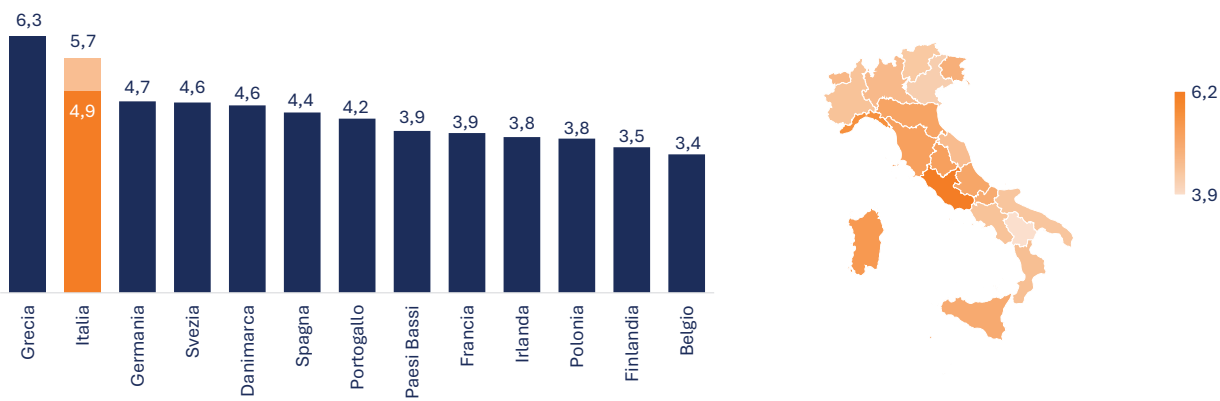


Figura 6. A sinistra: Medici praticanti nei Paesi UE-13 (numero per 1.000 abitanti), 2023.
A destra: Medici attivi nelle Regioni italiane (numero per 1.000 abitanti), 2023

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat e ISTAT, 2026

16 OMS (2026), "National health workforce accounts: health workforce levels and trends 2026". I dati sull'età utilizzano le ultime informazioni disponibili di 122 Paesi. Si segnala che la quota di medici oltre 55 anni segnala la pressione sul ricambio, non il numero di pensionamenti già avvenuti o certi entro il 2030.
17 Eurostat, 2026. Il dato comprende i medici in formazione specialistica già laureati che svolgono attività assistenziale sotto supervisione.
18 ISTAT (2026), "I professionisti sanitari attivi. Anni 2021-2023".

Le criticità non riguardano quindi tanto il numero complessivo dei medici, quanto la loro distribuzione: tra settore pubblico e privato, tra territori e tra specialità.

Nel 2023 soltanto il 46,8% dei medici attivi al netto degli specializzandi lavorava prevalentemente nel settore pubblico[19]. Da un recente Report di AGENAS emerge che tra il 2019 e il 2023 i medici dipendenti del SSN sono aumentati solo dell'1,85%, con un'ampia variabilità regionale: Lazio, Emilia Romagna e Toscana registrano incrementi rispettivamente del 10,2%, 6,9% e 6,1%, mentre Molise, Basilicata e Calabria segnano contrazioni del 16,6%, 15,8% e 8,5%[20].

In questi termini, la capacità del SSN di trattenere i professionisti rappresenta uno dei principali nodi da sciogliere. Nel 2025 le dimissioni volontarie dei medici ospedalieri (3.767) hanno superato per la prima volta i pensionamenti (2.876), raggiungendo il 3,5% dei medici in servizio: in 12 Regioni su 20 chi si dimette supera chi va in pensione e ogni 100 assunti a tempo indeterminato se ne sono dimessi 43 (77 le uscite complessive). Guardando alle aree geografiche, nel decennio gli ospedali del Centro-Nord hanno chiuso con un saldo positivo di 4.029 medici (+5,9%), mentre il Mezzogiorno ne ha persi 1.166 (-3,1%).

Le difficoltà dell'emergenza-urgenza e di alcune discipline dei servizi indicano che, accanto all'offerta di salari competitivi, incidono condizioni di lavoro, riconoscimento professionale e prospettive di carriera.

Le scelte degli specializzandi, sebbene non misurino direttamente la carenza di specialisti già in servizio, aiutano a individuare gli squilibri nel ricambio futuro. Secondo i dati, non ancora definitivi, dell'ultimo concorso di specializzazione, relativo all'anno accademico 2025/2026, sono stati assegnati 13.104 contratti su 14.631, pari all'89,6%, in aumento rispetto all'84,5% della tornata 2025 e al 74,7% del 2024[21], quando oltre un quarto dei contratti era rimasto senza assegnatario. I segnali positivi sono confermati dalle specialità con piena assegnazione (100% dei contratti assegnati), che nell'ultimo anno sono salite da 26 a 31; nel 2024 erano 10. Tra le discipline che hanno recuperato terreno rispetto al 2025 figurano Igiene e medicina preventiva e Audiologia e foniatria, passate rispettivamente dall'83% e dall'88% al 100% dei contratti assegnati. Restano invece in difficoltà alcune specialità dei servizi clinici, come Patologia clinica e biochimica clinica (36%), Farmacologia e tossicologia clinica (34%), e soprattutto Microbiologia e virologia, dove sono stati assegnati appena 19 contratti su 111 (17%).

19 Ibid.

20 AGENAS (2025), "Il personale del Servizio Sanitario Nazionale".

21 Le tre rilevazioni non sono pienamente omogenee. Per il 2024 (prima assegnazione, rilevazione ALS-Anaao) il perimetro comprende i contratti statali, regionali e finanziati da altri enti, esclusi i posti riservati (SSN, Difesa e Polizia): 15.256 contratti banditi e 11.392 assegnati. Per il 2025 e il 2026 i contratti banditi (14.483 e 14.631) coincidono con la sola quota statale del MUR ed escludono quindi i contratti regionali, quelli di altri enti e i posti riservati (nel 2026 i posti complessivi sono 15.503); la fonte non specifica inoltre la fase della rilevazione né il perimetro degli assegnati. A titolo di confronto, per il 2025 la rilevazione ALS-Anaao su 15.283 posti complessivi, riservati inclusi, riporta 12.714 assegnati (83,2%), prima delle immatricolazioni.

Specializzazione	2024	2025	2026
Allergologia ed immunologia clinica	98%	100%	100%
Audiologia e foniatria	65%	88%	100%
Chirurgia maxillo facciale	98%	100%	100%
Chirurgia pediatrica	97%	100%	100%
Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica	100%	100%	100%
Chirurgia Vascolare	92%	100%	100%
Dermatologia e venereologia	100%	100%	100%
Endocrinologia e malattie del metabolismo	100%	100%	100%
Ginecologia ed Ostetricia	98%	100%	100%
Igiene e medicina preventiva	67%	83%	100%
Malattie dell'apparato cardiovascolare	100%	100%	100%
Malattie dell'apparato digerente	100%	100%	100%
Malattie dell'apparato respiratorio	99%	100%	100%
Medicina del lavoro	99%	100%	100%
Medicina dello sport e dell'esercizio fisico	99%	100%	100%
Medicina fisica e riabilitativa	88%	100%	100%
Medicina legale	99%	100%	100%
Medicina termale	100%	100%	100%
Neurochirurgia	94%	100%	100%
Neurologia	100%	100%	100%
Neuropsichiatria infantile	97%	100%	100%
Oftalmologia	100%	100%	100%
Oncologia medica	90%	98%	100%
Ortopedia e traumatologia	95%	100%	100%
Otorinolaringoiatria	98%	100%	100%
Pediatria	100%	100%	100%
Psichiatria	95%	100%	100%
Radiodiagnostica	100%	100%	100%
Reumatologia	98%	100%	100%
Scienza dell'alimentazione	86%	95%	100%
Urologia	84%	96%	100%
Cardiochirurgia	88%	93%	97%
Genetica medica	62%	84%	96%
Medicina interna	79%	87%	94%
Geriatria	72%	83%	91%
Anestesia Rianimazione Terapia Intensiva	60%	81%	90%
Ematologia	80%	81%	89%
Medicina nucleare	27%	45%	83%
Anatomia patologica	47%	79%	83%
Malattie Infettive e Tropicali	66%	74%	81%
Chirurgia Generale	51%	64%	75%
Nefrologia	48%	61%	72%
Medicina d'emergenza urgenza	30%	56%	66%
Chirurgia Toracica	48%	56%	65%
Medicina e Cure Palliative	22%	41%	61%
Radioterapia	18%	35%	58%
Medicina di comunità e delle cure primarie	21%	36%	56%
Statistica sanitaria e Biometria	26%	36%	45%
Patologia Clinica e Biochimica Clinica	15%	24%	36%
Farmacologia e Tossicologia Clinica	17%	22%	34%
Microbiologia e virologia	11%	20%	17%
Totale ponderato	**75%**	**85%**	**90%**

Figura 7. Tassi di assegnazione per specializzazione nelle rilevazioni disponibili 2024-2026

Fonte: TEHA Group su dati Associazione Liberi Specializzandi (ALS), 2026

Anche la medicina di prossimità cui, in un contesto caratterizzato dalla cronicizzazione delle principali patologie non trasmissibili, la riforma dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR attribuisce un ruolo centrale, ravvisa carenze significative. Tra il 2013 e il 2023 i Medici di Medicina Generale sono diminuiti da 45.203 a 37.983, con una riduzione di circa il 16%, mentre nello stesso periodo i Pediatri di Libera Scelta sono passati da 7.705 a 6.706, circa il 13% in meno[22].

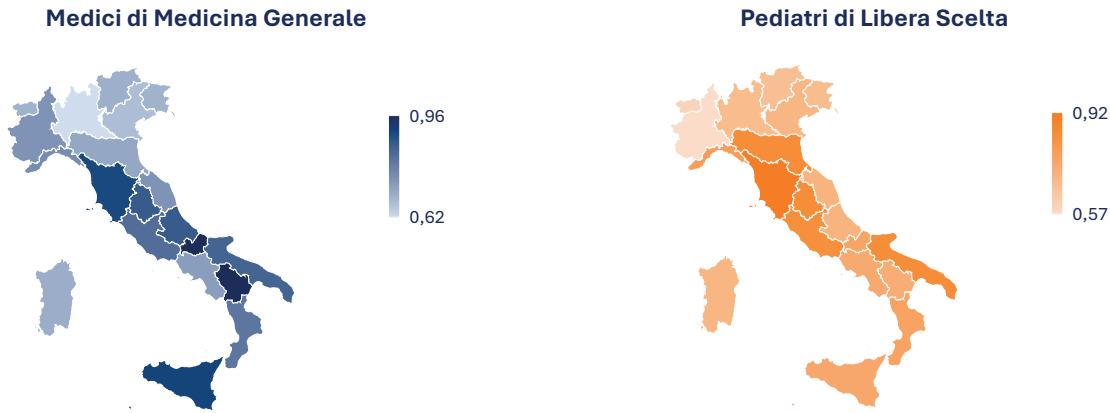


Figura 8. Medici di Medicina Generale (numero per 1.000 abitanti con almeno 18 anni) e Pediatri di Libera Scelta (numero per 1.000 abitanti con meno di 18 anni) nelle Regioni italiane, 2023

Fonte: TEHA Group su dati AGENAS, 2026

La carenza di medicina generale si riflette nel carico di assistiti: il 51,7% dei MMG supera la soglia ordinaria di 1.500 pazienti, con punte del 74% in Lombardia e del 68,7% in Veneto. Il dato va però letto alla luce delle deroghe: l'Accordo collettivo nazionale consente alle Regioni, in caso di carenza, di autorizzare un massimale fino a 1.800 assistiti, e diverse Regioni, soprattutto del Nord, ne fanno ricorso[23]. Nel 2025 risultano in servizio 36.812 MMG, a fronte di un fabbisogno stimato di 42.500: il divario di circa 5.700 professionisti equivale a un deficit teorico di capacità assistenziale per 6,8 milioni di persone. Tra il 2026 e il 2031, inoltre, 10.681 medici di assistenza primaria matureranno i requisiti anagrafici per il pensionamento, accrescendo l'esigenza di ricambio, soprattutto nelle aree interne e remote.

Dal confronto tra i numeri dei corsi di formazione in medicina generale 2025-2028 e 2026-2029, si assiste a un aumento dei candidati, passati da 5.396 a 5.875 (+8,9%). Anche le borse disponibili sono aumentate, da 2.228 a 2.651 (+19,0%)[24], riducendo il rapporto tra candidature e posti disponibili da circa 2,4 a 2,2. L'aumento delle domande non dimostra però una crescita delle assegnazioni né una maggiore permanenza nella professione. In aggiunta, restano ampie differenze territoriali: la Campania registra 1.080 candidature per 240 borse, la Lombardia 642 per 481 e il Piemonte 288 per 300. In quest'ultima Regione, rispetto al triennio precedente le domande salgono da 187 a 288, ma i posti crescono da 170 a 300: l'aumento delle candidature non è quindi sufficiente a coprire l'offerta formativa[25].

22 AGENAS (2025), "Il personale del Servizio Sanitario Nazionale".

23 Il massimale ordinario fissato dall'ACN è di 1.500 assistiti, ma in presenza di carenze le Regioni possono autorizzare deroghe fino a 1.800. Ad esempio, il Piemonte lo ha previsto con un accordo regionale del novembre 2021, in deroga provvisoria; il Veneto con la DGR n. 8 del 4 gennaio 2022, su base volontaria; la Sardegna con la L.R. n. 5/2023, ritenuta legittima dalla Corte costituzionale (sentenza n. 26/2024); in Lombardia, nei territori con particolare carenza, la deroga può arrivare fino a 2.000 assistiti, possibilità confermata a luglio 2026 nell'ambito dell'ACN. Secondo FIMMG il ricorso alle deroghe è più frequente nelle Regioni del Nord, il che contribuisce a spiegare le quote più elevate di medici oltre i 1.500 assistiti in queste aree.

24 Dati FIMMG, 2026.

25 La Guida, 25 agosto 2026, per il confronto piemontese (187 domande per 170 posti nel 2025; 288 per 300 nel 2026); Ordine dei Medici di Cuneo, 25 settembre 2026. Esempi regionali 2026: rilevazione FIMMG di luglio.

Il sostegno alla formazione passa anche da incentivi territoriali e borse aggiuntive. Per il 2026-2029, ad esempio, nella P.A. di Trento la borsa di circa 11.603 euro annui può essere integrata fino a 25.000 euro per chi si impegna a lavorare nella medicina convenzionata provinciale dopo il diploma; sempre nella P.A. di Trento è inoltre possibile svolgere incarichi convenzionati durante la formazione, con riconoscimento di parte delle ore nel percorso. In Sardegna sono state finanziate altre 30 borse rispetto alle 60 iniziali[26].

Con riferimento al personale sanitario, la carenza di infermieri rappresenta un problema ormai strutturale nel nostro Paese. Nel 2023 l'Italia disponeva di circa 6,9 infermieri praticanti ogni 1.000 abitanti, un valore inferiore a quello dei principali Paesi europei[27]. Ne deriva un rapporto tra infermieri e medici di 1,3, contro una media OCSE di 2,1[28]. A livello nazionale, la dotazione infermieristica scende a 5,9 infermieri attivi ogni 1.000 abitanti nelle Regioni del Sud e a 5,7 nelle Isole[29].

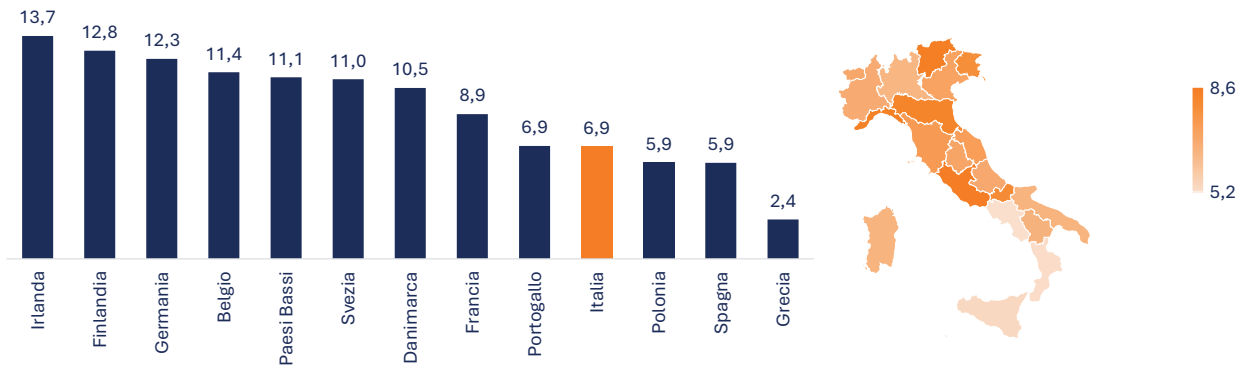


Figura 9. A sinistra: Infermieri nei Paesi UE-13 (numero per 1.000 abitanti), 2023.
A destra: Infermieri attivi nelle Regioni italiane (numero per 1.000 abitanti), 2023

Fonte: TEHA Group su dati Eurostat e ISTAT, 2026

Negli anni si è ridotto il rapporto tra domande di ammissione ai corsi di Infermieristica e posti disponibili, per effetto sia dell'andamento delle domande sia dell'ampliamento dell'offerta formativa. Per la prima volta, nell'anno accademico 2025/26 le domande di iscrizione ai test per i corsi di laurea in Infermieristica non hanno coperto i posti messi a bando (18.836 domande per 20.409 posti), nonostante l'elevata efficacia occupazionale del titolo: secondo l'ultimo Rapporto AlmaLaurea, l'89,1% dei laureati risulta occupato a un anno dalla laurea. Nell'anno accademico 2026/27 si assiste comunque a una ripresa, con un rapporto che torna così a circa 1,1 domande per posto. È un segnale incoraggiante, ma il margine tra domanda e offerta resta contenuto e non assicura la copertura di tutte le sedi.

26 Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino, 1° luglio 2026; Regione Sardegna, 13 agosto 2026. Sono misure territoriali: non documentano un aumento generalizzato della borsa nazionale né un effetto causale sull'incremento delle candidature.
27 Eurostat, 2026.
28 AGENAS (2025), "Il personale del Servizio Sanitario Nazionale". Il rapporto si riferisce agli infermieri e ai medici dipendenti del SSN.
29 ISTAT (2026), I professionisti sanitari attivi. Anni 2021-2023.

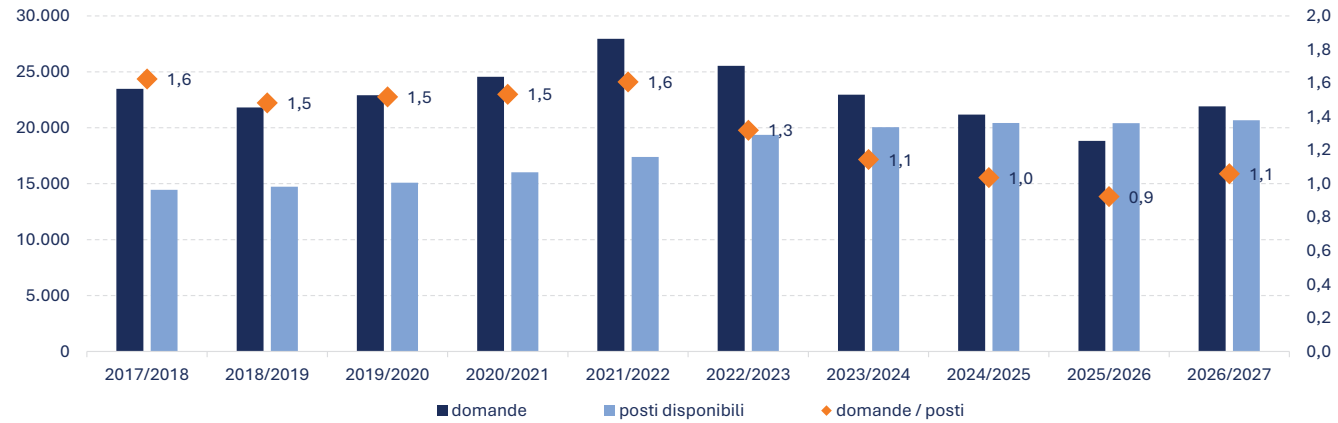


Figura 10. Domande di ammissione ai corsi di Infermieristica, posti disponibili (numero) e rapporto tra domande e posti disponibili, anni accademici 2017/18-2026/27

Fonte: TEHA Group su dati Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR), 2026

La carenza potrebbe rivelarsi particolarmente impattante per la piena attuazione delle strutture di cura intermedie e, in generale, del nuovo modello di assistenza territoriale previsto dal PNRR – dalle Case della Comunità agli Ospedali della Comunità, passando per l'assistenza domiciliare, con l'affermazione della figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità[30] – che rischia di trovare un limite proprio nelle aree con meno professionisti.

Sui medici come sugli infermieri l'impatto demografico è rilevante: nel 2023 aveva almeno 55 anni il 35,5% dei medici dipendenti del SSN e il 29,1% degli infermieri, per i quali la fascia più numerosa è già quella tra 50 e 54 anni (22,0%); anche gli OSS si concentrano tra 50 e 59 anni[31].

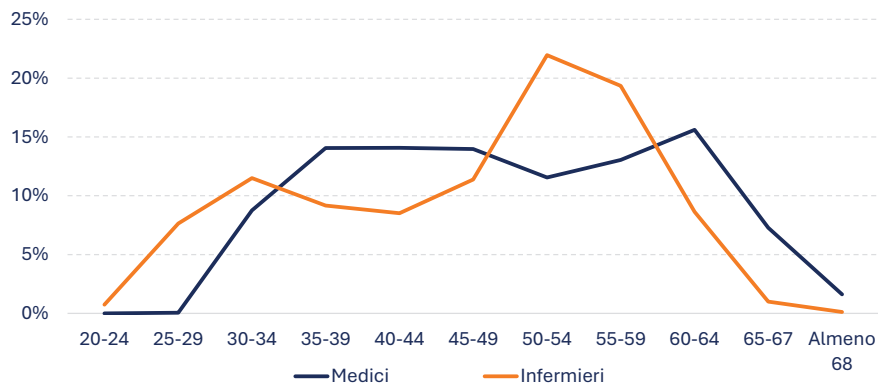


Figura 11. Distribuzione di medici e infermieri del SSN per fascia di età (% sul totale della professione), 2023

Fonte: TEHA Group su dati AGENAS, 2026

30 Cfr. Paragrafo 10.4.

31 AGENAS (2025), "Il personale del Servizio Sanitario Nazionale".

Le conseguenze variano però tra i diversi professionisti. Per i medici sono attesi circa 39.000 pensionamenti tra il 2026 e il 2038, ma l'aumento dei posti nei corsi di laurea in Medicina e, di conseguenza, dei laureati ne ha ridimensionato l'impatto: i posti a Medicina sono passati da 10.656 nell'anno accademico 2014/15 a 24.026 nel 2025/26 e i laureati da 6.985 nel 2014 a 9.497 nel 2024. Il nuovo accesso con semestre aperto, introdotto dal 2025/26 e confermato per il 2026/27, ha ampliato ulteriormente la platea iniziale[32].

Anche la citata capacità di formazione specialistica è aumentata: i contratti statali sono passati da 6.000 nell'anno accademico 2014/15 a 8.000 nel 2018/19 fino a 14.631 nel 2025/26, per un totale di 15.221 se si includono quelli regionali e quelli di altri enti pubblici e privati.

All'ampliamento dell'offerta si affiancano misure per sostenere l'attrattività di specifiche discipline: la Legge di Bilancio 2025 ha previsto, dall'anno accademico 2025/26, un incremento del 5% della componente fissa del trattamento economico per tutti gli specializzandi e del 50% della componente variabile per le specializzazioni con maggiori carenze individuate dalla norma, tra cui Anestesia, Rianimazione, Terapia intensiva e del dolore, Chirurgia generale, Medicina d'emergenza-urgenza, Geriatria, Medicina interna e Microbiologia e virologia.

Per gli infermieri sono attesi circa 78.000 pensionamenti entro il 2035, su una dotazione che, come è stato descritto in precedenza, già oggi è inferiore alla media dei principali Paesi europei e insufficiente a rispondere alle nuove sfide sociali e organizzative. Non conta però solo la capacità di attrarre candidati: anche durante gli studi una parte degli iscritti non conclude il percorso. Secondo il rapporto AGENAS, negli ultimi anni il rapporto tra laureati e immatricolati in Infermieristica si è attestato in media intorno al 70%[33]. Entro il 2029 sono attesi tra 73.000 e 86.000 nuovi laureati.

Per Infermieristica, quindi, l'ampliamento dell'offerta formativa deve accompagnarsi a interventi sull'attrattività della professione già al momento della scelta universitaria. In questa direzione va la riforma della formazione infermieristica successiva alla laurea triennale (cosiddetta formazione post-base): dall'anno accademico 2026/27 partono le prime lauree magistrali a indirizzo clinico in Cure primarie e infermieristica di famiglia e comunità, Cure intensive e nell'emergenza e Cure neonatali e pediatriche, con 656 posti in 13 atenei, quasi la metà (311) sull'area territoriale.

A partire dall'anno accademico 2024/25, per la prima volta, è stata prevista una borsa di studio del valore di 4.773 euro lordi annui anche per gli specializzandi dell'area sanitaria non medica: biologi, chimici, farmacisti, fisici, odontoiatri, veterinari e psicologi. Per il 2025/26, tuttavia, le borse statali sono però 1.520, a fronte di un fabbisogno regionale complessivo di 3.866 specialisti (39%)[34].

Come per altre professioni sanitarie, anche per i farmacisti si segnalano carenze di personale cui il potenziamento dei percorsi formativi, a partire dall'aumento dei posti nei corsi di laurea in Farmacia degli ultimi anni, ha posto solo in parte rimedio. Sebbene la professione offra elevate opportunità occupazionali – l'87,8% dei laureati in Farmacia e Farmacia industriale risulta occupato a un anno dal conseguimento del titolo e il 91,5% a cinque anni[35] – tra il 2017 e il 2024 il numero dei laureati è diminuito di circa il 20%, passando da 5.095 a 4.069.

Questi dati richiedono una particolare attenzione alla luce del fatto che, grazie alla loro capillarità sul territorio nazionale, con oltre 20.000 presidi tra strutture pubbliche e private di cui oltre 2.000 nelle aree interne o a bassa intensità di popolazione, le farmacie italiane rappresentano un nodo sempre più cruciale del nuovo assetto organizzativo di prossimità, a integrazione del SSN.

32 Nonostante l'eliminazione del test d'ingresso tradizionale, il numero programmato rimarrà in vigore, con una selezione che avverrà tramite valutazione del profitto o un test a gennaio. La riforma intende, da un lato, ampliare l'accesso ai corsi di Medicina, permettendo a tutti di iscriversi al primo semestre, e dall'altro rendere il processo di selezione più equo e meritocratico. Allo stesso tempo, salvaguarda gli studenti che non superano il primo semestre, consentendo loro di convertire i CFU conseguiti e proseguire nel corso alternativo scelto, senza perdere il bagaglio formativo già acquisito.

33 Il dato, seppur indicativo, confronta coorti diverse e include chi si laurea fuori corso: si tratta dunque di un indicatore di dispersione, non di un vero e proprio tasso di abbandono.

34 DM Salute-MUR-MEF 31 luglio 2026 (GU 8 settembre 2026), che fissa in 11.643 unità il fabbisogno del triennio 2025-2027. Per il 2026 il fabbisogno più elevato riguarda biologi (1.107) e farmacisti (809). Regioni ed enti pubblici o privati possono finanziare borse aggiuntive.

35 Dati AlmaLaurea, 2024 in Federfarma (2026), "La farmacia italiana 2026". I tassi riguardano l'occupazione complessiva dei laureati, non esclusivamente il lavoro in farmacia.

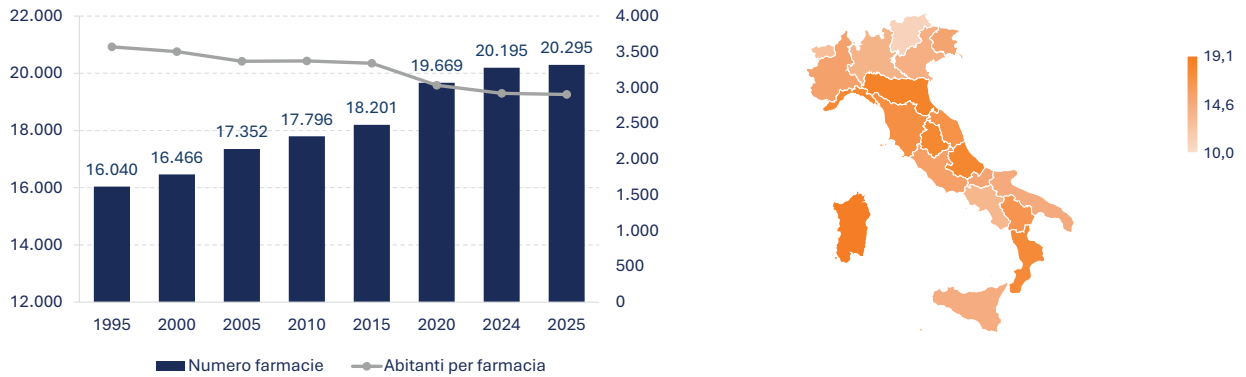


Figura 12. A sinistra: Confronto tra numero di farmacie e numero di abitanti per farmacia (numero), 1995-2024.
A destra: Farmacisti per 10.000 abitanti (numero), 2024

Fonte: TEHA Group su dati Federfarma, ISTAT, 2026

Sull'attrattività delle professioni sanitarie pesa anche la dimensione economica. Nella Relazione sui servizi pubblici presentata dal CNEL a ottobre 2026, emerge un divario sulla soddisfazione del trattamento economico tra le diverse categorie sanitarie del SSN: appena il 34,6% degli infermieri esprime una soddisfazione elevata per il proprio guadagno, rispetto al 50,1% dei medici. Queste considerazioni trovano conferma nel confronto internazionale: nel 2024 i medici specialisti dipendenti italiani percepivano circa 2,8 volte la retribuzione media nazionale, meno che in Irlanda (4,2), Paesi Bassi (3,5) e Germania (3,1); gli infermieri ospedalieri hanno invece una retribuzione inferiore alla media nazionale (0,9 volte), all'ultimo posto tra i principali Paesi europei.

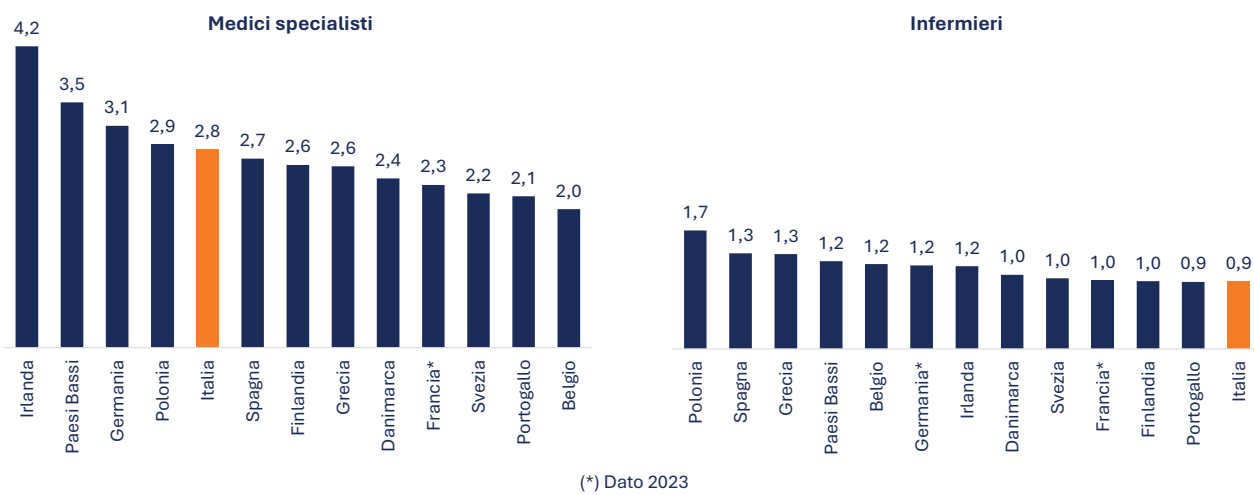


Figura 13. A sinistra: Retribuzione dei medici specialisti dipendenti in rapporto alla retribuzione media nazionale nei principali Paesi europei (numero), 2024 o ultimo anno disponibile.
A destra: Retribuzione degli infermieri ospedalieri in rapporto alla retribuzione media nazionale nei principali Paesi europei (numero), 2024 o ultimo anno disponibile

Fonte: TEHA Group su dati OCSE, 2026

Per rispondere a queste criticità, le politiche più recenti intervengono su più fronti: retribuzioni, stabilizzazione del personale, reclutamento e formazione. Sul piano retributivo, il CCNL del Comparto Sanità 2022-2024, firmato a ottobre 2025, ha previsto un incremento medio di 172 euro mensili e l'ipotesi 2025-2027, siglata a luglio 2026, ulteriori 209 euro (240 per gli infermieri). Per la dirigenza, dopo la firma definitiva del CCNL 2022-2024 a febbraio 2026, è stata siglata a ottobre l'ipotesi 2025-2027 per circa 137 mila dirigenti: 560 euro medi mensili a regime (393 dal rinnovo e 167 da risorse di legge), progressioni economiche al terzo, quinto, decimo e ventesimo anno, maggiori tutele contro le aggressioni e una prima regolamentazione dell'intelligenza artificiale.

La Legge di Bilancio 2026 ha inoltre incrementato le indennità di specificità (a regime, sommando gli aumenti 2024 e 2026, circa 3.050 euro annui per i medici e 1.600 per gli infermieri), stanziato 450 milioni di euro annui per le assunzioni nel SSN e consentito alle Regioni di aumentare fino al 2029, anche in deroga ai limiti di spesa, il trattamento accessorio del personale di pronto soccorso[36].

Sul fronte del precariato, è stato prorogato al 31 dicembre 2026 il termine entro cui il personale sanitario, compresi medici e infermieri, può maturare i requisiti per accedere alle procedure di stabilizzazione, proroga che le Regioni stanno recependo nei propri atti di attuazione. Le assunzioni non sono comunque automatiche: restano subordinate ai requisiti previsti, ai piani di fabbisogno e ai limiti di spesa delle aziende sanitarie.

Sul piano del reclutamento, il cosiddetto Decreto Calabria (DL 35/2019, convertito dalla Legge 60/2019) consente di assumere gli specializzandi dal secondo anno con contratto a tempo determinato e parziale, convertito a tempo indeterminato al conseguimento del titolo: dal 2019 ha portato nel SSN quasi 10.000 giovani medici, fino al 43% delle assunzioni a tempo determinato. Durante l'esame parlamentare del decreto PA (DL 144/2026, convertito dalla Legge 174/2026) è stato inoltre proposto di estendere questa possibilità agli specializzandi di discipline equipollenti o affini a quella messa a concorso, ma questa proposta non è confluita nel Decreto di conversione.

Per liberare risorse da destinare al reclutamento e alla stabilizzazione del personale del SSN è importante contenere il ricorso ai cosiddetti "gettonisti", professionisti forniti da cooperative o società esterne e pagati a turno. Secondo l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC)[37] si tratta ormai di un fenomeno strutturale, e non contingente o emergenziale: nel biennio 2024-2025 la domanda pubblica per la fornitura esterna di personale medico e infermieristico ha superato il miliardo di euro, con una crescita del 15% nel 2025 (568 milioni). Per arginarlo, il Governo è intervenuto prima con il DL 34/2023, che ha vietato alle aziende sanitarie di affidare a terzi i servizi medici e infermieristici, ammettendo soltanto una fase transitoria per le realtà più in difficoltà, poi non ha accolto la richiesta delle Regioni di prorogare fino al 30 giugno 2027 la possibilità di affidare a terzi i servizi di emergenza-urgenza: la misura non è stata inserita nel citato Decreto PA approvato ad agosto né successivamente in sede di conversione; la deroga è quindi scaduta il 31 luglio 2026.

Per la medicina generale, la riforma a doppio canale (convenzione o dipendenza) presentata ad aprile 2026 non ha avuto invece seguito; l'Accordo Collettivo Nazionale di giugno 2026 prevede però fino a 6 ore settimanali nelle Case della Comunità per i medici a ciclo di scelta, retribuite 38,72 euro l'ora, per garantire la presenza di un medico dalle 8 alle 20[38]. Sul fronte della formazione, il PNRR ha finanziato 2.700 borse aggiuntive per i corsi di formazione in medicina generale: il relativo target europeo, fissato a giugno 2024, è stato raggiunto, garantendo il completamento di tre cicli formativi triennali.

A settembre 2026 il Tavolo tecnico per la riforma della formazione medica specialistica, istituito presso il MUR con decreto del 6 febbraio 2026, ha consegnato la propria relazione. Le priorità indicate sono un contratto di lavoro dal primo anno, con tutele legate alla contrattazione dell'Area Sanità, retribuzioni allineate ai principali sistemi europei, il superamento delle incompatibilità generalizzate, controlli più stringenti sulle Scuole, il riconoscimento del tutoraggio e l'aggiornamento delle equipollenze.

36 Corte dei conti, analisi delle misure della Legge di Bilancio 2026.

37 Autorità Nazionale Anticorruzione (2026), "Domanda del SSN di servizi di fornitura di personale medico e infermieristico (cc.dd. «Gettonisti») nel contesto giuridico del Decreto-legge n. 34/2023 e del Decreto del Ministero della Salute 17 giugno 2024".

38 Cfr. Paragrafo 10.4.

In questo quadro si inserisce il DDL Professioni sanitarie che, dopo il via libera dell'Aula della Camera, è all'esame del Senato. Per affrontare gli squilibri del personale, il disegno di legge delega il Governo a rivedere la programmazione formativa di tutte le professioni sanitarie, il lavoro flessibile degli specializzandi, gli incentivi alla permanenza nelle aree disagiate, le progressioni economiche e di carriera, la semplificazione degli adempimenti e la sicurezza degli operatori; introduce una disciplina speciale per la possibile reiscrizione all'albo professionale dei sanitari radiati per fatti non dolosi commessi durante l'emergenza COVID-19. Prevede inoltre un sistema nazionale di certificazione delle competenze e una revisione della formazione continua e manageriale. Sul versante della responsabilità professionale introduce disposizioni penali e civili volte a limitare la punibilità alla colpa grave, tenendo conto anche delle carenze organizzative e di personale. Il possibile contributo all'attrattività del SSN dipenderà dall'approvazione del provvedimento e, per la parte delegata, dai successivi decreti legislativi[39].

Nel complesso, dalle audizioni svolte in Commissione emergono priorità diverse per le due professioni: per i medici si tratta soprattutto di legare meglio la programmazione formativa ai fabbisogni delle singole specialità e dei territori e di rafforzare la capacità del SSN di trattenere i professionisti; per gli infermieri occorre anche aumentare la dotazione complessiva e garantirne il ricambio.

Le carenze di personale rendono sempre più evidente la necessità di intervenire sui meccanismi di programmazione del capitale umano del SSN, affinché la disponibilità di professionisti sia maggiormente coerente con i bisogni assistenziali e con l'effettiva capacità di garantire i LEA. A questa esigenza risponde la proposta avanzata a fine settembre dagli Assessori regionali alla Sanità in vista della prossima Legge di Bilancio, che punta a superare gli attuali vincoli alla spesa e a introdurre un sistema nel quale organici e fabbisogni siano determinati sulla base delle esigenze assistenziali, della programmazione sanitaria nazionale e regionale, dell'equilibrio economico-finanziario e della sicurezza e valorizzazione dei professionisti. Entro il 31 dicembre 2027 dovrebbe essere definita una nuova metodologia nazionale per la determinazione del fabbisogno di personale cui seguirebbe, entro il 31 marzo 2028, l'adeguamento dei piani triennali e degli obiettivi di spesa regionali.

10.4 IL PNRR E LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE: LA SFIDA DELLA PROSSIMITÀ

In un contesto socio-demografico ed epidemiologico caratterizzato da un progressivo invecchiamento della popolazione, con persone sempre più spesso sole e più esposte alle cronicità, spesso multiple – oltre metà degli over 65 convive con almeno due malattie croniche e più di una persona su tre non ha una rete familiare di supporto[40] – diventa sempre più urgente offrire un sistema sanitario di prossimità, che consenta ai cittadini-pazienti di conciliare i crescenti bisogni di salute con le esigenze di vita e lavoro. In questa direzione si leggono infatti alcuni dei più principali interventi di riforma e programmazione sanitaria degli ultimi anni: dalla Riforma dell'assistenza territoriale approvata a giugno 2022 (DM 77/2022), che riprende il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), all'aggiornamento del Piano nazionale della cronicità, approvato in Conferenza Stato-Regioni a ottobre 2025, che rafforza l'attenzione alla presa in carico multidisciplinare e alla continuità dei percorsi tra ospedale, territorio e domicilio; a questi si aggiungono poi i diversi documenti che partono proprio dall'architettura del DM 77 per potenziare la presa in carico e la gestione sul territorio dei pazienti cronici[41].

39 Le misure delegate non sono immediatamente operative.

40 Secondo gli ultimi dati ISTAT disponibili, dal 1990 al 2025 la popolazione over 65 è aumentata dal 14,5% al 24,7%; contestualmente, le famiglie unipersonali sono passate dal 20,3% al 37,1% del totale. Per approfondimenti si rimanda la Capitolo 2 del presente Rapporto.

41 Un esempio particolarmente significativo sono le Linee di indirizzo AGENAS sull'integrazione ospedale-territorio in oncologia approvate dalla Conferenza Stato-Regioni a luglio 2026, le quali definiscono il nuovo modello di inclusione del territorio all'interno della Rete Oncologica Regionale. Per approfondire: AGENAS (2026), "Linee di indirizzo sull'integrazione ospedale – territorio in oncologia".

In particolare, il nuovo disegno dell'assistenza territoriale ruota intorno agli investimenti del PNRR, il Documento predisposto dal Governo italiano nel 2021 per accedere alla gran parte dei fondi del Next Generation EU (NGEU)[42], conclusosi formalmente il 31 agosto 2026, termine ultimo per gli adempimenti amministrativi e di rendicontazione. All'interno della Missione 6 "Salute", cui sono stati destinati 18,5 dei 235,1 miliardi di euro complessivi[43], a cui sono state aggiunte le risorse regionali, infatti, una parte significativa delle risorse è stata destinata a rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, attraverso la creazione di strutture di cura intermedie, come le Case e gli Ospedali della Comunità citati in precedenza, che integrano servizi sanitari e sociali[44].

Come anticipato nel Capitolo 8, e in linea con il cronoprogramma europeo, a settembre 2026 Ministero della Salute e Regioni avevano completato tutti gli interventi connessi alle misure di propria competenza necessari all'erogazione della decima e ultima rata del PNRR, che è stata regolarmente richiesta dal Governo italiano alla Commissione Europea il 29 settembre. Si tratta di un risultato particolarmente importante, reso ancor più evidente dal fatto che gli ultimi dati di dettaglio disponibili, relativi al secondo semestre 2025, mostravano ancora forti ritardi nell'attuazione del DM 77/2022[45].

Nel modello delineato dal DM 77, il raccordo tra i diversi servizi è affidato alle Centrali Operative Territoriali (COT), che supportano il Distretto nel coordinamento dei percorsi assistenziali e dei passaggi tra ospedale, territorio e domicilio. Per questo, sono tra le componenti della riforma entrate più precocemente a regime: il target europeo di almeno 480 COT pienamente funzionanti è stato conseguito, secondo il Ministero della Salute, in anticipo rispetto alla scadenza di dicembre 2024. A fine 2025 AGENAS ne rilevava 625 pienamente funzionanti sulle 657 programmate[46].

Tra le misure più note e dibattute del PNRR rientrano le Case della Comunità, recentemente definite dal Ministro della Salute Orazio Schillaci "il progetto più ambizioso della sanità italiana dell'ultimo decennio". Al 31 dicembre 2025, risultavano attive con almeno un servizio 781 delle 1.715 Case della Comunità programmate dalle Regioni (1.404 a valere sul PNRR e 311 extra-PNRR): si tratta del 45,5% del totale. La percentuale scende però al 3,8% se si considerano solo le Case con tutti i servizi obbligatori attivi, cui si legava il target europeo di giugno 2026.

Si tratta comunque di dati con ogni probabilità superati: al 26 agosto 2026, come rileva l'Ottava relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, erano state rendicontate 1.270 Case della Comunità attive, un numero superiore alle almeno 1.038 previste dal target europeo. Poiché questi dati non sono ancora disponibili nel dettaglio dei servizi attivati, l'analisi che segue fa riferimento all'ultima rilevazione AGENAS: alcune delle criticità strutturali emerse a fine 2025, a partire dalla disponibilità di personale, richiedono del resto interventi di medio periodo.

I servizi obbligatori più diffusi erano quelli di accesso e di assistenza di base: il sistema integrato di prenotazione, i servizi infermieristici, l'integrazione con i servizi sociali e l'assistenza domiciliare erano già presenti in circa 9 strutture su 10. Risultavano meno diffuse le funzioni che qualificano il modello del DM 77: le équipe multiprofessionali sono attive nel 78% delle strutture e i Punti Unici di Accesso nel 69%. Tra i servizi facoltativi o raccomandati prevalevano invece screening, valutazione multidimensionale e vaccinazioni, mentre l'offerta per salute mentale e dipendenze restava limitata.

42 Si tratta del pacchetto europeo da circa 750 miliardi di euro per rilanciare la crescita, gli investimenti e le riforme nei Paesi membri più colpiti dalla pandemia.
43 Alle risorse del RRF (le risorse del PNRR propriamente dette), che a livello nazionale ammontano a 191,5 miliardi di euro, si aggiungono altri 13 miliardi di euro di fondi previsti dal REACT-EU e 30,6 miliardi di risorse nazionali del Fondo Complementare finanziato attraverso uno scostamento di bilancio.
44 Gli investimenti su telemedicina e digitalizzazione, insieme alla prossimità l'altro pilastro della Missione 6 del PNRR, sono stati approfonditi nel Capitolo 8 del presente Rapporto.
45 AGENAS (2026), "Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022. II Semestre 2025". Alla scadenza di giugno 2024, le strutture pienamente funzionanti erano invece 612.
46 Ibid.

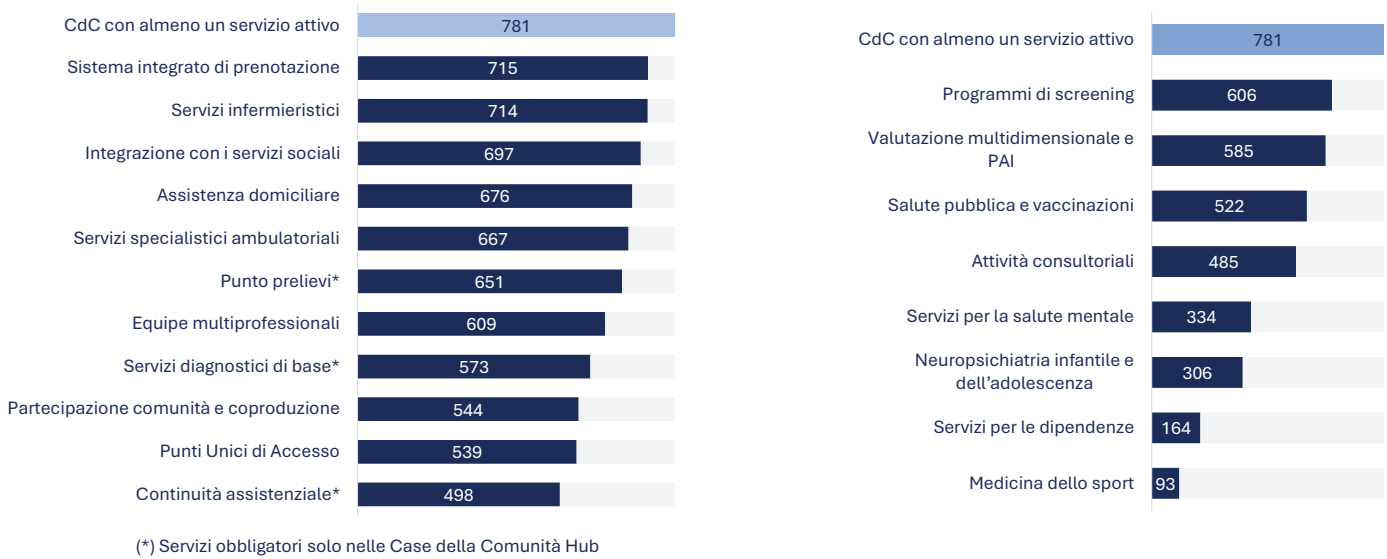


Figura 14. A sinistra: Servizi obbligatori attivi nelle Case della Comunità (numero), 2° semestre 2025. A destra: Servizi facoltativi o raccomandati nelle Case della Comunità (numero), 2° semestre 2025

Fonte: TEHA Group su dati AGENAS, 2026

Il dato sui servizi va letto insieme a quello sul personale: solo 204 strutture garantivano la presenza medica prevista dal DM 77 e 216 quella infermieristica. La disponibilità di professionisti è quindi la condizione principale per passare dall'attivazione formale alla piena operatività. A fronte di investimenti PNRR concentrati sulle infrastrutture, il personale dell'assistenza territoriale – Case e Ospedali di Comunità, ma anche Centrali Operative Territoriali e Unità di Continuità Assistenziale – è finanziato con risorse a valere sul Fondo Sanitario Nazionale: la Legge di Bilancio 2022 ha previsto una spesa crescente fino a circa 1 miliardo di euro annui dal 2026, cui la Legge di Bilancio 2024 ha aggiunto 250 milioni per il 2025 e 350 milioni annui dal 2026; la Legge di Bilancio 2026 ha stanziato ulteriori 450 milioni annui per le assunzioni nel SSN, che potranno contribuire a "riempire" le Case di Comunità.

Nel corso del 2026, inoltre, dopo la presentazione, ad aprile, delle linee di riordino dell'assistenza primaria, l'Accordo Collettivo Nazionale modificato a giugno ha introdotto per i medici di medicina generale l'obbligo di svolgere fino a 6 ore settimanali nelle Case della Comunità, con l'obiettivo di garantire la presenza di almeno un medico tra le 8 e le 20 nei giorni feriali.

Alla disponibilità di personale deve accompagnarsi un'organizzazione capace di integrare le diverse competenze. In questa direzione, le Linee di indirizzo sulle équipe multiprofessionali e multidisciplinari nelle Case della Comunità, pubblicate da AGENAS a luglio 2026, definiscono ruoli, responsabilità e strumenti di collaborazione e monitoraggio, per rendere la presenza di più professionisti una presa in carico effettivamente condivisa.

Sempre nella rilevazione di dicembre, l'andamento territoriale appariva ancora molto eterogeno: in Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Marche le strutture con almeno un servizio attivo superavano il 90%, mentre in Puglia, Sicilia, Calabria, Basilicata e nella P.A. di Bolzano l'attivazione risultava marginale o assente; in generale, si osserva un marcato gradiente Nord-Sud, sfavorevole ai secondi.

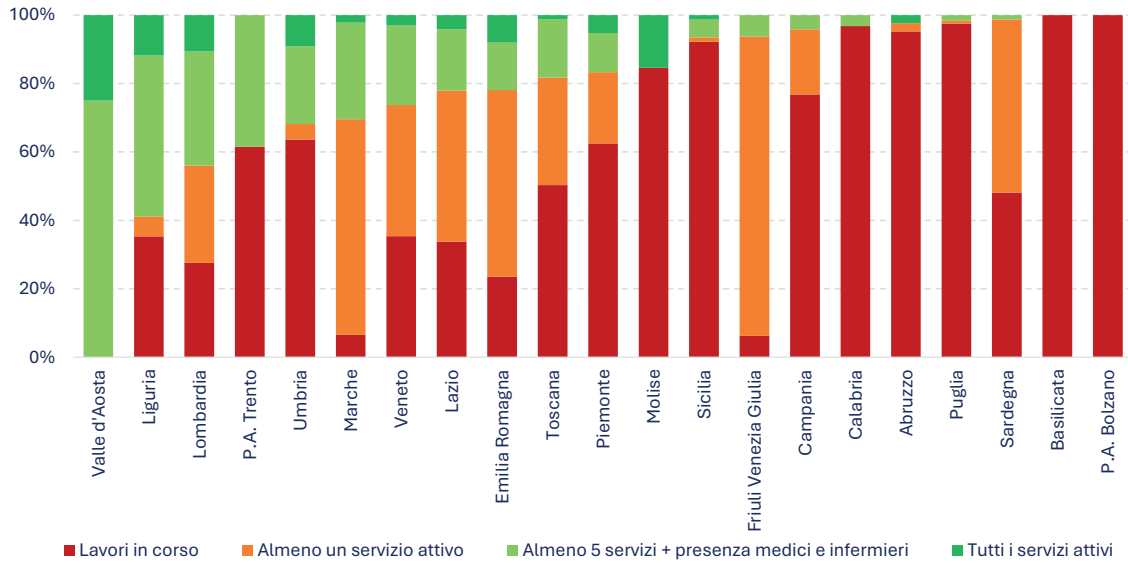


Figura 15. Stato di realizzazione delle Case della Comunità rispetto alla programmazione CIS e extra-CIS (%), 2° semestre 2025

Fonte: TEHA Group su dati AGENAS, 2026

Se le Case della Comunità sono il punto di accesso alla rete territoriale, gli Ospedali di Comunità rappresentano il livello di cure intermedie, a metà strada tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. Sono pensati soprattutto per i pazienti fragili e cronici che non necessitano di un ricovero per per acuti, ma che non possono ancora rientrare o rimanere a domicilio in sicurezza.

Anche per queste strutture il Ministero della Salute certifica il raggiungimento, entro giugno 2026, del target europeo di almeno 307 Ospedali di Comunità con servizi attivi secondo gli standard del DM 77: al 26 agosto 2026, sempre secondo l'Ottava relazione sullo stato di attuazione del Piano, risultavano rendicontati 327 Ospedali di Comunità. La rilevazione AGENAS di fine 2025 offre anche in questo caso una lettura completa del percorso di sviluppo della rete.

A dicembre 2025 risultavano attivi 163 dei 594 Ospedali di Comunità programmati dalle Regioni, pari al 27,4%, per complessivi 2.921 posti letto. Tutte le strutture garantivano assistenza infermieristica sulle 24 ore e, nella grande maggioranza dei casi anche presenza medica (133 su 163) almeno 4,5 ore al giorno e quella di un Case Manager (135 su 163); meno frequenti gli ambienti protetti per pazienti con demenza o disturbi comportamentali, al momento della rilevazione presenti in sole 61 strutture. Per quanto riguarda il capitale umano, indispensabile per l'attività degli Ospedali, 119 strutture rispettavano i requisiti minimi di personale. La variabilità territoriale era significativa: in Veneto si concentravano 47 strutture, oltre un quarto del totale nazionale, mentre in Basilicata, Marche, Valle d'Aosta e nella P.A. di Bolzano non ne risultava attiva alcuna. Rispetto alla programmazione regionale legata al PNRR, le percentuali di attivazione più elevate si registravano in Molise (100%), nella P.A. di Trento (75%) e in Veneto (64,4%).

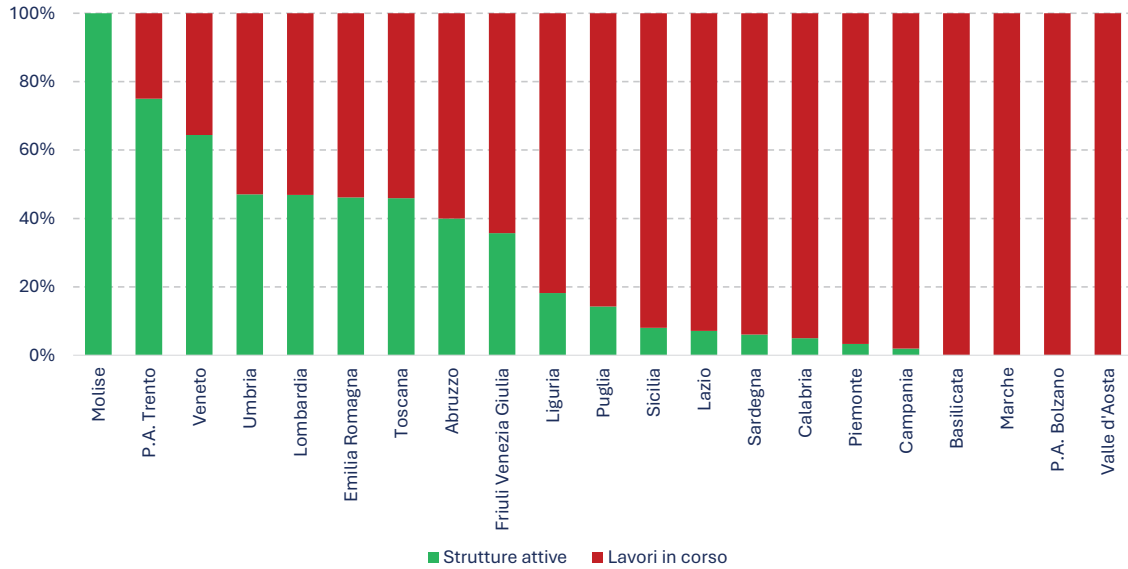


Figura 16. Stato di realizzazione degli Ospedali di Comunità rispetto alla programmazione CIS e extra-CIS (%), 2° semestre 2025

Fonte: TEHA Group su dati AGENAS, 2026

Nel contesto del rafforzamento dell'assistenza territoriale, l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) rappresenta un pilastro fondamentale per il supporto agli anziani non autosufficienti e i pazienti fragili, in grado da un lato di migliorare la qualità della vita dei pazienti, consentendo loro di restare nel loro ambiente familiare, dall'altro di contribuire a ridurre la pressione, spesso inappropriata, sulle strutture ospedaliere e residenziali.

Con circa 3 miliardi di euro dedicati[47], il PNRR sostiene questo percorso attraverso il principio della "casa come primo luogo di cura", ponendo l'obiettivo di raggiungere almeno il 10% della popolazione over 65 entro giugno 2025 e rafforzando il raccordo tra servizi attraverso le Centrali Operative Territoriali, anche grazie ai sistemi informativi e alla telemedicina.

La quota di over 65 assistita a domicilio è passata dal 5,3% del 2019 all'11,0% del 2025, superando già nel 2024 il target previsto dal PNRR. Tuttavia, come accade per le strutture residenziali, permangono rilevanti disparità territoriali nell'accesso ai servizi, seppure senza un chiaro gradiente geografico. Con riferimento al numero di anziani assistiti nel 2025 rispetto a quello previsto dai rispettivi obiettivi regionali, il rapporto oscillava tra il 157,3% dell'Umbria e il 69,6% della Sardegna; 7 Regioni e Province Autonome non avevano raggiunto il proprio target annuale.

47 Il DM 30 giugno 2026 ha ripartito le risorse residue dell'investimento PNRR "Casa come primo luogo di cura (ADI)"; il provvedimento riguarda l'assegnazione delle risorse, non attesta l'avvenuto pagamento.

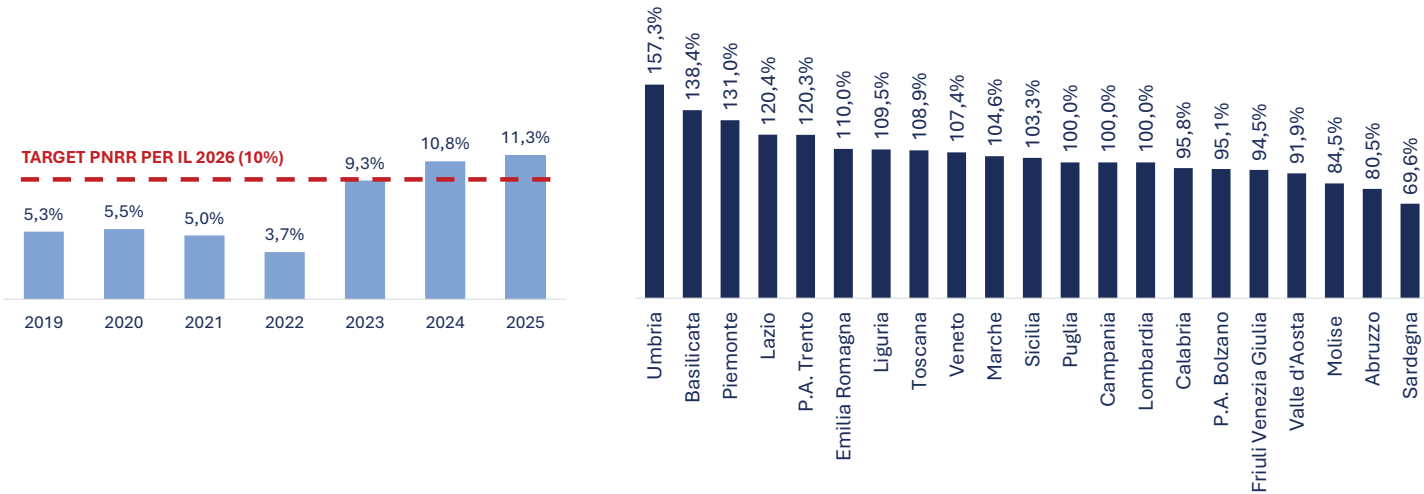


Figura 17. A sinistra: Over 65 assistiti a domicilio in Italia (% su totale), 2019-2025.
A destra: Over 65 presi in carico con servizi di assistenza domiciliare rispetto al target per il 2025 (%), 2025

Fonte: TEHA Group su dati AGENAS, 2026

L'ampliamento della copertura non esaurisce tuttavia la sfida dell'assistenza domiciliare, che riguarda anche l'intensità e la continuità delle cure. Secondo l'Annuario statistico del SSN[48], nel 2023 sono state dedicate mediamente 15 ore di assistenza per caso trattato, che scendono a 14 per gli anziani, di cui 9 erogate da personale infermieristico; nel caso degli anziani, le ore variano dalle 48 per caso trattato della Sardegna alle 5 del Veneto.

Fanno parte della rete territoriale anche le cure palliative e la terapia del dolore. Con l'invecchiamento della popolazione e la diffusione delle cronicità, il bisogno di queste cure è destinato a crescere. Per monitorare l'attuazione delle Reti previste dalla Legge 38/2010 e dei Piani regionali di potenziamento introdotti nel 2023, a ottobre 2026 AGENAS ha istituito un Osservatorio dedicato[49]. In particolare, l'Osservatorio analizzerà i Piani regionali e monitorerà lo stato delle Reti insieme al Ministero della Salute, attraverso indicatori di processo e di esito; redigerà inoltre un rapporto annuale sui Piani di Regioni e Province Autonome e sullo stato delle Reti.

Alla componente sanitaria delle cure domiciliari deve affiancarsi il sostegno sociale necessario a rendere possibile la permanenza a casa. In questa direzione, il Piano nazionale per la non autosufficienza 2025-2027, adottato ad aprile 2026, programma circa 3 miliardi di euro del Fondo per le non autosufficienze. Il riparto comprende 250 milioni annui per l'attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS)[50] rivolti agli anziani non autosufficienti e 50 milioni annui per il personale sociale dei Punti Unici di Accesso, potenziando il raccordo tra bisogni sanitari e sociali fin dalla presa in carico.

48 Ministero della Salute (2024), "Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2023".
49 Osservatorio per il monitoraggio e l'implementazione della Rete di Cure Palliative e Terapia del dolore.
50 Il percorso deve essere letto congiuntamente alla Legge di bilancio 2026, che introduce un sistema di garanzia dei LEPS, finalizzato a collegare finanziamento, erogazione e monitoraggio dei servizi sociali e a sostenerne la progressiva attuazione dal 2027.

10.4.1 La Farmacia dei Servizi da sperimentazione ad asset per il SSN

Con il progressivo superamento del modello ospedalocentrico, le farmacie di comunità si sono affermate come uno dei presidi più capillari della sanità di prossimità e come parte integrante della rete di assistenza territoriale. Dopo anni di sperimentazioni, la Legge di Bilancio 2026 ha reso strutturale la Farmacia dei Servizi, progetto lanciato nel 2009 con l'obiettivo di estendere il ruolo delle farmacie oltre la dispensazione dei farmaci.

In concreto, le farmacie pubbliche e private convenzionate sono ora riconosciute come strutture che erogano prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nell'ambito dei LEA. A questo fine sono vincolati 50 milioni di euro annui a decorrere dal 2026, ripartiti tra le Regioni, che definiranno la remunerazione dei servizi negli accordi integrativi regionali; le linee guida del Ministero della Salute fisseranno invece i requisiti delle farmacie, con particolare attenzione a quelle che operano in contesti rurali e disagiati.

La stabilizzazione è l'approdo di un percorso in cui, ai servizi tradizionali delle farmacie, se ne sono aggiunti progressivamente di nuovi. Il D.Lgs. 153/2009 aveva affiancato alla dispensazione dei medicinali la partecipazione all'assistenza domiciliare integrata, il supporto all'aderenza terapeutica, l'adesione a campagne di prevenzione ed educazione sanitaria, le prestazioni analitiche di prima istanza e la prenotazione delle prestazioni specialistiche con il pagamento del ticket. Questi servizi sono stati attuati concretamente solo negli ultimi anni, attraverso le sperimentazioni finanziate dalle Leggi di Bilancio 2018 e 2020 e con l'esperienza della pandemia, che ha portato in farmacia i test diagnostici e le vaccinazioni antinfluenzali e anti-COVID-19.

Gli ampliamenti più recenti sono arrivati però con l'articolo 60 della Legge 182/2025 (cosiddetto Decreto Semplificazioni), in vigore da dicembre 2025. Il Decreto consente di somministrare in farmacia anche tutte le vaccinazioni previste dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale per i soggetti a partire dai 12 anni, inclusi HPV, Herpes Zoster e Pneumococco, che fino ad ora venivano offerti solo da poche Regioni nell'ambito di progetti pilota a livello regionale o locale (cfr. Capitolo 4 del presente Rapporto). Inoltre, introduce la possibilità di eseguire test diagnostici decentrati a supporto di medici di medicina generale e pediatri per un uso appropriato degli antibiotici, servizi di telemedicina, screening per l'epatite C, la scelta del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta e la dispensazione dei dispositivi medici per i pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale. Non ultimo, le prestazioni analitiche di prima istanza non sono più limitate all'autocontrollo.

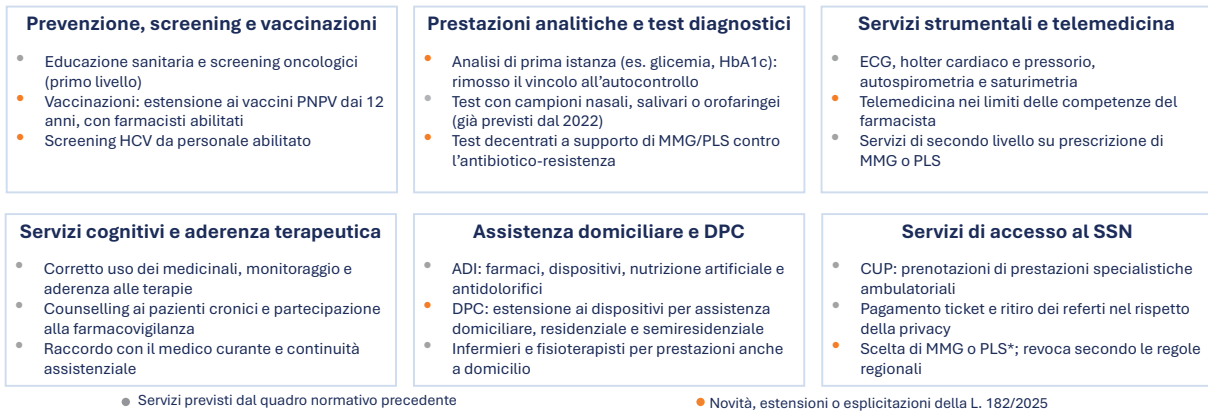


Figura 18. I servizi erogati nell'ambito della Farmacia dei Servizi

Fonte: TEHA Group, 2026

Per vaccinazioni, test, telemedicina e screening HCV la norma prevede che i costi siano a carico degli utenti: l'effettiva diffusione dei nuovi servizi dipenderà quindi dagli accordi integrativi regionali e dalle risorse che vi saranno destinate, oltre che dalla presenza di farmacisti formati.

Intanto il percorso della Farmacia dei Servizi prosegue. Con l'approvazione, con Decreto del Ministero della Salute dell'11 settembre 2026, delle Linee di indirizzo nazionali per il servizio di accesso personalizzato ai farmaci presso le farmacie, si è dato il via libera al cosiddetto "deblistering", ossia la possibilità, per il farmacista che ha in carico il paziente, di sconfezionare e riconfezionare i farmaci in dosi personalizzate per favorire l'aderenza terapeutica. Il servizio, già regolato in alcune Regioni – la prima fu la Lombardia nel 2022 – dispone così per la prima volta di regole e standard comuni a livello nazionale[51].

10.5 MISURARE LA PERFORMANCE DEI SISTEMI SANITARI: IL MERIDIANO SANITÀ REGIONAL INDEX

Misurare la performance dei sistemi sanitari significa valutarne la capacità di trasformare le risorse disponibili in salute, garantendo cure tempestive, eque, appropriate e di qualità. Una valutazione che non può limitarsi alle risorse impiegate o alle prestazioni erogate, ma deve considerare anche l'equità di accesso, l'efficienza, la capacità di innovazione e la sostenibilità nel medio e lungo periodo. Allo stesso tempo, gli esiti di salute devono essere letti alla luce delle caratteristiche economiche, sociali, demografiche e ambientali dei territori, che contribuiscono a determinare bisogni e condizioni di salute differenti.

È a partire da questa visione multidimensionale che TEHA ha sviluppato il Meridiano Sanità Regional Index, uno strumento volto a confrontare le performance dei sistemi sanitari regionali italiani, mettendone in evidenza punti di forza, criticità e differenze territoriali. L'obiettivo è offrire una lettura integrata delle diverse realtà regionali, favorire la diffusione delle buone pratiche e contribuire alla costruzione di un Servizio Sanitario sempre più capace di garantire in modo efficace, efficiente ed equo il diritto fondamentale alla salute.

Il Meridiano Sanità Regional Index si articola in tre sottoindici complementari, che permettono di leggere congiuntamente gli esiti di salute raggiunti, i fattori che contribuiscono a determinarli e la capacità dei sistemi sanitari di preservarli e migliorarli nel tempo. Complessivamente, l'Indice si basa su 35 indicatori chiave di performance (KPI):

- Indice dello stato di salute della popolazione, composto da 6 KPI, che misura gli esiti di salute delle popolazioni regionali;
- Indice dei determinanti della salute, composto da 11 KPI, che analizza le differenze territoriali nei fattori che incidono sullo stato di salute. L'Indice si articola in tre dimensioni: Fattori individuali (3 KPI), Contesto socio-economico (4 KPI) e Contesto ambientale (4 KPI);
- Indice di mantenimento dello stato di salute della popolazione, composto da 18 KPI, che misura la capacità dei sistemi sanitari regionali di rispondere ai bisogni della popolazione e di preservare e, ove possibile, migliorare gli esiti di salute nel tempo. L'Indice considera tre dimensioni: Capacità di risposta ai bisogni di salute (6 KPI), Efficacia, efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria (6 KPI) e Risorse economiche (6 KPI).

51 Il servizio può essere erogato, in presenza dello schema terapeutico, solo per alcune categorie di farmaci, come quelli disponibili in formulazioni solide per uso orale. Sono esclusi invece le forme solide fisicamente instabili e i farmaci antineoplastici. Per maggiori informazioni sul "deblistering" nelle farmacie: The European House – Ambrosetti (2021), "XVI Rapporto Meridiano Sanità".



Figura 19. Impostazione del Meridiano Sanità Regional Index

Fonte: TEHA Group, 2026

I 35 KPI sono trasformati in punteggi da 1 a 10 sulla base del posizionamento relativo delle Regioni. I risultati restituiscono pertanto una misura comparativa delle performance regionali e non esprimono una soglia assoluta di adeguatezza dell'assistenza.

10.5.1 Indice dello stato di salute della popolazione

L'Indice dello stato di salute della popolazione misura i risultati di salute raggiunti nei diversi territori attraverso sei KPI complementari: aspettativa di vita alla nascita, aspettativa di vita in buona salute, mortalità infantile, mortalità della popolazione (standardizzata per età), prevalenza delle patologie croniche ad alto impatto (malattie cardiovascolari, diabete, tumori, demenze, BPCO e disordini mentali) e co-morbilità (presenza di almeno due patologie croniche). La salute di una popolazione, infatti, non può essere valutata soltanto in termini di sopravvivenza: alla quantità degli anni vissuti deve essere affiancata la loro qualità, considerando il peso della mortalità, della cronicità e della multimorbilità.

Nel 2025 l'aspettativa di vita alla nascita conferma livelli elevati in tutto il Paese, ma con differenze territoriali ancora rilevanti: si passa dagli 85 anni della P.A. di Trento agli 82,1 della Campania, quasi 3 anni di differenza. Il quadro diventa ancora più differenziato quando dalla durata della vita si passa alla qualità degli anni vissuti. L'aspettativa di vita in buona salute, anch'essa riferita al 2025, varia infatti dai 67,9 anni della P.A. di Bolzano ai 52,6 della Calabria, oltre 15 anni di differenza, a fronte di un valore nazionale pari a 59,1 anni. La distanza tra i due indicatori richiama una delle principali sfide associate alla longevità: non soltanto estendere la durata della vita, ma ridurre il numero di anni vissuti in condizioni di salute non ottimali.

Anche gli altri indicatori restituiscono un quadro eterogeneo. Nell'ultimo dato disponibile, relativo al 2023, la mortalità infantile è pari a 2,61 decessi ogni 1.000 nati vivi a livello nazionale, ma varia dagli 1,8 in Sardegna ai 3,7 in Sicilia, più del doppio.

Sul fronte della cronicità, nel 2024 il 17,5% degli italiani presenta almeno due patologie croniche, quasi 1 persona su 6, con valori che passano dal 12,0% del Friuli Venezia Giulia al 27,3% del Veneto. La multimorbilità rappresenta una dimensione particolarmente rilevante per leggere lo stato di salute di popolazioni che invecchiano, poiché sposta progressivamente l'attenzione dalla gestione della singola patologia alla presa in carico di bisogni di salute molteplici e concomitanti. Quest'ultimo indicatore mostra inoltre come il carico della cronicità non segua necessariamente un semplice gradiente Nord-Sud e sia influenzato anche dalla diversa struttura per età della popolazione.

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»** (%, Istat, Ministero della Salute e Global Burden of Disease)						**Comorbidità** (% persone con almeno due malattie croniche, Istat)
					Malattie CVD	Diabete	Tumori	Demenze*	BPCO	Disordini mentali	
Peso dell'indicatore	25%	20%	10%	15%	15%						15%
Ultimo anno disponibile	*2025*	*2025*	*2023*	*2024*	*2024*	*2024*	*2023*	*2024*	*2024*	*2024*	*2024*
Piemonte	**83,6**	**59,2**	**2,3**	**12,4**	**4,5**	**5,3**	**7,1**	**0,9**	**5,7**	**2**	**25,2**
Valle d'Aosta	**83,7**	**59,4**	**2,8**	**11,6**	**5,8**	**4,2**	**6**	**2,4**	**6,2**	**2**	**23,9**
Liguria	**83,7**	**60,8**	**2,2**	**14,0**	**5,3**	**6,3**	**8,3**	**1,1**	**8,2**	**4,5**	**21,8**
Lombardia	**84,3**	**60,2**	**2,7**	**10,3**	**4,4**	**5,0**	**7,4**	**0,7**	**6,0**	**1,7**	**22,0**
P.A. Bolzano	**84,5**	**67,9**	**1,9**	**8,5**	**3,5**	**2,8**	**5,3**	**0,7**	**2,9**	**3,3**	**23,0**
P.A. Trento	**85,0**	**62,7**	**3,2**	**9,6**	**4,0**	**4,7**	**5,9**	**1,3**	**7,2**	**2,6**	**21,4**
Veneto	**84,4**	**61,4**	**2,2**	**10,4**	**3,0**	**5,4**	**7,2**	**1**	**5,5**	**1,5**	**27,3**
Friuli Venezia Giulia	**84,1**	**62,1**	**2,2**	**12,3**	**4,6**	**6,0**	**7,5**	**0,8**	**5,6**	**1,9**	**12,0**
Emilia Romagna	**84,2**	**58,9**	**2,1**	**11,4**	**4,8**	**6,4**	**7,4**	**0,3**	**5,2**	**2,3**	**20,5**
Toscana	**84,3**	**61,7**	**2,1**	**12,1**	**3,7**	**5,9**	**7,3**	**0,4**	**6,5**	**1,2**	**23,8**
Umbria	**84,1**	**59,6**	**2,9**	**12,4**	**4,9**	**5,5**	**6,9**	**1,4**	**6,6**	**2,1**	**25,0**
Marche	**84,4**	**60,4**	**2,3**	**11,8**	**4,8**	**6,8**	**7,3**	**0,5**	**7,2**	**1,2**	**21,5**
Lazio	**83,6**	**59,1**	**2,5**	**10,7**	**4,1**	**5,9**	**7,5**	**0,5**	**6,1**	**1,3**	**19,8**
Abruzzo	**83,7**	**60,6**	**2,5**	**11,7**	**5,1**	**7,1**	**6,6**	**1,6**	**6,7**	**1,5**	**22,1**
Molise	**82,6**	**58,4**	**2,4**	**13,5**	**4,5**	**7,1**	**6,4**	**0,1**	**5,2**	**1,8**	**24,4**
Campania	**82,1**	**56,9**	**3,3**	**10,2**	**4,5**	**7,2**	**6,4**	**3,3**	**7,5**	**1,5**	**22,7**
Puglia	**83,5**	**57,8**	**2,4**	**10,8**	**4,3**	**7,3**	**7,2**	**3,2**	**7,5**	**1,8**	**25,2**
Basilicata	**83,1**	**54,9**	**2,2**	**11,7**	**4,8**	**8,3**	**5,7**	**1,2**	**6,9**	**1,7**	**20,3**
Calabria	**82,9**	**52,6**	**2,6**	**11,3**	**4,5**	**9,3**	**5,7**	**7,1**	**7,9**	**1,9**	**20,7**
Sicilia	**82,6**	**55,9**	**3,7**	**11,0**	**4,2**	**8,6**	**6**	**5,1**	**6,8**	**1,8**	**24,9**
Sardegna	**83,1**	**56,6**	**1,8**	**11,8**	**5,6**	**6,7**	**7**	**0,1**	**7,1**	**1,6**	**23,2**

(*) Incidenza nuovi utenti trattati per 10.000 abitanti.

Figura 20. KPI utilizzati per l'analisi dell'Indice dello "Stato di salute della popolazione"

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2026

L'Indice dello stato di salute mostra, nel complesso, un evidente gradiente Nord-Sud, con le Regioni del Mezzogiorno che si collocano tutte al di sotto della media nazionale. Le P.A. di Bolzano e di Trento e il Friuli Venezia Giulia presentano invece i punteggi maggiori. Le differenze territoriali negli outcome assumono particolare rilevanza perché la tutela della salute implica non soltanto il raggiungimento di buoni risultati medi, ma anche la capacità di ridurre i divari tra le popolazioni e i territori. In questa prospettiva, la performance complessiva del sistema deve essere letta anche attraverso la lente dell'equità.

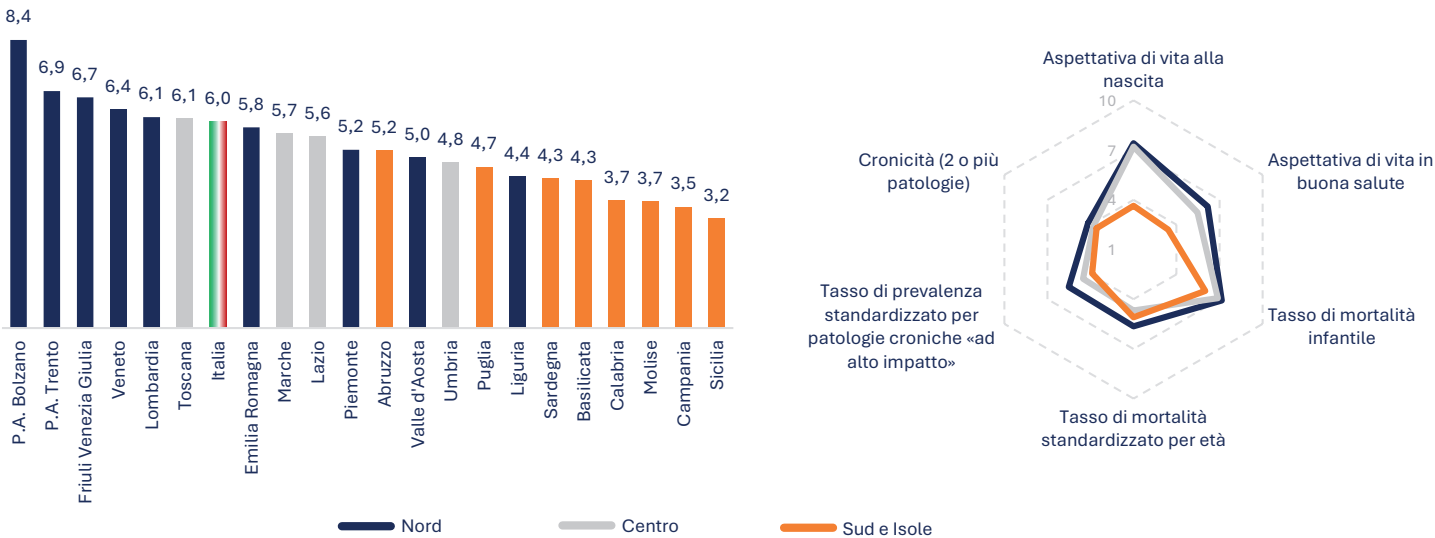


Figura 21. A sinistra: Risultati dell'Indice "Stato di salute della popolazione" (punteggio: 1 = minimo, 10 = massimo), 2026.
A destra: Posizionamento delle macroaree geografiche nelle componenti dell'Indice "Stato di salute della popolazione", 2026

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2026

Nel complesso, l'Indice conferma due elementi. Da un lato, l'Italia continua a caratterizzarsi per la longevità; dall'altro, persistono differenze molto ampie nella qualità degli anni vissuti e nel carico di mortalità e cronicità. In un Paese sempre più longevo, la sfida si sposta quindi progressivamente dal "vivere più a lungo" al "vivere più a lungo in buona salute" (per maggiori dettagli si veda il Capitolo 2 del presente Rapporto), comprimendo per quanto possibile gli anni trascorsi con malattie e limitazioni e riducendo, al tempo stesso, le differenze territoriali negli esiti di salute.

10.5.2 Indice dei determinanti della salute

L'Indice dei determinanti della salute analizza le condizioni che contribuiscono a determinare gli esiti di salute prima ancora dell'intervento del sistema sanitario. La salute è infatti il risultato di una pluralità di fattori che riguardano non soltanto le caratteristiche individuali, ma anche il contesto sociale, economico e ambientale nel quale le persone nascono, crescono, vivono e invecchiano. Agire sui determinanti significa quindi intervenire sulle condizioni che possono favorire o ostacolare la salute lungo l'intero corso della vita. Gli 11 KPI considerati sono organizzati in tre aree: fattori individuali, contesto socio-economico e contesto ambientale.

La prima area, quella dei fattori individuali, considera la struttura demografica e i principali comportamenti individuali associati al rischio di malattia, distinguendo tra popolazione adulta e bambini e adolescenti. La composizione per età contribuisce a definire bisogni di salute differenti tra i territori, mentre gli stili di vita rappresentano un ambito centrale della prevenzione primaria, sul quale è possibile intervenire precocemente per ridurre il rischio di sviluppare malattie croniche nel corso della vita.

Nel 2025 l'età media della popolazione italiana è pari a 47,1 anni e gli over 65 rappresentano circa un quarto dei residenti. Le differenze regionali rimangono significative: in Liguria gli over 65 rappresentano il 29,4% della popolazione, quasi 3 persone su 10, mentre nella P.A. di Bolzano sono il 21,4% e in Campania il 21,9%. Anche all'interno di un Paese complessivamente anziano, la pressione demografica sui sistemi regionali si presenta quindi con intensità molto differente.

Particolarmente rilevanti sono i fattori di rischio nelle fasce più giovani. Negli ultimi dati disponibili, compresi tra il 2022 e il 2024, l'eccesso di peso tra i 6 e i 17 anni interessa il 38,5% dei bambini e ragazzi in Campania, quasi 4 su 10, rispetto al 12,7% della P.A. di Trento. Analogamente, la quota di bambini sedentari varia dal 9,6% della P.A. di Trento al 33,3% della Basilicata, dove il fenomeno riguarda 1 bambino su 3. La presenza di differenze così marcate già nelle età più giovani assume particolare rilievo in una prospettiva di prevenzione lungo il corso della vita, perché alcuni fattori di rischio possono contribuire alla futura insorgenza delle patologie croniche.

Tra gli adulti, sulla base dei dati 2025, l'eccesso ponderale interessa il 44,7% della popolazione italiana e supera la metà degli adulti in Campania, 51,5%, mentre si ferma al 38,3% nella P.A. di Bolzano. Anche la sedentarietà presenta differenze rilevanti, superando il 45% in alcune Regioni meridionali. Non tutti i comportamenti seguono tuttavia lo stesso gradiente: il consumo di alcol a rischio presenta livelli più elevati in diversi territori settentrionali.

Nel complesso, i fattori individuali evidenziano condizioni mediamente più favorevoli nelle Regioni settentrionali, soprattutto per quanto riguarda i comportamenti associati alla prevenzione primaria (per maggiori dettagli si veda il Capitolo 4 del presente Rapporto). La struttura demografica relativamente più giovane di alcune Regioni meridionali costituisce un elemento favorevole, che si accompagna tuttavia a una maggiore diffusione di alcuni fattori di rischio già nell'infanzia e nell'adolescenza. Ne emerge un quadro che invita a considerare congiuntamente struttura demografica e comportamenti di salute, evitando una lettura unidimensionale delle differenze territoriali.

Indice dei determinanti della salute												
Fattori individuali												
Indicatore	Fattori demografici (Istat)		Fattori di rischio per la salute dei bambini e adolescenti (%, Istat e ISS)					Fattori di rischio per la salute degli adulti (%, Istat e ISS)				
	Età media della popolazione (anni)	Popolazione over 65 (%)	Sedentarietà	Sovrappeso e obesità	Consumo alcol	Fumo	Consumo di frutta e verdura	Sedentarietà	Sovrappeso e obesità	Consumo alcol	Fumo	Consumo di frutta e verdura
Peso dell'indicatore	33,3%		33,3%					33,3%				
Ultimo anno disponibile	*2026*	*2026*	*2023*	*2024*	*2022*	*2024*	*2024*	*2025*	*2025*	*2025*	*2025*	*2025*
Piemonte	**48,3**	**27,2**	**15,3**	**17,8**	**12,4**	**19,6**	**39,7**	**41,4**	**41,9**	**18,3**	**19,1**	**20,5**
Valle d'Aosta	**48,0**	**26,3**	**14,4**	**15,4**	**17,3**	**19,2**	**46,9**	**20,7**	**43,3**	**23,8**	**19,3**	**18,5**
Liguria	**49,7**	**29,4**	**14,0**	**25,8**	**14,8**	**16,0**	**41,8**	**22,8**	**40,3**	**17,0**	**20,8**	**20,8**
Lombardia	**46,6**	**24,2**	**13,5**	**21,2**	**14,5**	**27,4**	**34,0**	**26,7**	**42,1**	**17,1**	**19,3**	**17,8**
P.A. Bolzano	**44,2**	**21,4**	**10,0**	**17,1**	**19,1**	**11,7**	**37,8**	**15,9**	**38,3**	**24,9**	**18,8**	**12,5**
P.A. Trento	**46,3**	**24,5**	**9,6**	**12,7**	**9,5**	**15,5**	**52,3**	**27,6**	**40,2**	**22,3**	**14,8**	**26,5**
Veneto	**47,4**	**25,3**	**11,6**	**13,4**	**20,9**	**20,0**	**43,5**	**30,8**	**44,6**	**19,5**	**19,1**	**16,0**
Friuli Venezia Giulia	**48,8**	**27,9**	**11,2**	**18,8**	**12,4**	**23,7**	**36,1**	**23,9**	**42,9**	**20,0**	**17,6**	**20,8**
Emilia Romagna	**47,3**	**25,2**	**16,9**	**22,0**	**16,5**	**20,3**	**37,8**	**20,3**	**43,6**	**16,3**	**21,5**	**17,9**
Toscana	**48,4**	**27,1**	**12,0**	**20,3**	**16,4**	**16,6**	**33,2**	**32,1**	**42,9**	**16,6**	**20,3**	**18,3**
Umbria	**48,6**	**27,8**	**15,7**	**25,8**	**9,6**	**17,9**	**30,8**	**24,5**	**42,5**	**16,5**	**24,5**	**19,1**
Marche	**48,1**	**27,0**	**19,6**	**26,0**	**17,9**	**21,0**	**33,0**	**33,9**	**42,1**	**15,5**	**19,0**	**18,1**
Lazio	**47,0**	**24,3**	**18,4**	**24,6**	**13,6**	**17,0**	**36,7**	**25,4**	**41,3**	**14,2**	**20,2**	**18,3**
Abruzzo	**47,9**	**26,5**	**23,3**	**27,5**	**19,0**	**13,2**	**29,8**	**34,4**	**46,9**	**15,3**	**20,2**	**14,5**
Molise	**48,6**	**27,8**	**24,8**	**26,7**	**23,7**	**15,8**	**37,0**	**13,5**	**48,5**	**18,5**	**19,0**	**11,0**
Campania	**44,8**	**21,9**	**28,3**	**38,5**	**23,9**	**14,3**	**24,1**	**45,8**	**51,5**	**13,0**	**19,9**	**11,8**
Puglia	**47,0**	**25,3**	**32,2**	**32,6**	**12,2**	**16,7**	**17,7**	**29,2**	**50,8**	**13,3**	**18,8**	**12,1**
Basilicata	**47,9**	**26,6**	**33,3**	**30,6**	**18,7**	**25,6**	**25,9**	**45,2**	**47,3**	**15,0**	**22,7**	**10,0**
Calabria	**46,5**	**25,0**	**21,3**	**31,1**	**21,4**	**21,5**	**37,0**	**48,2**	**46,9**	**13,1**	**17,9**	**13,8**
Sicilia	**46,0**	**24,2**	**23,7**	**33,0**	**17,1**	**15,2**	**26,0**	**26,3**	**50,0**	**10,8**	**23,7**	**11,9**
Sardegna	**49,6**	**28,1**	**18,7**	**22,2**	**17,3**	**27,3**	**32,0**	**47,7**	**41,0**	**18,0**	**20,2**	**20,5**

Figura 22. KPI utilizzati per l'analisi dell'area "Fattori individuali" dell'indice "Determinanti della salute"

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2026

La seconda area analizza il contesto socio-economico, una dimensione centrale poiché le condizioni economiche e sociali sono strettamente associate alle disuguaglianze di salute. Reddito, povertà, occupazione e istruzione influenzano infatti le condizioni materiali di vita, l'esposizione ai fattori di rischio e la possibilità di accedere tempestivamente alle opportunità di prevenzione e cura. Le disuguaglianze socio-economiche possono quindi tradursi in disuguaglianze di salute, rendendo la loro riduzione una questione che va oltre i confini delle politiche sanitarie.

Nel 2024 il PIL pro capite italiano è pari a circa 32.900 euro, ma varia dai 19.100 euro della Calabria ai 52.200 della P.A. di Bolzano, con il territorio più ricco che presenta quindi un valore pari a quasi tre volte quello della Regione con il livello più basso. Le differenze sono altrettanto evidenti nel rischio di povertà o esclusione sociale, riferito al 2025: a fronte di un valore nazionale del 23,1%, quindi quasi 1 persona su 4, la quota scende al 6,6% nella P.A. di Bolzano e raggiunge il 48,8% in Calabria, dove il fenomeno interessa quasi metà della popolazione.

Anche il mercato del lavoro continua a mostrare un forte gradiente. Nel 2025 il tasso di disoccupazione passa dall'1,8% della P.A. di Bolzano al 14,3% della Campania. Nello stesso anno, la quota di giovani tra 25 e 34 anni con un titolo di studio terziario raggiunge il 37,4% nel Lazio, poco meno di 4 su 10, mentre in Sardegna si ferma al 23,8%.

La dimensione della comunità e della coesione sociale restituisce invece un quadro meno polarizzato. Utilizzando gli ultimi dati disponibili, compresi prevalentemente tra 2024 e 2025, accanto alle Province Autonome registrano valori positivi anche alcune Regioni del Centro e del Sud, mostrando come la solidità delle reti sociali non coincida necessariamente con il livello di reddito di un territorio. Il capitale sociale rappresenta, in questa prospettiva, una dimensione distinta da quella strettamente economica e contribuisce a rendere più articolata la lettura delle condizioni nelle quali si genera salute.

Nella sintesi della sotto-area socio-economica il divario geografico rimane tuttavia marcato: il Nord raggiunge un punteggio medio superiore a quello del Centro e soprattutto del Sud.

Indice dei determinanti della salute								
Contesto socio-economico								
Indicatore	Ricchezza e rischio povertà (Istat)		Occupazione (tasso % di disoccupazione, Istat)	Istruzione (% laureati tra i 2 5-34 anni, Istat)	Comunità e coesione sociale (Istat)			
	PIL pro capite (euro)	Rischio di povertà ed esclusione sociale* (%)			Delitti denunciati dalle forze dell'ordine (per 100.000 abitanti)	Famiglie mononucleari (%)	Partecipazione alla vita sociale** (% popolazione over 14)	Attività di volontariato (% popolazione over 14)
Peso dell'indicatore	25%		25%	25%	25%			
Ultimo anno disponibile	*2024*	*2024*	*2025*	*2025*	*2024*	*2024*	*2025*	*2025*
Piemonte	**34.091**	**13,5**	**6,2**	**29,3**	**4.517**	**38,9**	**30,9**	**10,2**
Valle d'Aosta	**41.176**	**10,7**	**3,9**	**29,0**	**2.885**	**43,0**	**30,9**	**11,7**
Liguria	**34.310**	**13,8**	**4,7**	**28,0**	**4.595**	**44,4**	**31,5**	**9,8**
Lombardia	**44.364**	**14,1**	**3,0**	**34,0**	**4.589**	**36,7**	**33,5**	**11,6**
P.A. Bolzano	**52.227**	**6,6**	**1,8**	**24,0**	**3.369**	**38,2**	**42,2**	**16,7**
P.A. Trento	**41.226**	**11,0**	**2,3**	**33,5**	**2.957**	**38,0**	**36,5**	**21,8**
Veneto	**36.427**	**12,4**	**6,5**	**33,3**	**3.643**	**33,4**	**35,3**	**14,1**
Friuli Venezia Giulia	**34.403**	**12,4**	**4,7**	**35,2**	**3.183**	**39,1**	**33,1**	**10,8**
Emilia Romagna	**39.240**	**10,1**	**4,2**	**36,2**	**4.672**	**38,1**	**34,7**	**11,6**
Toscana	**34.665**	**15,2**	**4,4**	**30,8**	**4.673**	**35,8**	**29,9**	**9,5**
Umbria	**28.571**	**14,0**	**4,7**	**33,9**	**3.528**	**37,4**	**30,0**	**7,8**
Marche	**30.071**	**11,8**	**5,3**	**32,8**	**2.753**	**34,2**	**32,7**	**9,3**
Lazio	**38.212**	**25,8**	**5,7**	**37,4**	**5.576**	**41,4**	**31,5**	**6,6**
Abruzzo	**28.327**	**25,1**	**6,8**	**32,5**	**3.123**	**34,5**	**30,0**	**7,0**
Molise	**24.344**	**27,5**	**6,4**	**27,6**	**2.901**	**38,8**	**24,6**	**6,4**
Campania	**21.876**	**43,5**	**14,3**	**27,1**	**3.851**	**29,0**	**22,4**	**5,3**
Puglia	**21.413**	**37,7**	**10,3**	**27,8**	**3.176**	**31,3**	**25,1**	**6,5**
Basilicata	**24.156**	**25,4**	**5,5**	**31,0**	**2.234**	**35,7**	**32,9**	**10,1**
Calabria	**19.103**	**48,8**	**10,2**	**25,7**	**2.820**	**35,5**	**21,9**	**5,7**
Sicilia	**20.793**	**40,9**	**12,5**	**24,0**	**3.409**	**35,0**	**25,5**	**6,0**
Sardegna	**24.827**	**29,6**	**9,5**	**23,8**	**2.740**	**39,0**	**29,7**	**7,1**

(*) Misurato come quota di persone che si trovano in almeno una delle seguenti condizioni: rischio di povertà (reddito familiare equivalente inferiore al 60% della mediana nazionale), grave deprivazione materiale e sociale (almeno 7 segnali di deprivazione su 13) o bassa intensità lavorativa familiare.
(**) Misurato come numero di persone di 14 anni e più che negli ultimi 12 mesi hanno svolto almeno una attività di partecipazione sociale sul totale delle persone di 14 anni e più.

Figura 23. KPI utilizzati per l'analisi dell'area "Contesto socio-economico" dell'indice "Determinanti della salute"

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2026

La terza componente analizza il contesto ambientale, inteso come l'insieme delle caratteristiche dell'ambiente fisico nel quale le persone vivono e si spostano. La dimensione comprende l'inquinamento, il cambiamento climatico, fattori naturali come il verde urbano e l'esposizione a disastri naturali, le condizioni abitative e la mobilità. L'ambiente costituisce infatti un determinante della salute sempre più rilevante, perché può agire direttamente sull'esposizione a fattori di rischio e, indirettamente, sulle condizioni e sugli stili di vita della popolazione.

A differenza dei fattori individuali e socio-economici, la dimensione ambientale non presenta un gradiente Nord-Sud univoco. Nel 2024, considerando il PM2,5, la percentuale di misurazioni superiori al valore di riferimento per la salute dell'OMS raggiunge il 100% nella P.A. di Bolzano e valori molto elevati in diverse Regioni settentrionali, mentre in Sardegna si ferma al 4,2%. Sul fronte dell'inquinamento atmosferico, quindi, alcuni territori meridionali presentano condizioni relativamente più favorevoli, dovuti anche a una minore presenza industriale.

Anche gli effetti del cambiamento climatico mostrano differenze territoriali significative. Nel 2024 la temperatura media italiana è risultata superiore di circa 1,4°C rispetto alla media 1991-2020, ma l'incremento varia da circa 1,0°C in Emilia Romagna e Veneto fino a 2,8°C in Toscana.

Per la disponibilità di verde urbano, l'ultimo dato disponibile è riferito al 2023: la P.A. di Trento dispone di oltre 400 m² per abitante e la P.A. di Bolzano di più di 220, mentre in Puglia il valore è pari ad appena 10,8 m². Sul fronte della mobilità, nel 2024 l'utilizzo di autobus e treno rappresenta il 25% degli spostamenti terrestri in Liguria, 1 spostamento su 4, mentre rimane inferiore al 10% in Molise, Sicilia e Basilicata, anche a causa di un minor sviluppo infrastrutturale.

Nel complesso, i KPI ambientali restituiscono una geografia meno uniforme rispetto ai fattori individuali e socio-economici. Il Mezzogiorno presenta distanze più contenute rispetto alle altre due dimensioni, grazie ai risultati relativi all'inquinamento e ad alcuni fattori naturali, senza che tali condizioni più favorevoli si estendano necessariamente a tutte le componenti ambientali.

Indice dei determinanti della salute										
Contesto ambientale										
Indicatore	Inquinamento (Istat)				Cambiamento climatico (Differenza della temperatura media annua 2024 dal valore medio del periodo 1991-2020, Copernicus)	Fattori naturali (Istat)		Alloggi e mobilità (Istat)		
	Concentrazioni medie annuali di PM2,5 superiori a soglia (%)	Esposti presentati dai cittadini per inquinamento acustico (n° per 100.000 ab.)	Densità impianti di depurazione delle acque reflue urbane (n° per 100.000 ab.)	Rifiuti urbani prodotti (kg per abitante)		Disponibilità di verde urbano (m² per abitante)	Popolazione esposta al rischio di alluvioni (%)	Grave deprivazione abitativa (% della popolazione)	Mortalità per incidenti stradali (% popolazione 15-34 anni)	Utenti assidui dei mezzi pubblici (% popolazione over 14 che li utilizza più volte a settimana)
Peso dell'indicatore	25%				25%	25%		25%		
Ultimo anno disponibile	*2024*	*2022*	*2020*	*2024*	*2024*	*2023*	*2020*	*2025*	*2024*	*2024*
Piemonte	**80,0**	**24,9**	**91,9**	**523**	**1,15**	**28,9**	**4,9**	**4,8**	**0,4**	**15,3**
Valle d'Aosta	**25,0**	**3,0**	**219,1**	**650**	**2,40**	**19,5**	**9,1**	**4,7**	**0,8**	**12,9**
Liguria	**51,6**	**19,2**	**51,0**	**549**	**1,30**	**20,7**	**17,4**	**12,6**	**0,4**	**25,0**
Lombardia	**95,7**	**13,6**	**15,3**	**486**	**1,20**	**27,3**	**4,4**	**7,3**	**0,5**	**17,4**
P.A. Bolzano	**100,0**	**126,9**	**9,0**	**490**	**1,50**	**228,4**	**9,8**	**4,9**	**0,7**	**15,1**
P.A. Trento	**83,3**	**21,2**	**32,8**	**509**	**1,50**	**400,9**	**25,9**	**6,7**	**0,7**	**21,5**
Veneto	**100,0**	**18,3**	**21,6**	**525**	**1,00**	**36,8**	**11,7**	**5,9**	**0,7**	**12,8**
Friuli Venezia Giulia	**93,5**	**20,0**	**60,6**	**536**	**1,45**	**56,5**	**9,9**	**6,4**	**0,6**	**15,0**
Emilia Romagna	**87,2**	**24,1**	**45,1**	**664**	**1,00**	**46,8**	**62,5**	**4,5**	**0,6**	**12,5**
Toscana	**67,6**	**20,5**	**33,7**	**590**	**2,80**	**25,1**	**25,5**	**6,5**	**0,5**	**12,6**
Umbria	**72,7**	**11,2**	**94,1**	**538**	**1,85**	**100,7**	**7,2**	**4,8**	**0,8**	**8,5**
Marche	**66,7**	**8,2**	**55,4**	**516**	**1,80**	**32,7**	**5,2**	**6,6**	**0,4**	**9,2**
Lazio	**60,8**	**5,9**	**11,4**	**511**	**1,85**	**22,2**	**3,2**	**8,4**	**0,7**	**18,9**
Abruzzo	**72,7**	**15,9**	**122,0**	**460**	**2,15**	**29,2**	**7,2**	**4,3**	**0,8**	**11,0**
Molise	**50,0**	**2,1**	**64,9**	**387**	**2,00**	**319,1**	**2,3**	**11,6**	**0,4**	**7,7**
Campania	**76,5**	**10,7**	**9,8**	**468**	**1,90**	**16,1**	**5,1**	**8,5**	**0,8**	**10,9**
Puglia	**67,9**	**5,3**	**4,6**	**466**	**1,50**	**10,8**	**3,4**	**6,1**	**0,9**	**9,7**
Basilicata	**23,1**	**3,2**	**32,0**	**355**	**2,10**	**93,3**	**1,1**	**2,2**	**0,8**	**8,3**
Calabria	**33,3**	**3,1**	**24,8**	**404**	**2,00**	**35,7**	**12,8**	**4,9**	**0,9**	**8,5**
Sicilia	**76,5**	**10,7**	**7,7**	**452**	**1,45**	**15,4**	**2,6**	**6,1**	**0,7**	**8,1**
Sardegna	**4,2**	**27,6**	**23,5**	**465**	**1,20**	**44,0**	**7,5**	**7,7**	**1,3**	**10,2**

Figura 24. KPI utilizzati per l'analisi dell'area "Contesto ambientale" dell'indice "Determinanti della salute"

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2026

Considerando congiuntamente gli 11 KPI, emergono differenze significative nei profili regionali. La P.A. di Trento registra il punteggio più elevato, pari a 8,4, seguita dalla P.A. di Bolzano con 7,5 e dalla Lombardia con 7,1; seguono Veneto e Friuli Venezia Giulia. La media italiana è pari a circa 5,9 punti.

Più che il posizionamento dei singoli territori, la lettura delle diverse componenti consente di mettere in evidenza la natura e l'intensità dei divari che caratterizzano il Paese. Le differenze territoriali risultano particolarmente marcate nei fattori di rischio individuali e, soprattutto, nelle condizioni socio-economiche, mentre la componente ambientale restituisce una geografia più articolata, che non segue un gradiente Nord-Sud univoco e presenta, per alcuni indicatori, condizioni relativamente più favorevoli nel Mezzogiorno.

Nel complesso, tutte le Regioni del Mezzogiorno registrano un punteggio inferiore alla media nazionale. Il dato richiama la persistenza di divari strutturali nei determinanti della salute, ma mostra anche come questi assumano caratteristiche differenti a seconda della dimensione considerata. Le disuguaglianze negli esiti di salute affondano infatti le proprie radici in un insieme complesso di condizioni demografiche, comportamentali, sociali, economiche e ambientali, che si combinano diversamente nei territori.

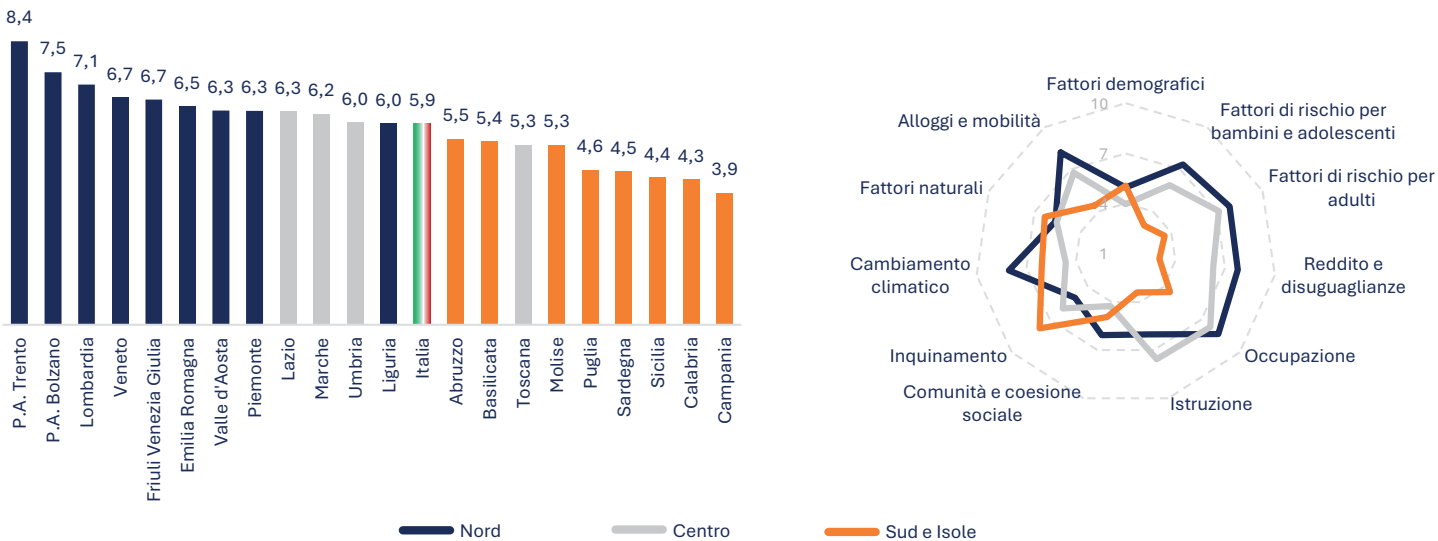


Figura 25. A sinistra: Risultati dell'Indice "Determinanti della salute" (punteggio 1 = minimo, 10 = massimo), 2026.
A destra: Posizionamento delle aree geografiche italiane nelle sotto-aree dell'indice "Determinanti della salute", 2026

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2026

Ridurre questi divari richiede quindi di andare oltre il solo perimetro sanitario, integrando gli interventi di prevenzione con politiche educative, sociali, economiche e ambientali. È in questa prospettiva che il principio della salute in tutte le politiche assume particolare rilevanza: migliorare lo stato di salute della popolazione significa agire anche sulle condizioni nelle quali la salute si forma, ben prima dell'accesso ai servizi sanitari.

10.5.3 Indice di mantenimento dello stato di salute della popolazione

L'Indice di mantenimento dello stato di salute valuta la capacità dei sistemi sanitari regionali di preservare e, ove possibile, migliorare nel tempo gli esiti di salute raggiunti. Se lo stato di salute restituisce gli outcome osservati e i determinanti descrivono il contesto nel quale tali

outcome si formano, questa componente dell'Indice guarda più direttamente alla capacità del sistema sanitario di rispondere ai bisogni della popolazione e di utilizzare efficacemente le risorse disponibili. I 18 KPI sono organizzati in tre aree: capacità di risposta ai bisogni di salute; efficacia, efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria; risorse economiche.

La prima area analizza la capacità dei sistemi regionali di rispondere ai bisogni della popolazione attraverso prevenzione, assistenza agli anziani, disponibilità di professionisti, accesso all'innovazione farmaceutica e infrastrutture digitali. Si tratta di dimensioni diverse ma complementari, che concorrono a definire la capacità del sistema di intercettare i bisogni, garantire l'accesso ai servizi e accompagnare la popolazione nelle diverse fasi della vita e della malattia.

La prevenzione continua a rappresentare una delle dimensioni con la maggiore variabilità territoriale. Nei dati di copertura vaccinale 2024, le coperture per l'infanzia per le principali vaccinazioni si mantengono generalmente elevate, ma con differenze che in alcuni casi superano i 10 punti percentuali. Molto più ampia è la distanza per la vaccinazione anti-HPV della coorte 2012: la copertura varia dal 76,3% della Lombardia al 21,3% della Sicilia, passando quindi da circa 3 ragazzi su 4 a poco più di 1 su 5.

Un quadro analogo emerge dagli screening oncologici. Nell'ultima rilevazione disponibile, riferita al 2025, la copertura dello screening mammografico varia dal 38,9% all'82,0%. Per lo screening colorettale, che rimane quello con l'adesione più bassa, la copertura passa dal 6,4% della Calabria al 65,3% del Veneto. A livello nazionale aderisce circa il 36% della popolazione target, quindi poco più di 1 persona su 3. Per lo screening cervicale la distanza va dal 16,7% della Calabria al 72,0% del Friuli Venezia Giulia. Differenze di questa ampiezza assumono particolare rilevanza perché la prevenzione rappresenta uno degli strumenti attraverso i quali il sistema sanitario può intervenire prima dell'insorgenza della malattia o favorirne una diagnosi precoce, contribuendo a ridurne l'impatto sulla salute della popolazione (per maggiori dettagli consultare il Capitolo 4 del presente Rapporto).

Il progressivo invecchiamento rende inoltre centrale la capacità di rispondere ai bisogni assistenziali degli anziani. Nel 2025 la quota di over 65 presa in carico attraverso l'assistenza domiciliare si colloca mediamente poco sopra l'11%, circa 1 anziano su 9. Molto più ampia è invece la variabilità nella disponibilità di posti residenziali e semiresidenziali, per i quali l'ultimo dato disponibile è riferito al 2023. In una popolazione sempre più longeva e caratterizzata dalla crescente presenza di cronicità e multimorbilità, la capacità di presa in carico al di fuori dell'ospedale diventa una componente sempre più rilevante della risposta assistenziale.

Anche la disponibilità di professionisti presenta profili differenti come visto nel Paragrafo 3 di questo Capitolo. Nel 2024 i medici specialisti variano da 2,7 a 4,5 ogni 1.000 abitanti. Per gli infermieri, con dato 2023, si passa dai 5,2 ogni 1.000 abitanti della Campania ai 9,2 della P.A. di Bolzano, una differenza prossima al 75%. Il capitale umano costituisce una condizione essenziale per la capacità di risposta del sistema: infrastrutture, innovazione e nuovi modelli organizzativi richiedono infatti una dotazione di professionisti adeguata ai bisogni assistenziali dei territori.

Più omogenea è la componente digitale. Nel 2025 l'87,3% delle famiglie italiane dispone di accesso a Internet da casa, quindi quasi 9 famiglie su 10, con valori regionali compresi tra l'80,1% della Calabria e il 90,9% della Toscana. Anche l'accesso alle nuove entità farmaceutiche, misurato sui consumi 2024, presenta una variabilità più contenuta rispetto a screening e dotazione di personale.

Nel complesso, questa prima area mette in luce come la capacità di risposta non dipenda da una singola dotazione, ma dall'interazione tra prevenzione, presa in carico, capitale umano, innovazione e infrastrutture. Le differenze particolarmente ampie osservate in alcuni servizi di prevenzione e nelle dotazioni professionali evidenziano come le opportunità di tutela della salute non siano ancora uniformi nei diversi territori.

Indice di Mantenimento dello stato di salute della popolazione																	
Capacità di risposta ai bisogni di salute																	
Indicatore	**Copertura programmi di vaccinazione** (%, Ministero della Salute; NB: Esavalente, MPR e Pneumo: coorte 24 mesi, HPV: coorte delle 12-enni, Influenza: over 65, Covid-19: over 60;)						**Copertura programmi di screening organizzati** (%, Istituto superiore di Sanità)			**Attenzioni agli anziani** (Istat e Ministero della Salute)		**Disponibilità di operatori sanitari** (numero per 1.000 ab., Istat)				**Accesso a innovazione farmaceutica** (consumo pro capite di nuove entità farmaceutiche in DDD, AIFA)	**Infrastruttura digitale** (% di famiglie che dispongono di accesso a Internet, ISTAT)
	Esavalente	MPR	Pneumo	HPV	Flu	COVID	Seno	Utero	Colon-retto	Posti letto in strutture residenziali (n° per 1.000 over 65)	Anziani trattati in ADI (% over 65)	Specialisti	MMG	Infermieri	Farmacisti		
Peso dell'indicatore	35%						20%			15%		10%				10%	10%
Ultimo dato disponibile	*2024*	*2024*	*2024*	*2024*	*2025*	*2025*	*2025*	*2025*	*2025*	*2023*	*2025*	*2024*	*2024*	*2023*		*2024*	*2025*
Piemonte	**95,1**	**95**	**88,4**	**58,2**	**51,7**	**4,4**	**54,7**	**43,1**	**38,7**	**30,7**	**13,6**	**3,3**	**0,63**	**6,8**	**1,6**	**18,5**	**87**
Valle d'Aosta	**94,2**	**93,7**	**90,5**	**39,3**	**44,0**	**9,9**	**82,0**	**60,7**	**63,1**	**10,1**	**10,4**	**3,2**	**0,62**	**7,0**	**1,3**	**16,0**	**87**
Liguria	**94,0**	**93,1**	**91**	**46,4**	**48,4**	**4,5**	**53,1**	**38,6**	**35,9**	**17,0**	**10,5**	**4,3**	**0,64**	**8,5**	**1,8**	**19,9**	**88**
Lombardia	**98,3**	**98,1**	**94,8**	**76,3**	**53,8**	**8,3**	**64,8**	**43,6**	**43,7**	**28,7**	**10,6**	**3,4**	**0,53**	**6,5**	**1,4**	**16,3**	**89**
P.A. Bolzano	**87,1**	**90,2**	**81,2**	**35,2**	**33,4**	**5,9**	**58,7**	**36,3**	**39,7**	**42,5**	**10,9**	**2,7**	**0,53**	**9,2**	**1,0**	**13,6**	**88**
P.A. Trento	**95,4**	**95,7**	**90,5**	**61,7**	**61,6**	**6,5**	**78,7**	**68,0**	**48,0**	**38,6**	**10,0**	**2,8**	**0,61**	**8,0**	**1,2**	**16,5**	**91**
Veneto	**95,3**	**95,3**	**93,1**	**44,9**	**51,3**	**5,6**	**75,5**	**55,4**	**65,3**	**29,5**	**12,0**	**3,1**	**0,56**	**7,1**	**1,4**	**17,5**	**90**
Friuli Venezia Giulia	**95,2**	**94,7**	**90,0**	**40,0**	**55,7**	**5,9**	**69,3**	**72**	**53,7**	**26,0**	**10,9**	**3,6**	**0,58**	**7,9**	**1,5**	**20,1**	**89**
Emilia Romagna	**97,5**	**97,5**	**93,6**	**57,8**	**59,2**	**11,5**	**73,3**	**62,5**	**47,8**	**18,0**	**11,7**	**3,9**	**0,6**	**8,3**	**1,8**	**17,5**	**89**
Toscana	**97,3**	**97,2**	**92,9**	**65,0**	**57,7**	**6,3**	**70,0**	**52,6**	**42,1**	**17,1**	**11,3**	**4,1**	**0,73**	**7,5**	**1,7**	**18,5**	**91**
Umbria	**96,8**	**95,6**	**94,4**	**73,8**	**64,1**	**3,3**	**72,3**	**66,5**	**38,3**	**10,5**	**13,4**	**4,0**	**0,73**	**7,1**	**1,8**	**19,6**	**87**
Marche	**91,9**	**91,6**	**86,7**	**28,2**	**51,4**	**3,1**	**53,0**	**48,9**	**34,7**	**17,7**	**10,6**	**3,3**	**0,64**	**7,3**	**1,7**	**18,4**	**88**
Lazio	**94,9**	**95,6**	**90,2**	**29,3**	**56,6**	**3,1**	**45,2**	**29,1**	**23,5**	**5,0**	**10,7**	**4,5**	**0,69**	**8,6**	**1,6**	**17,0**	**89**
Abruzzo	**95,1**	**95,7**	**88,5**	**30,2**	**48,7**	**1,5**	**54,4**	**46,3**	**25,4**	**5,4**	**11,2**	**4,0**	**0,73**	**6,9**	**1,8**	**19,4**	**86**
Molise	**97,1**	**98,1**	**94,1**	**40,4**	**53,2**	**0,5**	**53,7**	**41,0**	**22,1**	**4,3**	**12,8**	**3,6**	**0,79**	**8,0**	**1,5**	**17,6**	**84**
Campania	**93,4**	**93,7**	**83,7**	**27,0**	**49,2**	**0,3**	**49,1**	**41,2**	**22,5**	**2,0**	**10,7**	**3,7**	**0,59**	**5,2**	**1,4**	**17,9**	**85**
Puglia	**94,1**	**94,0**	**91,0**	**53,3**	**52,5**	**1,9**	**53,8**	**40,2**	**26,6**	**7,0**	**11,9**	**3,3**	**0,67**	**6,6**	**1,5**	**19,0**	**83**
Basilicata	**96,4**	**95,2**	**94,9**	**43,8**	**59,3**	**0,9**	**76,1**	**65,9**	**36,8**	**1,8**	**12,5**	**3,0**	**0,77**	**6,6**	**1,7**	**18,2**	**82**
Calabria	**93,3**	**92,6**	**91,3**	**39,9**	**44,3**	**0,4**	**39,4**	**16,7**	**6,4**	**5,8**	**10,1**	**3,6**	**0,66**	**5,3**	**1,8**	**17,2**	**80**
Sicilia	**85,1**	**88,0**	**79,9**	**21,3**	**48,2**	**0,4**	**41,5**	**29,3**	**17,7**	**1,2**	**11,0**	**4,0**	**0,72**	**5,4**	**1,5**	**16,1**	**82**
Sardegna	**92,2**	**92,4**	**89,8**	**35,3**	**37,6**	**1,1**	**38,9**	**41,2**	**30,3**	**2,9**	**11,8**	**4,4**	**0,6**	**6,6**	**1,9**	**19,4**	**89**

Figura 26. KPI utilizzati per l'analisi dell'area "Capacità di risposta ai bisogni di salute" dell'indice "Mantenimento dello stato di salute della popolazione"

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2026

La seconda area valuta la capacità dei sistemi regionali di trasformare le risorse e le capacità disponibili in cure efficaci, appropriate e tempestive. Gli indicatori comprendono gli esiti delle cure, la mobilità sanitaria, l'appropriatezza prescrittiva e delle prestazioni, l'efficienza dei ricoveri e la tempestività degli interventi chirurgici. È una dimensione particolarmente rilevante perché sposta l'attenzione dalla disponibilità dei servizi alla loro capacità di generare valore per la salute: non soltanto quanto il sistema eroga, quindi, ma con quali esiti, tempi e livelli di appropriatezza.

Gli ultimi dati disponibili, prevalentemente riferiti al 2023 e 2024, mostrano differenze significative negli esiti delle principali condizioni acute. Per l'infarto miocardico acuto, la mortalità a 30 giorni differisce di oltre due volte tra i territori con risultati migliori e quelli con risultati meno favorevoli. Le differenze negli esiti a un anno e nella gestione dell'ictus richiamano l'attenzione sulla fase ospedaliera e sulla continuità della presa in carico successiva. Gli outcome delle condizioni tempo-dipendenti rappresentano, in particolare, un indicatore della capacità della rete assistenziale di garantire una risposta tempestiva e una presa in carico efficace lungo il percorso di cura.

Sul fronte dell'appropriatezza prescrittiva, nel 2024 il consumo di antibiotici varia da 9,9 DDD per 1.000 abitanti al giorno nella P.A. di Bolzano a 19,7 in Abruzzo, quindi praticamente il doppio. La forte variabilità assume particolare rilievo considerando la crescente attenzione al contrasto dell'antimicrobico-resistenza. L'appropriatezza assume qui una duplice valenza: contribuire alla qualità delle cure per il singolo paziente e, al tempo stesso, preservare l'efficacia degli antibiotici nel lungo periodo.

Anche la tempestività degli interventi restituisce differenze importanti. Nel 2024, per un intervento chirurgico per frattura di tibia e perone erano necessari in media 2 giorni in Piemonte e nella P.A. di Bolzano e 6 giorni in Campania, Calabria, Sardegna e Friuli Venezia Giulia. Gli ultimi dati disponibili sui tempi di attesa degli interventi oncologici, prevalentemente riferiti al 2023, confermano a loro volta una forte eterogeneità territoriale.

Nel complesso, è in questa componente che emerge con particolare chiarezza come la performance sanitaria non coincida con la sola disponibilità di risorse. Organizzazione dei percorsi, tempestività, appropriatezza e continuità della presa in carico contribuiscono a determinare la capacità del sistema di tradurre le risorse disponibili in migliori risultati per i cittadini.

Indice di Mantenimento dello stato di salute della popolazione																			
Efficacia, efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria																			
Indicatore	**Efficacia delle cure** (Agenas e AIOM)					**Mobilità sanitaria** (saldo tra mobilità passiva e attiva espresso in numeri di ricoveri, Ministero della Salute)				**Appropriatezza delle prescrizioni** (consumo di antibiotici in DDD per 1.000 abitanti die, AIFA)	**Appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri** (AGENAS)				**Ospedalizzazioni** (Istat e Ministero della Salute)			**Liste d'attesa** (tempi d'attesa, Agenas e Ministero della Salute)	
	Mortalità a 30 giorni (%)		Mortalità a 1 anno (%)		Sopravvivenza a 5 anni da cancro (%)	Acuti in regime diurno	Riabilitazione in regime ordinario	Riabilitazione in regime diurno	Lungodegenza		Parti cesarei (%)	Diabete senza complicanze (ricoveri per 1.000 ab.)	Asma (ricoveri per 1.000 ab.)	BPCO (ricoveri per 1.000 ab.)	Occupazione posti letto ospedalieri (tasso %)	Degenza media per case mix (giorni)	Degenza media pre-operatoria (giorni)	Intervento chirurgico per frattura tibia e perone (giorni)	Ricovero oncologico per diversi tipi di tumore* (giorni)
	IMA	Ictus	IMA	Ictus															
Peso dell'indicatore	16,6%					16,6%				16,6%	16,6%				16,6%			16,6%	
Ultimo dato disponibile	*2024*		*2023*		*2018*	*2024*				*2024*	*2024*	*2024*	*2023*	*2023*	*2024*	*2023*	*2023*	*2024*	*2023*
Piemonte	**6,5**	**9,7**	**8,1**	**15,0**	**58,0**	**5.593**	**-2.150**	**116**	**-145**	**12,1**	**16,3**	**0,02**	**0,03**	**1,21**	**75,6**	**6,9**	**1,2**	**2**	**33,7**
Valle d'Aosta	**4,0**	**3,1**	**7,0**	**10,0**	**62,5**	**38**	**224**	**4**	**2**	**11,8**	**33,1**	**0,04**	**0,03**	**1,83**	**87,0**	**8,8**	**2,1**	**5**	**31,2**
Liguria	**5,8**	**9,7**	**8,0**	**11,5**	**56,0**	**-3.082**	**1.676**	**-193**	**42**	**12,2**	**19,5**	**0,05**	**0,04**	**1,56**	**81,3**	**8,0**	**2,0**	**3**	**45,8**
Lombardia	**6,3**	**8,2**	**7,8**	**12,7**	**58,5**	**-19.531**	**-5.530**	**209**	**1.180**	**13,3**	**17,4**	**0,07**	**0,08**	**1,02**	**77,5**	**7,3**	**1,5**	**4**	**30,9**
P.A. Bolzano	**5,9**	**6,4**	**6,9**	**8,7**	**58,0**	**-161**	**196**	**10**	**-18**	**9,9**	**20**	**0,15**	**0,04**	**1,31**	**83,0**	**6,1**	**1,2**	**2**	**13,4**
P.A. Trento	**9,0**	**9,8**	**8,0**	**11,8**	**58,0**	**684**	**-2.408**	**-10**	**-1.158**	**13,7**	**14,6**	**0,07**	**0,03**	**1,39**	**76,8**	**7,2**	**1,4**	**3**	**28,6**
Veneto	**6,2**	**5,4**	**8,3**	**12,1**	**59,5**	**-489**	**-2.397**	**-310**	**804**	**11,4**	**17**	**0,08**	**0,04**	**0,97**	**78,8**	**7,5**	**1,5**	**3,5**	**20,5**
Friuli Venezia Giulia	**5,6**	**9,5**	**6,0**	**11,9**	**57,0**	**-1.402**	**1.152**	**187**	**-8**	**12,0**	**14,4**	**0,06**	**0,05**	**1,38**	**83,1**	**7,5**	**1,5**	**6**	**32,7**
Emilia Romagna	**5,4**	**7,2**	**8,1**	**12,5**	**60,5**	**-11.881**	**-3.452**	**-648**	**-1.605**	**13,0**	**14,1**	**0,11**	**0,05**	**2,05**	**82,3**	**7,0**	**1,4**	**4**	**27,5**
Toscana	**4,6**	**7,5**	**6,8**	**14,5**	**60,5**	**-2.740**	**743**	**19**	**201**	**14,0**	**16,3**	**0,02**	**0,02**	**1,47**	**74,4**	**6,6**	**1,2**	**4,5**	**26,2**
Umbria	**5,7**	**5,3**	**5,7**	**11,0**	**58,5**	**1.844**	**-502**	**24**	**-69**	**18,5**	**22,5**	**0,10**	**0,04**	**1,54**	**82,3**	**7,4**	**1,9**	**5**	**43,5**
Marche	**4,1**	**5,3**	**6,4**	**15,7**	**56,0**	**2.800**	**-129**	**87**	**-14**	**17,6**	**20,0**	**0,02**	**0,02**	**0,89**	**78,7**	**7,2**	**1,4**	**3**	**40,4**
Lazio	**7,5**	**8,0**	**9,4**	**16,9**	**56,0**	**-22.590**	**540**	**-536**	**71**	**17,7**	**24,8**	**0,08**	**0,03**	**1,11**	**80,1**	**7,1**	**1,8**	**4**	**25,3**
Abruzzo	**5,7**	**8,4**	**9,4**	**18,4**	**53,0**	**4.620**	**286**	**124**	**78**	**19,7**	**28,2**	**0,03**	**0,02**	**1,56**	**79,7**	**7,6**	**1,3**	**5**	**45,1**
Molise	**9,1**	**11,2**	**10,5**	**16,5**	**53,0**	**94**	**-34**	**29**	**20**	**18,6**	**21,6**	**0,08**	**0,02**	**0,91**	**71,2**	**7,0**	**2,1**	**3**	**16,1**
Campania	**7,5**	**11,8**	**9,0**	**20,4**	**54,5**	**10.931**	**3.579**	**301**	**137**	**19,2**	**27,4**	**0,03**	**0,03**	**1,00**	**74,4**	**6,5**	**1,9**	**6**	**29,6**
Puglia	**6,0**	**9,3**	**8,0**	**19,8**	**56,5**	**11.456**	**2.604**	**163**	**213**	**18,3**	**22,5**	**0,02**	**0,03**	**1,77**	**72,5**	**6,7**	**1,9**	**5**	**28,3**
Basilicata	**6,7**	**11,2**	**7,7**	**16,9**	**58,5**	**1.510**	**973**	**31**	**-6**	**18,0**	**19,8**	**0,07**	**0,06**	**1,8**	**69,0**	**7,6**	**2,1**	**5**	**26,8**
Calabria	**7,0**	**17,0**	**7,7**	**15,9**	**58,5**	**11.555**	**1.822**	**148**	**104**	**18,0**	**27,3**	**0,05**	**0,03**	**1,04**	**72,1**	**7,1**	**2,0**	**6**	**32,2**
Sicilia	**6,8**	**11,6**	**11,6**	**18,0**	**56,0**	**7.596**	**2.166**	**168**	**129**	**16,5**	**26,4**	**0,03**	**0,02**	**1,13**	**73,7**	**7,3**	**2,0**	**5**	**32,3**
Sardegna	**6,9**	**5,6**	**9,0**	**16,7**	**54,5**	**3.155**	**641**	**77**	**42**	**13,3**	**26,5**	**0,07**	**0,04**	**1,06**	**70,9**	**7,7**	**2,2**	**6**	**40,6**

(*) I tumori considerati sono quelli del polmone, del colon-retto, dell'utero, della mammella e della prostata.

Figura 27. KPI utilizzati per l'analisi dell'area "Efficacia, efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria" dell'indice "Mantenimento dello stato di salute della popolazione"

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2026

La terza area considera le risorse economiche a disposizione dei sistemi sanitari regionali, osservandone sia il livello sia la composizione e la capacità di utilizzarle per prevenzione, innovazione e investimenti. Le risorse rappresentano una condizione necessaria per garantire la risposta ai bisogni di salute, ma il loro ammontare, da solo, non consente di descrivere la performance di un sistema: assumono rilievo anche le modalità con cui vengono allocate e trasformate in capacità assistenziale.

Nel 2024 la spesa sanitaria pubblica è pari mediamente a 2.366 euro pro capite. La P.A. di Bolzano raggiunge 3.105 euro per abitante, mentre il valore più contenuto si registra in Campania, con 2.226 euro. La distanza tra gli estremi è quindi pari a 879 euro per residente, pur dovendo essere interpretata considerando le peculiarità delle autonomie speciali e le differenti caratteristiche dei sistemi regionali.

Sempre nel 2024, la spesa pro capite destinata alla sorveglianza e alla prevenzione delle malattie infettive e croniche è pari a circa 47 euro a livello nazionale, ma oscilla tra i 66 euro circa della Campania e i 28 euro della Liguria. Anche la compartecipazione sostenuta dai cittadini per i farmaci presenta differenze territoriali, con un valore medio nazionale di circa 48 euro pro capite nel 2024.

Per l'accesso alle nuove entità farmaceutiche, l'ultimo dato disponibile è relativo al 2023 e mostra una spesa compresa tra circa 125 e 193 euro pro capite. La capacità di attivare gli investimenti presenta infine una variabilità particolarmente elevata: nell'ultimo dato disponibile, relativo al 2023, la quota delle risorse sottoscritte dalle Regioni nell'ambito dei programmi di investimento varia da meno del 20% del Molise fino al 100% della P.A. di Bolzano.

La lettura di questi indicatori evidenzia quindi l'importanza di affiancare alla quantità delle risorse la loro composizione e la capacità di tradurle in investimenti, prevenzione e innovazione. È proprio il rapporto tra risorse, capacità di risposta e risultati ottenuti a offrire una lettura più completa della performance dei sistemi sanitari regionali.

Indice di Mantenimento dello stato di salute della popolazione							
Risorse economiche							
Indicatore	**Spesa sanitaria pubblica** (euro per cittadino, Ragioneria Generale dello Stato)	**Spesa pubblica in attività di sorveglianza, prevenzione e controllo di malattie** (euro per cittadino, Ragioneria dello Stato)		**Compartecipazione del cittadino alle spese sanitarie** (euro, Corte dei Conti e AIFA)	**Spesa pro capite per nuove entità farmaceutiche** (euro, AIFA)	**Disavanzo sanitario** (euro per cittadino, Ragioneria dello Stato)	**Investimenti in sanità** (% di risorse sottoscritte su risorse destinate, Corte dei Conti)
		Malattie infettive e parassitarie	Malattie croniche				
Peso dell'indicatore	20%	10%		15%	10%	25%	20%
Ultimo dato disponibile	*2024*	*2024*	*2024*	*2024*	*2023*	*2024*	*2023*
Piemonte	**2.375**	**18,4**	**12,5**	**39,0**	**170,2**	**-42**	**62**
Valle d'Aosta	**2.865**	**19,1**	**19,4**	**90,6**	**134,8**	**-395**	**69**
Liguria	**2.500**	**21,4**	**6,2**	**56,2**	**193,0**	**-65**	**63**
Lombardia	**2.364**	**27,5**	**13,5**	**46,4**	**151,6**	**1**	**67**
P.A. Bolzano	**3.105**	**45,5**	**10,3**	**68,9**	**155,2**	**67**	**100**
P.A. Trento	**2.897**	**30,8**	**15,2**	**54,2**	**125,3**	**-304**	**77**
Veneto	**2.395**	**31,3**	**18,2**	**61,3**	**150,3**	**1**	**77**
Friuli Venezia Giulia	**2.702**	**33,8**	**11,8**	**48,6**	**188,6**	**2**	**61**
Emilia Romagna	**2.551**	**36,3**	**22,5**	**55,0**	**173,4**	**-44**	**64**
Toscana	**2.423**	**19,5**	**22,2**	**48,4**	**175,9**	**-73**	**72**
Umbria	**2.408**	**24,2**	**18,3**	**54,6**	**181,9**	**-40**	**43**
Marche	**2.254**	**22,4**	**8,5**	**44,6**	**183,6**	**0**	**56**
Lazio	**2.227**	**42,4**	**7,1**	**42,1**	**153,4**	**21**	**47**
Abruzzo	**2.293**	**37,8**	**7,7**	**53,2**	**182,7**	**-82**	**80**
Molise	**2.536**	**36,9**	**17,5**	**53,8**	**191,6**	**-99**	**16**
Campania	**2.226**	**24,3**	**41,2**	**47,7**	**173,5**	**3**	**67**
Puglia	**2.287**	**30,0**	**16,0**	**44,3**	**168,7**	**-34**	**68**
Basilicata	**2.249**	**21,4**	**6,7**	**44,2**	**165,5**	**-69**	**59**
Calabria	**2.229**	**29,8**	**9,1**	**45,6**	**153,3**	**-27**	**33**
Sicilia	**2.237**	**30,4**	**21,2**	**40,7**	**147,7**	**0**	**55**
Sardegna	**2.596**	**43,1**	**10,4**	**34,0**	**165,1**	**-233**	**38**

Figura 28. KPI utilizzati per l'analisi dell'area "Risorse economiche" dell'indice "Mantenimento dello stato di salute della popolazione"

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2026

Considerando congiuntamente le tre componenti, emergono profili regionali differenziati nella capacità di mantenere e migliorare gli esiti di salute. Emilia Romagna e Toscana registrano rispettivamente 7,2 e 6,9 punti, seguite dalla P.A. di Bolzano e dal Veneto con 6,7 e da Piemonte con 6,6.

Più del posizionamento dei singoli territori, è la lettura congiunta delle tre dimensioni a fornire l'indicazione più significativa. Le differenze territoriali risultano più contenute sul fronte delle risorse economiche, mentre diventano più evidenti nella capacità di risposta ai bisogni e nell'efficacia, efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria.

La disponibilità di risorse costituisce dunque una condizione fondamentale, ma non sufficiente a spiegare le differenze di performance. A incidere è anche la capacità dei sistemi regionali di organizzare servizi e percorsi, garantire prevenzione e tempestività, disporre del capitale umano necessario e tradurre le risorse disponibili in risposte appropriate ai bisogni della popolazione.

È in questo passaggio dalle risorse agli esiti che si concentra una delle principali sfide per il SSN: non soltanto garantire risorse adeguate rispetto a bisogni di salute crescenti e sempre più complessi, ma rafforzare la capacità di utilizzarle efficacemente, riducendo le differenze territoriali nell'accesso, nella qualità e negli esiti dell'assistenza.

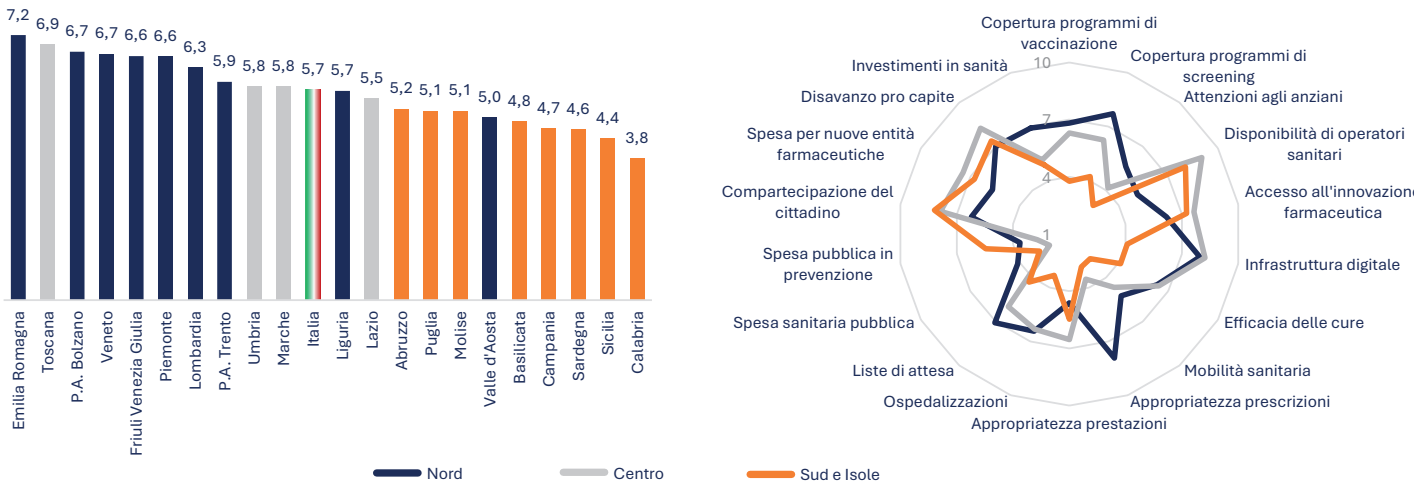


Figura 29. A sinistra: Risultati dell'Indice "Mantenimento dello stato di salute della popolazione" (punteggio 1 = minimo, 10 = massimo), 2026.
A destra: Posizionamento delle aree geografiche italiane nelle sotto-aree dell'indice "Mantenimento dello stato di salute", 2026

Fonte: TEHA Group su fonti varie, 2026

La lettura congiunta dei tre indici restituisce una geografia della salute fortemente differenziata, nella quale determinanti, capacità del sistema sanitario ed esiti si combinano in modo diverso nei territori. Nessuna Regione del Mezzogiorno si colloca al di sopra della media nazionale in alcuno dei tre indici, evidenziando una concentrazione di condizioni di maggiore fragilità su più dimensioni.

Allo stesso tempo, la relazione tra determinanti, capacità di mantenimento dello stato di salute ed esiti di salute non è lineare né uniforme: territori caratterizzati da condizioni di contesto simili possono presentare una diversa capacità di risposta, così come condizioni relativamente favorevoli in una dimensione non si traducono necessariamente in risultati altrettanto favorevoli nelle altre.

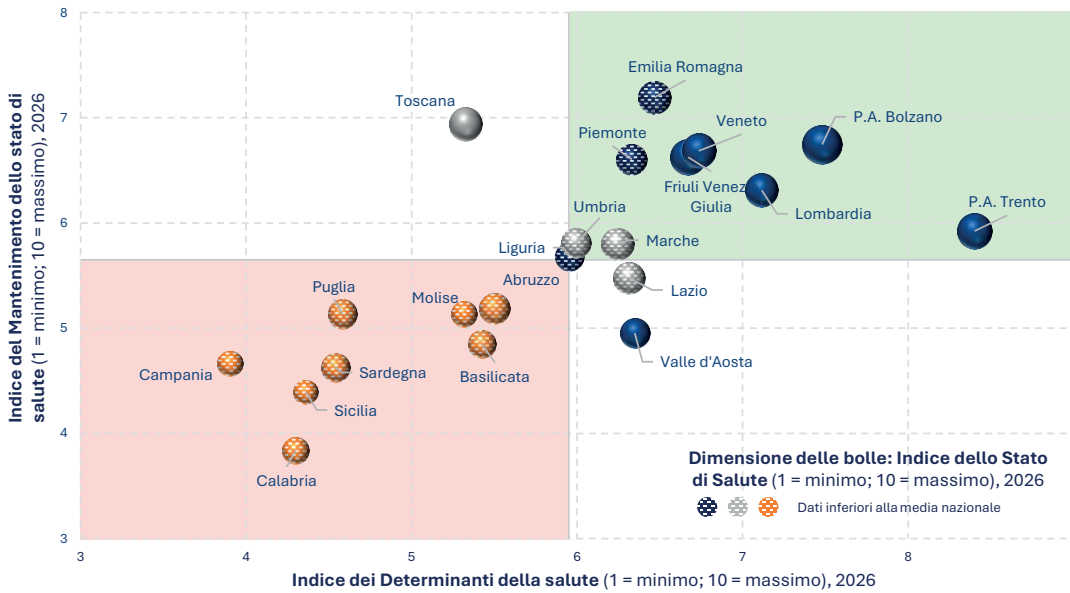


Figura 30. Matrice di posizionamento nel Meridiano Sanità Regional Index, 2026

Fonte: TEHA Group, 2026

La persistenza di divari che interessano contemporaneamente più dimensioni richiama, in particolare per il Mezzogiorno, la necessità di disporre di risorse adeguate a colmare i gap esistenti e, al tempo stesso, di rafforzare la capacità di tradurle in interventi e servizi in grado di rispondere ai bisogni specifici dei territori. La riduzione delle disuguaglianze territoriali richiede quindi di tenere insieme adeguatezza delle risorse e capacità di utilizzarle efficacemente, evitando di considerare le due dimensioni separatamente.

Il valore dell'Indice risiede proprio nella possibilità di rendere visibili queste differenze e di offrire una base conoscitiva per orientare le politiche verso una maggiore equità territoriale nella tutela della salute.

BIBLIOGRAFIA

Adams R., Henry K.E., Sridharan A. et al. (2022), "Prospective, multi-site study of patient outcomes after implementation of the TREWS machine learning-based early warning system for sepsis". Nat Med.

AGENAS (2025), "Documento analitico sul modello orientativo di erogazione della Teleassistenza".

AGENAS (2025), "Il personale del Servizio Sanitario Nazionale".

AGENAS (2025), "Linee di Indirizzo sulla realizzazione e il funzionamento dei Centri Servizi per la Telemedicina".

AGENAS (2025), "Mobilità Sanitaria. Terzo rapporto, edizione 2025".

AGENAS (2025), "Modello di valutazione multidimensionale della performance manageriale nelle aziende ospedaliere e territoriali pubbliche".

AGENAS (2025), "Programma Nazionale Esiti 2025 – Report su dati 2024".

AGENAS (2026), "Bollettino Liste d'attesa – Numero 1".

AGENAS (2026), "Documento analitico sul modello orientativo di erogazione della Televisita".

AGENAS (2026), "Documento analitico sul modello orientativo di erogazione di Telemonitoraggio e Telecontrollo".

AGENAS (2026), "Glossario Nazionale di Telemedicina – Definizioni e termini chiave per i servizi e le componenti della Telemedicina".

AGENAS (2026), "Linee di indirizzo sull'integrazione ospedale–territorio in oncologia".

AGENAS (2026), "Linee di indirizzo sulle équipe multiprofessionali e multidisciplinari nelle Case della Comunità".

AGENAS (2026), "Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio DM 77/2022. II Semestre 2025".

Agenzia per l'Italia Digitale (2024), "Strategia Italiana per l'Intelligenza Artificiale 2024-2026".

AIFA (2023), "Rapporto sulle tempistiche delle procedure di prezzo e rimborso dei farmaci nel periodo 2018–2022".

AIFA (2025), "Horizon Scanning – Scenario dei medicinali in arrivo – Anno 2025".

AIFA (2026), "Carenze di medicinali. Cause, dimensioni del fenomeno e strategie per garantire la continuità delle cure. Le carenze di medicinali nell'era delle crisi globali".

AIFA (2026), "Intelligenza Artificiale e Salute. Come l'IA sta rivoluzionando la ricerca farmaceutica, la medicina di precisione e il futuro della salute globale".

AIFA (2026), "L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale. Anno 2025".

AIFA (2026), "La Sperimentazione Clinica dei Medicinali in Italia. 22° Rapporto Nazionale. Anno 2025".

AIFA (2026), "Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio–Marzo 2026".

AIFA (2026), "Tempistiche delle procedure di prezzo e rimborso dei farmaci, aprile 2024–dicembre 2025".

AIOM (2025), "I numeri del cancro in Italia 2025".

Akyol P., Nolan M. (2025), "Effects of informal caring on labour market outcomes of carers: Evidence from HILDA". J Health Econ.

Alzheimer Europe (2026), "The Prevalence of Dementia in Europe 2025".

Ambrosi E., Mezzalira E., Canzan F. et al. (2025), "Effectiveness of Digital Health interventions for chronic conditions management in European primary care settings: Systematic review and meta-analysis". Int J Med Inform.

Ardito V., Cappellaro G., Compagni A., Petracca F., Preti L.M. (2025), "Adoption of artificial intelligence applications in clinical practice: insights from a survey of healthcare organizations in Lombardy, Italy". Digit Health.

Ariznavarreta A. et al. (2025), "Relationship Between Cost-Effectiveness Threshold and Drug Reimbursement in Spain, Italy and France". Value Health.

Autorità Nazionale Anticorruzione (2026), "Domanda del SSN di servizi di fornitura di personale medico e infermieristico (cc.dd. «Gettonisti») nel contesto giuridico del Decreto-legge n. 34/2023 e del Decreto del Ministero della Salute 17 giugno 2024".

Baglivo F., Diedenhofen G., De Angelis L. et al. (2025), "Why tomorrow's public health needs to be digital: artificial intelligence and automation for a sustainable Italian National Health Service". Recenti Prog Med.

Baglivo F., Ferro D., Diedenhofen G. (2025), "Intelligenza artificiale per la medicina italiana: navigare tra innovazione, sviluppo e pratica clinica". Recenti Prog Med.

Banca Centrale Europea (2026), "Global implications of export controls on rare earths: a model-based assessment".

Banca Mondiale (2022), "Change Cannot Wait: Building Resilient Health Systems in the Shadow of COVID-19".

Barwick P.J. et al. (2026), "From Free Rider to Innovator: The Rise of China's Drug Development". NBER Working Paper.

Basch E., Deal A.M., Dueck A.C. et al. (2017), "Overall Survival Results of a Trial Assessing Patient-Reported Outcomes for Symptom Monitoring During Routine Cancer Treatment". JAMA.

Bordignon M., Turati G., Milani E., Bianco D. (2024), "Spending for preventive healthcare and EU fiscal rules: Is there more room after the SGP reform?".

Brenna E. (2021), "Should I care for my mum or for my kid? Sandwich generation and depression burden in Italy". Health Policy.

Cascella M., Pane C., Di Pumpo M. et al. (2026), "Digital Health technologies in medicine: evidence, artificial intelligence integration, and ethical challenges". Infect Agent Cancer.

Cascini F. (2025), "Secondary Use of Electronic Health Data Public Health Perspectives, Use Cases and Challenges. SpringerBriefs in Public Health. Springer, Cham.

Cascini F., Pantovic A., Al-Ajlouni Y.A., Puleo V., De Maio L., Ricciardi W. (2024), "Health data sharing attitudes towards primary and secondary use of data: a systematic review". eClinicalMedicine.

Causio F.A., Gandolfi S., Kaur J. et al. (2025), "Impact of Digital Health Interventions on Health Literacy: A Systematic Review with Quality Appraisal". medRxiv, preprint.

Causio F.A., Golinelli D., Diedenhofen G. et al. (2025), "Fragmented but evolving: a response to the editorial 'the Italian health data system is broken'". Lancet Reg Health Eur.

Cecchi R., Calabrò F., Camatti J. et al. (2026), "Artificial intelligence in healthcare: Proposal for a new medico-legal methodology in medical liability". Leg Med (Tokyo).

CEIS-EEHTA (2019), "L'impatto delle Fake News in ambito sanitario".

Cherif E., Bezaz N., Mzoughi M. (2021), "Do personal health concerns and trust in healthcare providers mitigate privacy concerns? Effects on patients' intention to share personal health data on electronic health records". Soc Sci Med.

Chinta S.V., Wang Z., Palikhe A. et al. (2025), "AI-driven healthcare: A review on ensuring fairness and mitigating bias". PLOS Digit Health.

Chowdhury S. et al. (2025), "A cost-benefit analysis of adult immunization programs across ten countries". Hum Vaccin Immunother.

CIRS (2025), "Class 1 Innovative Medicines Approved in China (2022–2024): An International Comparison".

Citeline (2026), "Pharma R&D Annual Review 2026".

Civieri G. et al. (2024), "Anxiety and Depression Increase Cardiovascular Disease Risk by Accelerating the Development of Risk Factors: Effects of Age and Sex". JACC.

CNEL (2026), "Relazione sui servizi pubblici 2026".

Cofini V. et al. (2026), "Medical clinical minds meet artificial intelligence: Italian physicians' knowledge, attitudes, and concordance between Italian physicians and AI-generated diagnoses. A national cross-sectional study". Front Digit Health.

Commissione Europea (1997), "The State of Women's Health in the European Community".

Commissione Europea (2021), "Piano d'azione sul pilastro europeo dei diritti sociali".

Commissione Europea (2023), "European Economic Security Strategy".

Commissione Europea (2023), "Study on the critical raw materials for the EU – 2023".

Commissione Europea (2024), "The Future of European Competitiveness (Draghi Report)".

Commissione Europea (2025), "A Strategy for European Life Sciences – Call for Evidence".

Commissione Europea (2025), "Choose Europe for life sciences: A strategy to position the EU as the world's most attractive place for life sciences by 2030".

Commissione Europea (2025), "Communication on an EU cardiovascular health plan: the Safe Hearts Plan".

Commissione Europea (2025), "Education and Training Monitor 2025, Country Report: Italy".

Commissione Europea (2025), "European Health Data Space Regulation, EHDS".

Commissione Europea (2025), "Proposal for a Regulation Establishing a Framework of Measures for Strengthening Union's Biotechnology and Biomanufacturing Sectors (European Biotech Act)".

Commissione Europea (2025), "Proposal for a Regulation laying down a framework for strengthening the availability and security of supply of critical medicinal products (Critical Medicines Act)".

Commissione Europea (2026), "2026 Digital Decade eHealth Indicator Study".

Commissione Europea (2026), "Report on Public Finances in EMU 2026".

Commissione Europea, (2026), "The Impact of Ageing on the Fiscal Sustainability of EU Health Care Systems: Projections and Policy Responses".

Confindustria Dispositivi Medici (2025), "Piano cardiovascolare per l'Italia – Una proposta per lo sviluppo, a supporto del paziente".

Consiglio Nazionale Giovani (2025), "Indice Well-Fare | Terzo rapporto: Benessere e stato di salute dei giovani".

Conti G. et al. (2026), "The Menopause Penalty". National Bureau of Economic Research.

Corte dei conti (2025), "Relazione al Parlamento sulla gestione dei Servizi Sanitari Regionali. Esercizi 2023-2024".

Corte dei conti (2026), "Audizione della Corte dei conti sul Documento Programmatico di Finanza Pubblica (DPFP) 2026".

Corte dei conti (2026), "L'attuazione delle misure finalizzate a ridurre le liste d'attesa".

Corte dei conti (2026), "Relazione sul rendiconto generale dello Stato 2025 – Sintesi".

Corte dei conti (2026), "Relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)".

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

Critical Medicines Alliance (2025), "Strategic Report of the Critical Medicines Alliance".

D'Ambrosio F. et al. (2020), "Clinical trials and drug cost savings for Italian health service". BMC Health Serv Res.

D'Errico M. et al. (2024), "Advancing early access policies for innovative cancer drugs: a scoping review and explorative analysis in the Italian setting". J Pharm Policy Pract.

Dal Canto B. et al. (2026), "The AIFA reform and evaluation timelines for new drugs: the impact of the Scientific and Economic Commission". Glob Reg Health Technol Assess.

Daponde-Codina A. et al. (2022), "Gender and Social Inequalities in Awareness of Coronary Artery Disease in European Countries". Int J Environ Res Public Health.

Davis C. et al. (2017), "Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life of cancer drugs approved by European Medicines Agency: retrospective cohort study of drug approvals 2009–13". BMJ.

De Angelis L., Baglivo F., Arzilli G. et al. (2023), "Hospital-acquired infections surveillance and prevention: using Natural Language Processing to analyze unstructured text of hospital discharge letters for surgical site infections identification and risk-stratification". Intell Based Med.

De Angelis L., Sacchi F.A., Pappalardo C. et al. (2026), "The Need for Regulatory Certainty on Medical AI: Lessons from the OpenEvidence Geoblocking in the EU and UK Over the EU AI Act". Lancet Reg Health Eur.

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.

DEP Lazio - Centro di Competenza Nazionale Dipartimento della Protezione Civile (2026), "Risultati dei sistemi di allarme (HHWWS), del sistema di sorveglianza mortalità giornaliera (SISMG) e degli Accessi in pronto soccorso (PS)".

Dhagarra D., Goswami M., Kumar G. (2020), "Impact of Trust and Privacy Concerns on Technology Acceptance in Healthcare: An Indian Perspective". Int J Med Inform.

Di Fazio N., Zanza C., Longhitano Y. et al. (2026), "Artificial intelligence for early diagnosis in emergency department". J Anesth Analg Crit Care.

Di Valerio Z., La Fauci G., Scognamiglio F. et al. (2024), "Pneumococcal vaccine uptake among high-risk adults and children in Italy: results from the OBVIOUS project survey". BMC Public Health.

ECDC (2026), "Multi-model assessment of the impact of newborn RSV immunisation on hospitalisation burden in the EU/EEA".

ECDC (2026), "Survey report on national seasonal influenza vaccination recommendations and coverage rates in EU/EEA countries".

Edelman (2024), "2024 Edelman Trust Barometer. Special Report: Trust and Health".

EEA (2025), "Harm to human health from air pollution in Europe: burden of disease status, 2025".

EEA (2026), "Air quality status in Europe 2026".

EFPIA (2026), "Patients W.A.I.T. Indicator 2025 Survey".

EFPIA (2026), "The economic impact of industry clinical trials across Europe".

EFPIA (2026), "The Pharmaceutical Industry in Figures".

EFPIA e Vaccines Europe (2025), "EU Cardiovascular Health Plan – EFPIA & Vaccines Europe position paper".

Ehsan A., Klaas H.S., Bastianen A., Spini D. (2019), "Social capital and health: A systematic review of systematic reviews". SSM Popul Health.

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

EIT Health (2020), "Transforming healthcare with AI. The impact on the workforce and organisations".

El Arab R.A., Al Moosa O.A. (2025), "Systematic review of cost effectiveness and budget impact of artificial intelligence in healthcare". NPJ Digit Med.

EMA - FDA (2026), "Guiding principles of good AI practice in drug development".

EMA (2025), "New targets for clinical trials in Europe".

EMA (2026), "Annual Report 2025".

EMA, Commissione Europea e Heads of Medicines Agencies (2026), "Accelerating Clinical Trials in the EU, ACT EU".

European Alliance for Cardiovascular Health (2025), "A European Cardiovascular Health Plan: The Roadmap".

European Heart Network (2021), "Early detection and cardiovascular disease".

European Parliament Research Service (2025), "Critical Medicines Act".

European Parliament Research Service (2025), "Gender gap in health and healthcare: Implications for women".

European Parliament Research Service (2026), "European Biotech Act".

European Society of Cardiology (2026) "Recommendations for EU-wide cardiometabolic health checks". ESC Newsroom.

Eurostat (2025), "When do young people in the EU leave home?".

Farmindustria (2026), "Indicatori Farmaceutici".

Federfarma (2026), "La farmacia italiana 2026".

Florimbii F. (2026), "Fiducia. Credere nell'altro per abitare il futuro".

Fondazione Onda ETS (2025), "Ventennale Fondazione Onda ETS – Ricerca donne e salute: come è cambiato il rapporto delle donne con la salute negli ultimi 20 anni".

Fund Evaluation Group (2016), "Evaluating Options for Enhanced Risk-Adjusted Returns".

Garmany A., Terzic A. (2024), "Global Healthspan-Lifespan Gaps Among 183 World Health Organization Member States". JAMA Netw Open.

Garzón-Dangond J.M. et al. (2025), "Challenges and Opportunities for Cancer Clinical Trials Development in Latin America". JCO Glob Oncol.

Gasperoni L. et al. (2023), "The role of clinical trials in the sustainability of the Italian national health service: cancer drug expenditure". Eur J Hosp Pharm.

General Office of the State Council of the People's Republic of China (2024), "Opinions on Comprehensively Deepening the Reform of Regulation of Drugs and Medical Devices to Promote the High-Quality Development of the Pharmaceutical Industry".

Gesualdo F., Casigliani V., Arzilli G. et al. (2025), "Social media insights on the introduction of RSV immunoprophylaxis in Italy". Hum Vaccin Immunother.

Gesualdo F., Stilo G., Agricola E. et al. (2013), "Influenza-Like Illness Surveillance on Twitter through Automated Learning of Naïve Language". PLoS One.

Gorga A., Barbati C., Airapetian M. et al. (2026), "Mapping digital public health training: are we preparing the European workforce?". Front Public Health.

Grassano N., Napolitano L., M`barek R., Rodriguez Cerezo E., Lasarte Lopez J., "Exploring the global landscape of biotech Innovation: preliminary insights from patent analysis". Publications Office of the European Union.

Gray J.V. et al. (2015), "Colocation Still Matters: Conformance Quality and the Interdependence of R&D and Manufacturing in the Pharmaceutical Industry". Manage Sci.

Grössmann N. et al. (2021), "Twelve years of European cancer drug approval: a systematic investigation of the magnitude of clinical benefit". ESMO Open.

Han R., Acosta J.N., Shakeri Z. et al. (2024), "Randomised controlled trials evaluating artificial intelligence in clinical practice: a scoping review". Lancet Digit Health.

Hargittai E., Piper A.M., Morris M.R. (2019), "From internet access to internet skills: digital inequality among older adults". Univers Access Inf Soc.

Hausman N. (2022), "University Innovation and Local Economic Growth". Rev Econ Stat.

Haute Autorité de Santé (2025), "Accès précoce des médicaments: un bilan positif après deux ans de mise en place du dispositif".

Heads of Medicines Agencies, Clinical Trials Coordination Group e MedEthics EU (2026), "FAST-EU: External Guidance for Sponsors".

Hernström V. et al. (2025), "Screening performance and characteristics of breast cancer detected in the Mammography Screening with Artificial Intelligence trial (MASAI): a randomised, controlled, parallel-group, non-inferiority, single-blinded, screening accuracy study". Lancet.

Hèrraiz-Gil S. et al. (2025), "Artificial Intelligence-Based Methods for Drug Repurposing and Development in Cancer". Appl Sci.

Hill N.R., Sandler B., Mokgokong R. et al. (2020), "Cost-effectiveness of targeted screening for the identification of patients with atrial fibrillation: evaluation of a machine learning risk prediction algorithm". J Med Econ.

Horgan D., Hajduch M., Vrana M. et al. (2022), "European Health Data Space—An Opportunity Now to Grasp the Future of Data-Driven Healthcare". Healthcare.

Huang M. et al. (2016), "A Trial-Based EuroQol EQ-5D Health Utility Analysis in Patients with Previously Treated Advanced NSCLC". Value Health.

Huhulea E.N. (2025), "Artificial Intelligence Advancements in Oncology: A Review of Current Trends and Future Directions". Biomedicines.

Hutson M. (2024), "How AI is being used to accelerate clinical trials". Nature.

Hwang Y.M., Rice B.T., Hernandez-Boussard T. (2026), "The Inverse Care Law in the Age of AI. Geographic Disparities in Health Care Technology Access". NEJM AI.

Iaccarino K., Ongaro F., Di Palma L. et al. (2026), "AI for Primary Prevention and Longevity: From Reactive to Proactive Healthcare Model". Appl Sci.

Ipsos (2024), "The gender health gap: its impact on working women in Canada". Sun Life.

Ipsos (2026), "Safer Internet Day 2026: un adolescente su tre usa chatbot di Intelligenza Artificiale".

ISS (2023), "Global Youth Tobacco Survey (GYTS) – Italia, 2022".

ISS (2026), "Giornata mondiale Parkinson: in Italia 300mila pazienti, al via una survey sui bisogni e l'aggiornamento delle linee guida".

ISS (2026), "Il Programma triennale Salute, ambiente, biodiversità e clima: tra cambiamento e prospettive future".

ISTAT (2026), "I professionisti sanitari attivi. Anni 2021–2023".

ISTAT (2026), "Rapporto annuale 2026 – La situazione del Paese".

ISTAT (2026), "Rapporto SDGs. Informazioni statistiche per l'agenda 2030 in Italia".

ISTAT (2026), "Rapporto sul benessere equo e sostenibile in Italia".

Italian Federation of Cardiology (2024), "Piano Strategico Nazionale per la salute cardiovascolare 2024/2027", con il sostegno della Società Europea di Cardiologia.

Jacobson R.D. (2025), "The AI drug revolution needs a revolution". NPJ Drug Discov.

Jamison D.T., Summers L.H. et al. (2013), "Global health 2035: a world converging within a generation". Lancet.

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 Discov Today.

Jommi C. et al. (2024), "Impatto economico di 14 programmi di uso compassionevole dei farmaci in Italia, nella prospettiva del Servizio Sanitario Nazionale". Glob Reg Health Technol Assess.

Khogali A., Badri E. (2026), "War economies and collapsing health systems". Lancet.

Kolympiris C. et al. (2014), "Public funds and local biotechnology firm creation". Res Policy.

Kouri A., Yamada J., Lam Shin Cheung J. et al. (2022), "Do providers use computerized clinical decision support systems? A systematic review and meta-regression of clinical decision support uptake". Implement Sci.

Kurek A., Inman E. et al. (2024), "The 'Inboxologist' – A Novel Approach to In-Basket Management in Primary Care". NEJM Catal Innov Care Deliv.

Lancet Reg Health Eur (2025), "The Italian health data system is broken". Editorial.

Letta E. (2024), "Much More Than a Market".

Lichtenberg F.R. (2013), "The effect of pharmaceutical innovation on longevity: patient level evidence from the 1996–2002 medical expenditure panel survey and linked mortality public-use files". Forum Health Econ Policy.

Lichtenberg F.R. (2022), "The effect of pharmaceutical innovation on longevity: evidence from the US and 26 high-income countries". Econ Hum Biol.

Lillo A. et al. (2024), "The Cardiovascular Risk Awareness and Health Lifestyle of Italian Women". J Clin Med.

Lin S.Y., Mahoney M.R., Sinsky C.A. (2019), "Ten Ways Artificial Intelligence Will Transform Primary Care". J Gen Intern Med.

Livingston G. et al. (2024), "Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission". Lancet.

Longhini J., Pedrotti D., Foladori F. et al. (2026), "Effectiveness of Digital Health Interventions to Improve Self-Care in Patients with Chronic Diseases: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials". J Med Internet Res.

Lorusso S., Battilomo S., Boldrini R., Latella G.P. (2025), "Italian health data system: current data interconnection and digital health ecosystem evolution". Lancet Reg Health Eur.

Lukac P.J., Turner W., Vangala S. et al. (2025), "Ambient AI Scribes in Clinical Practice: A Randomized Trial". NEJM AI.

Masters R. et al. (2017), "Return on investment of public health interventions: a systematic review". J Epidemiol Community Health.

Matranga G., Lisi L., Navarra P., Spila Alegiani S. (2026), "Epidemiologia della vaccinazione pediatrica: uso, sicurezza e costi dei vaccini in Italia, 2019–2023". Ben.

Mattila M. (2020), "Does poor health mobilize people into action? Health, political trust, and participation". Eur Political Sci Rev.

MedTech Europe (2024), "Cardiovascular Health for All – A Call to Action 2024–2029".

MedTech Europe (2025), "Facts & Figures 2025. The European Medical Technology Industry in figures".

MedTech Europe (2026), "MDR/IVDR Revision: A regulatory system at a crossroads. Position & Proposed Amendments".

MedTech Europe (2026), "MedTech Europe IVDR & MDR Survey Results 2024".

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2025), "Il monitoraggio della spesa sanitaria - Rapporto n. 12".

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2026), "Documento Programmatico di Bilancio 2027".

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2026), "Documento Programmatico di Finanza Pubblica (DPFP)".

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2026), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Rapporto n.27".

Ministero dell'Istruzione e del Merito (2026), "L'Educazione Civica. Un percorso per formare cittadini responsabili".

Ministero della Salute (2023), "Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023–2025".

Ministero della Salute (2023), "Piano Oncologico Nazionale 2023–2027".

Ministero della Salute (2024), "Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2023".

Ministero della Salute (2025), "Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) 2025–2030".

Ministero della Salute (2025), "Piano nazionale della cronicità".

Ministero della Salute (2025), "Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n.125 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati".

Ministero della Salute (2026), "Atto di indirizzo per l'anno 2026".

Ministero della Salute (2026), "Linee di indirizzo prevenzione ondate di calore e inquinamento atmosferico – aggiornamento 2026".

Ministero della Salute (2026), "Monitoraggio dei LEA attraverso gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia – anno 2024. Sintesi".

Ministero della Salute (2026), "Piano Nazionale della Prevenzione 2026–2031".

Ministero della Salute (2026), "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2026 –2028".

Ministero della Salute (2026), "Piano pandemico 2025–2029".

Ministero della Salute (2026), "Programma nazionale della ricerca sanitaria 2026–2028".

Ministero della Salute (2026), "Rapporto Salute Mentale. Anno 2024".

Ministero delle Imprese e del Made in Italy (2025), "Made in Italy 2030. Per una nuova strategia industriale".

Mori Y., Kudo S.E., East J.E. et al. (2020), "Cost savings in colonoscopy with artificial intelligence-aided polyp diagnosis: an add-on analysis of a clinical trial". Gastrointest Endosc.

OCSE (2018), "Pharmaceutical Innovation and Access to Medicines".

OCSE (2022), "Risks that Matter Survey".

OCSE (2023), "Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience".

OCSE (2023), "The Impact of R&D Tax Incentives: Results from the OECD microBeRD+ Project".

OCSE (2024), "Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on cancer prevention and early detection".

OCSE (2024), "Collective action for responsible AI in health". Artificial Intelligence Papers.

OCSE (2024), "Fiscal Sustainability of Health Systems: How to Finance More Resilient Health Systems When Money Is Tight?".

OCSE (2024), "Indagine sulle Competenze degli Adulti 2023: Italia".

OCSE (2025), "Health at a Glance 2025".

OCSE (2025), "Promoting good mental health in children and young adults: Best practices in public health".

OCSE (2026), "Determining public interest in the secondary use of health data".

OCSE (2026), "Proceeding report from Madrid conference on the responsible scale of AI in healthcare: Scaling fast while doing no harm".

OCSE (2026), "Progress in Implementing the European Union Coordinated Plan on Artificial Intelligence (Volume 2): Uptake in High-Impact Sectors".

OCSE (2026), "Scaling Artificial Intelligence in Health".

OCSE (2026), "The benefits of addressing non-communicable diseases in the EU: Healthier lives, stronger societies".

OCSE (2026), "The Health and Economic Benefits of Tackling Non-Communicable Diseases: Italy".

OCSE, European Observatory on Health Systems and Policies e Commissione Europea (2026), "Italy: Country Health Profile 2025".

Ohlsson C. et al. (2026), "Change in Weight Status From Childhood to Young Adulthood and Risk of Adult Coronary Heart Disease". JAMA Pediatr.

OMM (2026), "WMO Greenhouse Gas Bulletin – No. 22".

OMS (2020), "Healthy ageing and functional ability".

OMS (2020), "Immunization Agenda 2030: A Global Strategy to Leave No One Behind".

OMS (2021), "Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond".

OMS (2023), "Regulatory considerations on artificial intelligence for health".

OMS (2024), "A brief review of results from round 6 of COSI (2022–2024)".

OMS (2024), "Estimating the impact of vaccines in reducing antimicrobial resistance and antibiotic use: technical report".

OMS (2025), "Analysis of antibacterial agents in clinical and preclinical development: overview and analysis 2025".

OMS (2025), "The impact of chemicals, waste and pollution on human health".

OMS (2025), "World report on social determinants of health equity".

OMS (2026), "Draft updated global action plan on antimicrobial resistance 2026–2036".

OMS (2026), "National health workforce accounts: health workforce levels and trends 2026".

OMS (2026), "World health statistics 2026 – Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals".

OMS/Europa (2026), "Artificial intelligence is reshaping health systems: state of readiness across the European Union".

OMS/Europa (2026), "Equity across the regulation, implementation and evaluation of Digital Health. Scoping review".

OMS/Europa (2026), "Health and the Economy: The Impact of Health on Productivity and Economic Growth".

OMS/Europa (2026), "Heat–health action plans: guidance, second edition".

OMS/Europa (2026), "More than a mother: a deep dive into women's health and mortality".

ONU (2024), "Political Declaration of the High-level Meeting on Antimicrobial Resistance".

Osservatorio Nazionale Screening (2026), "La diffusione degli screening oncologici in Italia nel 2025".

Ostrovsky D., Haran U., Novack V. (2026), "From technology adoption to noise reduction: Behavioral and psychological dimensions of clinical artificial intelligence deployment". Eur J Intern Med.

Pascarella G. et al. (2019), "Costs of clinical trials with anticancer biological agents in an Oncologic Italian Cancer Center using the activity-based costing methodology". PLoS One.

Patten T., Preble E.A., Master H. et al. (2026), "The All of Us Research Program's wearables dataset". Nat Med.

Patzig N. et al. (2025), "The scale-up problem: An empirical analysis of relocation indicators".

Petruzzelli D., Vignetti M., Trasarti S. et al. (2024), "Exploring the administrative burden faced by hematologists: a comprehensive study in Italy". Glob Reg Health Technol Assess.

PhRMA (2025), "Annual Membership Survey".

Popoli P. et al. (2024), "Accesso precoce ai farmaci: una proposta di riforma per il Servizio Sanitario Nazionale". Glob Reg Health Technol Assess.

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Il Ministro per gli affari europei, il PNRR e le politiche di coesione (2026), "Ottava relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza".

Presidenza del Consiglio dei Ministri (2021), "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza".

Presidenza del Consiglio dei Ministri (2026), "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2027 e bilancio pluriennale per il triennio 2027–2029". Disegno di legge approvato dal Consiglio dei ministri il 28 ottobre 2026.

Progetto Osservatorio Regional Access, ORA (2026), "Libro bianco Progetto Osservatorio Regional Access, ORA, 2026".

Punzo O., Reno C. et al. (2026), "Towards an environmentally sustainable and resilient healthcare system: a roadmap for Italy". Front Public Health.

Qiu R., Feng H., Li X., Zhou H. (2026), "Effectiveness and Implementation of Digital Health Interventions on Physiological, Psychological, and Functional Outcomes in Adults With Multimorbidity: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials". J Med Internet Res.

Raspolini G.M. et al. (2026), "Italian Medicines Agency's reform and time until pricing and reimbursement decisions: a time-to-event analysis". Glob Reg Health Technol Assess.

Regione del Veneto (2026), "Charta di Padova sulla Salute d'Insieme (In Universum Salus). Una nuova strategia per un approccio integrato tra i settori sanitari, sociali ed economici. Principi informatori". Deliberazione della Giunta regionale n. 75 del 25 febbraio 2026.

Reis Z.S.N., Pagano A.S., de Oliveira I.J.R. et al. (2024), "Evaluating Large Language Model-Supported Instructions for Medication Use: First Steps Toward a Comprehensive Model". Mayo Clin Proc Digit Health.

Rete della protezione e dell'inclusione sociale (2026), "Piano nazionale per la non autosufficienza 2025–2027".

Romanello M., Walawender M., Israelsson J. et al. (2026), "The 2026 report of the Lancet Countdown on health and climate change: a decade of escalating health harms and a decisive moment for all". Lancet.

Russo P. et al. (2023), "Role of Economic Evaluations on Pricing of Medicines Reimbursed by the Italian National Health Service". PharmacoEconomics.

Sablone S., Bellino M., Cardinale A.N. et al. (2024), "Artificial intelligence in healthcare: an Italian perspective on ethical and medico-legal implications". Front Med.

Salathé M. (2018), "Digital epidemiology: what is it, and where is it going?". Life Sci Soc Policy.

Salussolia A., Capodici A., Scognamiglio F. et al. (2024), "Herpes zoster (HZ) vaccine coverage and confidence in Italy: a Nationwide cross-sectional study, the OBVIOUS project". BMC Infect Dis.

Shanghai Municipal People's Government (2024), "Guidelines on Supporting the Innovation-Driven Development of the Biopharmaceutical Industry Along the Whole Chain".

SIIAM – Società Italiana di Intelligenza Artificiale in Medicina (2026), "Verso una Strategia Nazionale per l'Intelligenza Artificiale in Medicina".

SIMMESN (2025), "Rapporto tecnico sui programmi di screening neonatale in Italia".

Stella F. et al. (2026), "Valutazione dell'impatto delle sperimentazioni cliniche in oncologia sulla sostenibilità del sistema sanitario regionale". Boll SIFO.

Tarantola A. et al. (2023), "Early access programs for medicines: comparative analysis among France, Italy, Spain, and UK and focus on the Italian case". J Pharm Policy Pract.

TEHA Group (2024), "The value of prevention for economic growth and the sustainability of healthcare, social care and welfare systems", in partnership with Vaccines Europe and IFPMA.

TEHA Group (2025), "Oncologia e IA: Verso Nuove Frontiere di Innovazione e Ricerca".

TEHA Group (2025), "Rischio cardiometabolico in Italia. Il ritorno economico di un programma di screening della popolazione".

TEHA Group (2025), "XX Rapporto Meridiano Sanità".

TEHA Group (2026), "Salute delle donne: Benessere presente, crescita futura – 2° edizione".

TEHA Group, Meridiano Cardio (2026), "La Salute Cardiovascolare in Italia: evidenze, priorità e indirizzi per un Piano Nazionale".

The European House – Ambrosetti (2021), "XVI Rapporto Meridiano Sanità".

The European House – Ambrosetti (2023), "XVIII Rapporto Meridiano Sanità".

The Physicians Foundation (2025), "The Effect of Misinformation and Disinformation on Physicians' Ability to Provide Quality Care".

Tiwari A. et al. (2025), "Current AI technologies in cancer diagnostics and treatment". Mol Cancer.

Tunnicliffe E., Hayes H., O'Neill P. et al. (2025), "Analysing Global Immunisation Expenditure". Contract Research, Office of Health Economics.

Ufficio Parlamentare di Bilancio (2026), "Rapporto sulla Politica di Bilancio".

UNECE (2022), "The Impact of COVID-19 on Critical Raw Material Supplies needed for the Healthcare and Possible Mitigation Actions".

UNEP (2023), "Bracing for Superbugs: Strengthening environmental action in the One Health response to antimicrobial resistance".

UNESCO Institute for Statistics, UIS (2026), "R&D Data Release".

UNIAMO Federazione Italiana Malattie Rare (2026), "MonitoRare – Dodicesimo Rapporto sulla condizione delle persone con malattia rara in Italia".

Unioncamere e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2025), "Previsioni dei fabbisogni occupazionali e professionali in Italia a medio termine (2025–2029)".

Uppsala Conflict Data Program, UCDP — https://ucdp.uu.se/encyclopedia.

Vandelli A., Bertarelli G., Vainieri M. (2026), "Trust in digital health among older adults in remote areas of Italy: a latent class analysis". BMC Health Serv Res.

Visseren F.L.J., Mach F., Smulders Y.M. et al. (2021), "2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice". Eur Heart J.

Vosoughi S., Roy D., Aral S. (2018), "The spread of true and false news online". Science.

Wang J. et al. (2025), "The clinical application of artificial intelligence in cancer precision treatment". J Transl Med.

Wang L. et al. (2023), "Advances of Artificial Intelligence in Anti-Cancer Drug Design: A Review of the Past Decade". Pharmaceuticals.

Weziak-Bialowolska D., Skiba R., Bialowolski P. (2024), "Longitudinal reciprocal associations between volunteering, health and well-being: evidence for middle-aged and older adults in Europe". Eur J Public Health.

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.

WifOR Institute (2025), "Healthy Returns: A Catalyst for Economic Growth and Resilience".

Wilson T. et al. (2024), "Sex bias in pain management decisions". PNAS.

Wong A., Otles E., Donnelly J.P. et al. (2021), "External Validation of a Widely Implemented Proprietary Sepsis Prediction Model in Hospitalized Patients". JAMA Intern Med.

WEF (2026), "Women's Health Investment Outlook: 6% of Funding for Nearly 50% of the Population – Not Just a Gap, but Untapped White Space".

Wypych-Ślusarska A., Krupa-Kotara K., Słowiński J., Yanakieva A., Grajek M. (2025), "The impact of polycrisis on healthcare systems-analyzing challenges and the role of social epidemiology". Healthcare.

Xie Y., Zhai Y., Lu G. (2025), "Evolution of artificial intelligence in healthcare: a 30-year bibliometric study". Front Med.

SITOGRAFIA

Acto Italia – www.acto-italia.org

AGENAS - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – www.pne.agenas.it

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios – AEMPS – www.aemps.gob.es

Agencja Badań Medycznych - ABM – www.abm.gov.pl

AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco – www.aifa.gov.it

AIOM - Associazione Italiana di Oncologia Medica – www.aiom.it

AIRC - Fondazione AIRC per la ricerca sul cancro – www.airc.it

AlmaLaurea – www.almalaurea.it

ALS Fattore 2A – Associazione Liberi Specializzandi – www.als-fattore2a.org

Banca Mondiale – www.worldbank.org

CTIS - Clinical Trials in the European Union – www.euclinicaltrials.eu

Commissione Europea – www.ec.europa.eu

Confindustria dispositivi medici – www.confindustriadm.it

EFPIA - European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations - www.efpia.eu

EMA - European Medicines Agency – www.ema.europa.eu

European Institute of Women's Health – www.european-womens-health.eu

Eurostat – www.ec.europa.eu/eurostat/data/database

Farmindustria – www.farmindustria.it

Federfarma – www.federfarma.it

FMI - Fondo Monetario Internazionale – www.imf.org

Fondazione Umberto Veronesi – www.fondazioneveronesi.it

GBD - Global Burden of Disease – www.vizhub.healthdata.org/gbd-compare

Government of China – www.gov.cn

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

ISS - Istituto Superiore di Sanità – www.iss.it

ISTAT – www.istat.it

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

Ministero delle Imprese e del Made in Italy – www.mimit.gov.it

Ministero dell'Università e della Ricerca – www.dati-ustat.mur.gov.it

OCSE - Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico – www.stats.oecd.org

ONS - Osservatorio Nazionale Screening – www.osservatorionazionalescreening.it

OpenAI – www.openai.com

Parlamento Europeo – www.europarl.europa.eu

RGS - Ragioneria Generale dello Stato – www.rgs.mef.gov.it

UN Health Agency – www.who.int

WIPO - World Intellectual Property Organization – www.patentscope.wipo.int


The European House
Ambrosetti