



**State of Health in the EU**  
**ITALIA**  
Profilo della sanità 2025

## I profili sanitari per paese

La compilazione dei profili sanitari per paese nell'ambito del ciclo *Lo stato della salute nell'UE* consente di ottenere una panoramica sintetica e di rilevanza strategica dello stato della salute e dei sistemi sanitari dell'UE e dello Spazio economico europeo, ponendo l'accento sulle caratteristiche e sulle sfide specifiche di ciascun paese sulla base di confronti tra vari paesi. L'obiettivo è quello di fornire ai responsabili politici e alle figure influenti uno strumento per l'apprendimento reciproco e il trasferimento di conoscenze. L'edizione 2025 dei Profili sanitari dei paesi include una sezione speciale dedicata alla politica farmaceutica.

I profili sono frutto del lavoro congiunto dell'OCSE e dell'European Observatory on Health Systems and Policies, in collaborazione con la Commissione europea. Il gruppo di lavoro ringrazia la rete Health Systems and Policy Monitor dell'Osservatorio, il comitato Salute dell'OCSE e il gruppo di esperti dell'UE in materia di valutazione delle prestazioni dei sistemi sanitari per i preziosi commenti e suggerimenti.

## Indice

1 Punti salienti	1
2 La salute in Italia	2
3 Fattori di rischio	5
4 Il sistema sanitario	7
5 Performance del sistema sanitario	11
6 Focus sulla politica farmaceutica	21
7 Risultati principali	26

## Fonti dei dati e delle informazioni

I dati e le informazioni contenuti nei profili sanitari dei paesi si basano principalmente sulle statistiche ufficiali nazionali fornite a Eurostat e all'OCSE, che sono state convalidate per garantire i più elevati standard di comparabilità dei dati. Le fonti e i metodi alla base di questi dati sono disponibili nella banca dati Eurostat e nella banca dati sanitaria dell'OCSE. Alcuni dati aggiuntivi provengono anche dall'Istituto per la misurazione e la valutazione della salute (IHME), dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), dalle indagini sul comportamento sanitario dei bambini

in età scolare (HBSC), dall'indagine sulla salute, l'invecchiamento e il pensionamento in Europa (SHARE), dal Sistema europeo di informazione sul cancro (ECIS) e dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), nonché da altre fonti nazionali.

Salvo diversa indicazione, le medie calcolate per l'Unione europea sono ponderate per i 27 Stati membri. L'Islanda e la Norvegia sono escluse dalle medie dell'UE.

Il presente profilo è stato ultimato nel settembre 2025 in base ai dati accessibili alla prima metà di settembre 2025.

## Contesto demografico e socioeconomico in ITALIA, nel 2024

Fattori demografici	Italia	UE
Popolazione	58 971 230	449 306 184
Quota di popolazione di età superiore a 65 anni	24 %	22 %
Tasso di fertilità <sup>1</sup> (2023)	1,2	1,4
Fattori socio-economici		
PIL pro capite (in EUR, PPA <sup>2</sup> )	38 863	39 675
Rischio di povertà o esclusione sociale <sup>3</sup>	23,1 %	20,9 %

1. Numero medio di figli nati per donna di età compresa tra 10 e 54 anni.

2. La parità di potere d'acquisto (PPA) è definita come il tasso di conversione valutaria che equalizza il potere d'acquisto delle diverse valute eliminando le differenze nei livelli dei prezzi tra i paesi.

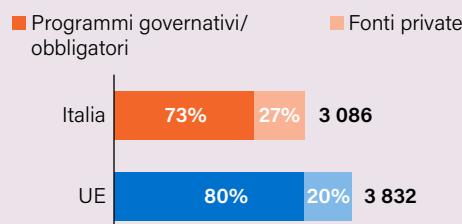
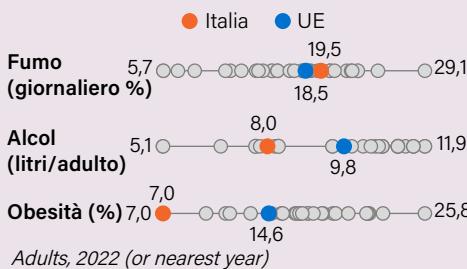
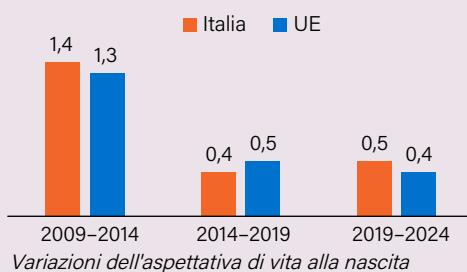
3. Il rischio di povertà o esclusione sociale (AROPE) è la percentuale di persone che sono a rischio di povertà, gravemente svantaggiate dal punto di vista materiale e sociale, o che vivono in una famiglia con un'intensità lavorativa molto bassa.

Fonte: Banca dati Eurostat.

**Dichiarazioni di non responsabilità:** Per l'OCSE, il presente lavoro è pubblicato sotto la responsabilità del Segretario generale dell'OCSE. Le opinioni espresse e le argomentazioni utilizzate nel presente documento non riflettono necessariamente il punto di vista ufficiale dei paesi membri dell'OCSE. Le opinioni e i pareri espressi nelle pubblicazioni dell'Osservatorio europeo sui sistemi e le politiche sanitarie non rappresentano necessariamente la politica ufficiale delle organizzazioni partecipanti. Il presente lavoro è stato realizzato con il sostegno finanziario dell'Unione europea. Le opinioni espresse nel presente documento non possono in alcun modo essere interpretate come espressione dell'opinione ufficiale dell'Unione europea. I nomi e la rappresentazione dei paesi e dei territori utilizzati in questa pubblicazione congiunta seguono la prassi dell'OMS. Il presente documento, così come i dati e le mappe in esso contenuti, non pregiudicano lo status o la sovranità di alcun territorio, la delimitazione delle frontiere e dei confini internazionali e il nome di alcun territorio, città o area. Specifiche dichiarazioni di non responsabilità territoriali sono applicabili all'OCSE e sono disponibili al seguente link: <https://www.oecd.org/en/about/terms-conditions/oecd-disclaimers.html> Si applicano ulteriori dichiarazioni di non responsabilità per l'OMS.

In caso di discrepanze tra la versione originale in lingua inglese del presente documento e la presente traduzione in italiano, fa fede la versione inglese, che costituisce la formulazione autentica delle analisi e dei contenuti espressi.

# 1 Punti salienti



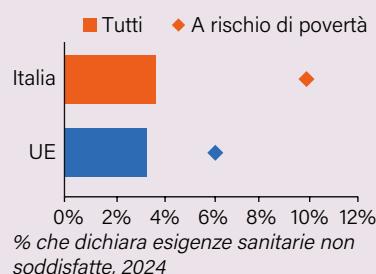
## Prestazioni del sistema sanitario

### Efficacia



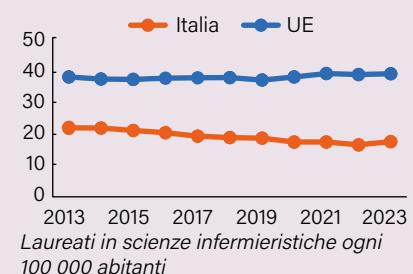
L'Italia eccelle nella prevenzione dei decessi evitabili e presenta i tassi di ricovero ospedaliero per malattie croniche più bassi dell'UE. Tuttavia, i risultati in materia di prevenzione sono contrastanti: se da un lato i tassi di vaccinazione contro il morbillo infantile sono elevati, dall'altro permangono lacune nell'immunità degli adulti e nella copertura vaccinale contro il papilloma virus umano (HPV). Inoltre, la partecipazione agli screening oncologici non si è ancora ripresa dalle interruzioni causate dalla pandemia e presenta significative disparità regionali.

### Accessibilità



Le lunghe liste d'attesa rappresentano il principale ostacolo nel sistema sanitario italiano, causando nel 2023 la rinuncia alle cure mediche necessarie da parte di oltre il 7 % della popolazione. A ciò si aggiunge la bassa copertura pubblica per le prestazioni ambulatoriali e odontoiatriche, che spesso spinge i pazienti a pagare di tasca propria per accedere più rapidamente ai fornitori privati. Ciò crea una forte diseguaglianza: nel 2024, gli adulti a rischio di povertà erano oltre 2,5 volte più propensi a segnalare bisogni sanitari insoddisfatti rispetto alla popolazione generale.

### Resilienza



L'Italia ha ampliato con successo il proprio percorso formativo in ambito medico, raggiungendo nel 2023 un numero di laureati superiore del 9 % alla media UE. Al contrario, il percorso formativo in ambito infermieristico ha subito un forte deterioramento: dal 2020 il numero annuale di laureati è sceso a meno della metà della media UE e il rapporto tra candidati e posti disponibili è sceso quasi alla parità, eliminando di fatto la selezione competitiva.

## Focus sulla politica farmaceutica

Il sistema farmaceutico italiano è dominato dagli acquisti ospedalieri che rappresentano circa i tre quarti della spesa totale, quasi il doppio della media UE del 41%. Questo modello centralizzato, sebbene consenta negoziazioni efficaci sui prezzi e una forte diffusione dei biosimilari, genera costanti sforamenti di bilancio che nel 2024 hanno superato i 4 miliardi di euro. Il settore al dettaglio presenta una bassa penetrazione dei farmaci generici e una forte dipendenza dalla spesa a carico dei cittadini, che nel 2023 rappresentava il 6,5% della spesa sanitaria totale a fronte del 3,9% nell'UE. Nonostante ciò, l'Italia garantisce un rapido accesso ai farmaci innovativi e dimostra capacità di innovazione nel settore farmaceutico, nonostante gli investimenti relativamente modesti in ricerca e sviluppo.

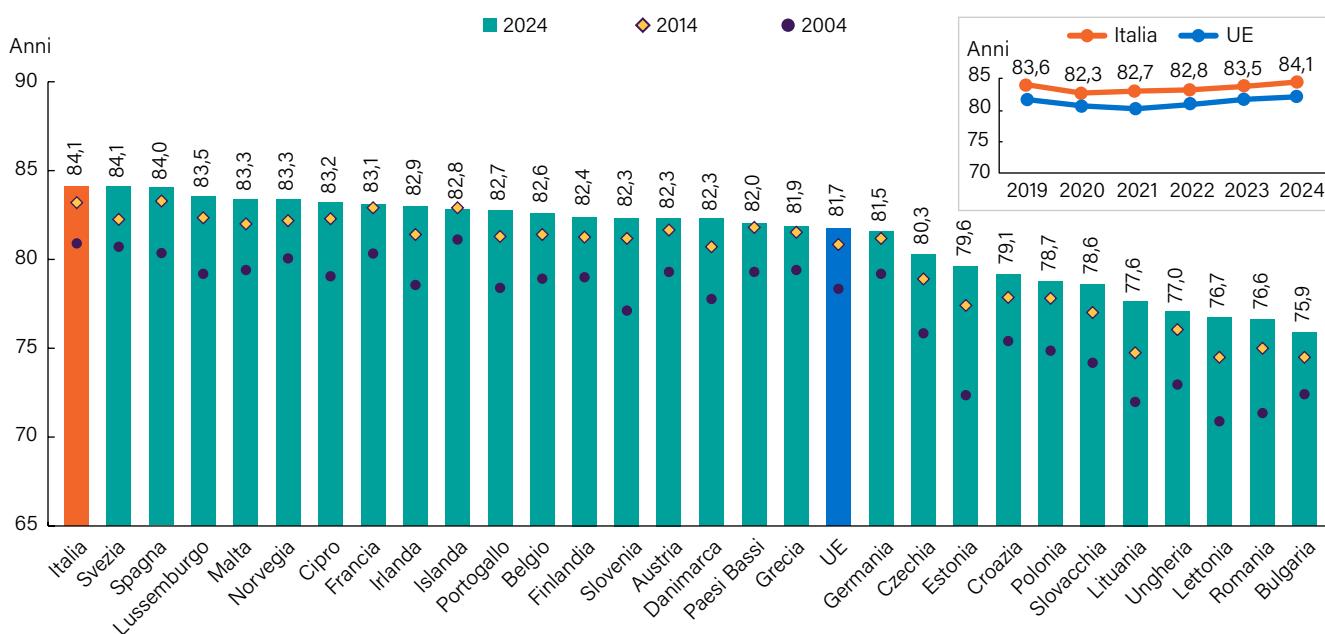
## 2 La salute in Italia

### L'Italia vanta la più alta aspettativa di vita alla nascita nell'UE

Nel 2024 l'aspettativa di vita alla nascita in Italia ha raggiunto gli 84,1 anni, il livello più alto dell'Unione europea insieme alla Svezia. Ciò rappresenta un aumento di 0,6 anni rispetto all'anno precedente, stabilendo un nuovo record e collocando l'Italia quasi due anni e mezzo al di sopra della media UE. L'ultimo dato segna anche una piena ripresa dall'impatto della pandemia di COVID-19, con un'aspettativa di vita che ora supera di sei mesi il livello pre-pandemia del 2019 (Figura 1).

In linea con le tendenze più generali dell'UE, il divario di genere nell'aspettativa di vita in Italia continua a ridursi. Nel 2024, le donne vivevano in media 4,0 anni in più rispetto agli uomini, un dato significativamente inferiore al divario di genere medio dell'UE, pari a 5,2 anni. Sia gli uomini che le donne italiane mantengono un chiaro vantaggio in termini di longevità rispetto ai loro coetanei dell'UE: gli uomini possono aspettarsi di vivere quasi tre anni in più, mentre le donne vivono 1,6 anni in più rispetto alle rispettive medie dell'UE.

**Figura 1. L'aspettativa di vita alla nascita in Italia ha superato il livello pre-COVID nel 2024**



Note: La media UE è ponderata. I dati del 2024 per l'Irlanda si riferiscono al 2023.

Fonte: Eurostat (demo\_mxpec).

### La composizione della mortalità riflette il persistente impatto epidemiologico della SARS-CoV-2

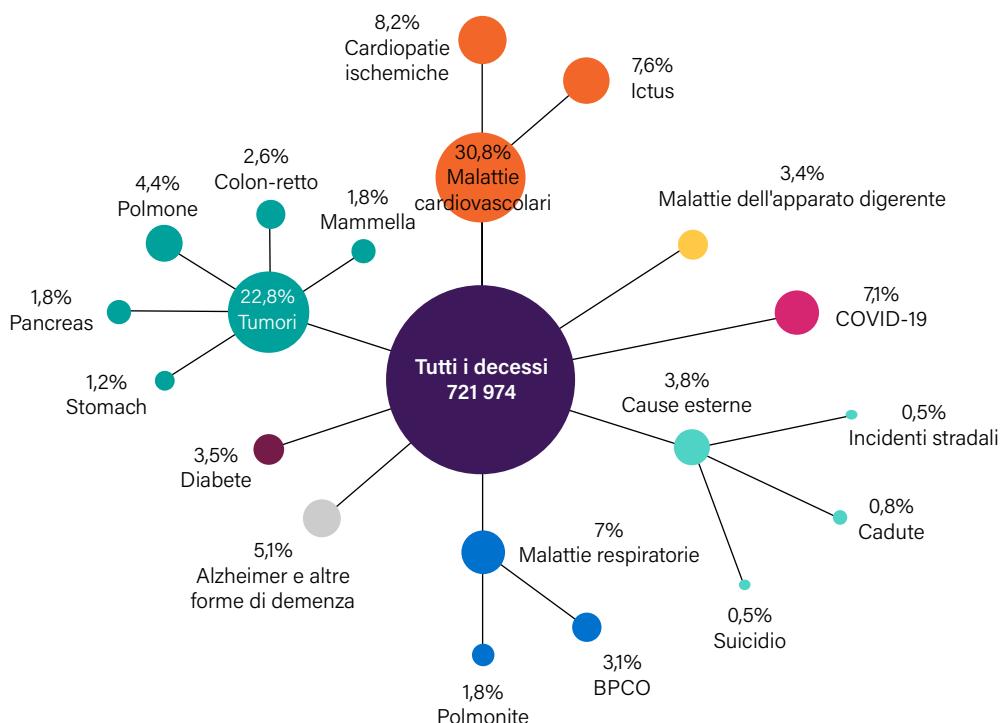
Tra il 2004 e il 2024, l'aspettativa di vita alla nascita in Italia è aumentata di 3,2 anni, solo due mesi e mezzo in meno rispetto alla media UE, nonostante il livello di partenza già elevato del nostro Paese. Questo miglioramento costante è stato determinato principalmente dal significativo calo della mortalità cardiovascolare, sostenuto da notevoli progressi nella prevenzione, nella diagnosi precoce e nel trattamento dei tumori. Nel 2022, in Italia si sono registrati circa 722.000 decessi, pari al 14% di tutti i decessi nell'UE, pur rappresentando il 13,2% della popolazione dell'UE. Questa lieve sovrarappresentazione riflette la struttura demografica più anziana dell'Italia che, con il 24% di persone di età pari o superiore a 65 anni, presenta la percentuale più alta nell'UE (la media UE è del 21%). Le malattie cardiovascolari (31%) e il cancro (23%) sono rimaste le due principali cause di morte, rappresentando insieme oltre la metà di tutti i decessi; il COVID-19 si è classificato al terzo posto con circa

il 7% (Figura 2). Sebbene questa percentuale sia inferiore di oltre il 30% rispetto al picco pandemico del 2020, illustra il persistente impatto epidemiologico della SARS-CoV-2 durante il periodo di transizione verso l'endemizzazione. Ciò è avvenuto nonostante l'ampia diffusione della vaccinazione, con oltre il 90% degli italiani di età pari o superiore a 60 anni che ha ricevuto una dose di richiamo entro gennaio 2023.

### Sebbene l'Italia stia invecchiando più rapidamente della media UE, gli anziani riferiscono condizioni di salute relativamente buone

La popolazione italiana sta invecchiando rapidamente: l'età media è aumentata di quattro anni negli ultimi dieci anni, raggiungendo i 48,7 anni, un tasso significativamente superiore alla media dell'UE di 2,2 anni. Le proiezioni indicano che la percentuale di italiani di età pari o superiore a 65 anni passerà dal 24% nel 2024 a circa il 34% entro il 2050, quota che rappresenta il valore più alto tra i Paesi dell'UE.

**Figura 2. Le malattie cardiovascolari e il cancro hanno rappresentato oltre la metà di tutti i decessi in Italia nel 2022**



Nota: BPCO = broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Fonte: Eurostat (hlth\_cd\_aro); i dati si riferiscono al 2022.

I recenti indicatori di salute per gli anziani mostrano risultati contrastanti, ma dati sulla longevità generalmente positivi rispetto alla media UE. Nel 2022, le donne italiane di 65 anni potrebbero aspettarsi di vivere altri 21,9 anni, di cui circa 10 (il 45%) in buona salute. Gli uomini di 65 anni potrebbero aspettarsi di vivere altri 19 anni, di cui 10,4 (55%) in buona salute. Mentre l'aspettativa di vita complessiva delle donne di 65 anni superava quella degli uomini di 2,9 anni, gli uomini mantenevano un vantaggio di sei mesi nell'aspettativa di vita in buona salute. Questa disparità suggerisce che gli anni in più delle donne sono spesso accompagnati da maggiori limitazioni in termini di salute (Figura 3). Questo modello si estende anche alla prevalenza delle malattie croniche: nel biennio 2021-2022, il 39% delle donne e il 35% degli uomini di età pari o superiore a 65 anni ha dichiarato di soffrire di più patologie croniche, con tassi inferiori alle rispettive medie UE del 46% e del 40%.

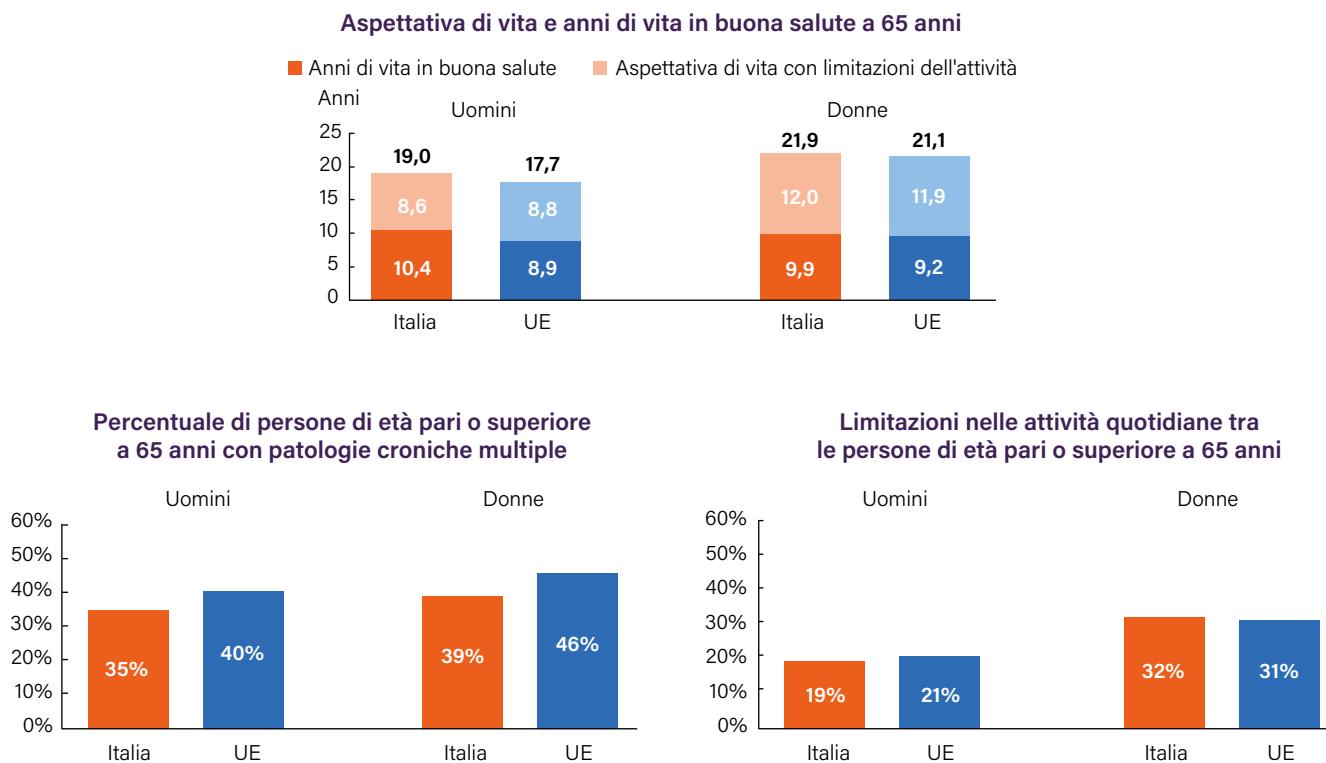
Nonostante i tassi di multimorbilità segnalati siano inferiori, le limitazioni funzionali rimangono comunque diffuse: circa il 19% degli uomini e il 32% delle donne di età pari o superiore a 65 anni devono affrontare limitazioni nelle attività quotidiane, un dato simile alla media europea. Ciò riflette l'invecchiamento della popolazione italiana, con il 7,6% di persone di età pari o superiore a 80 anni rispetto al 6,1% dell'UE. Poiché le limitazioni aumentano notevolmente dopo gli 80 anni, questa struttura demografica fa aumentare i tassi complessivi. Condizioni invalidanti, ma spesso sottodiagnosticate, come la fragilità e il declino cognitivo, contribuiscono ulteriormente a compromettere il funzionamento, senza necessariamente aumentare la prevalenza registrata delle malattie croniche. In questo contesto, le disparità regionali sono pronunciate: gli

anziani del Trentino-Alto Adige e della Lombardia registrano l'aspettativa di vita in buona salute più lunga e i tassi di limitazione più bassi, mentre quelli della Campania e della Calabria devono affrontare livelli sostanzialmente più elevati di malattie croniche e disabilità funzionali. Queste disparità tra nord e sud rispecchiano le più ampie diseguaglianze in termini di risorse economiche, capacità sanitaria e accesso ai servizi di prevenzione (Naghavi, Zamagni e altri, 2025).

### Le malattie cardiovascolari rappresentano un grave peso per la salute in Italia

Come nella maggior parte dei Paesi dell'UE, le malattie cardiovascolari (CVD) sono sia la principale causa di morte che una delle principali fonti di morbilità in Italia. Nel 2021, l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) ha stimato circa 810.000 nuovi casi di malattie cardiovascolari (CVD), con oltre 9,1 milioni di persone - più del 15% della popolazione - affette da una patologia cardiovascolare. Nel 2022, le malattie cardiovascolari hanno rappresentato quasi un ricovero su sei, la quota maggiore tra tutti i gruppi di malattie, superando il cancro (11%), a testimonianza del loro forte impatto sul sistema sanitario. Se corretto per età, il carico delle CVD in Italia è sostanzialmente in linea con la media UE: il tasso di incidenza era di 1.142 casi ogni 100.000 abitanti, leggermente inferiore alla media UE di 1.157, mentre il tasso di prevalenza di 12.672 casi ogni 100.000 abitanti era anch'esso inferiore al dato UE di 12.965. Gran parte di questo carico è attribuibile a fattori di rischio modificabili e la gestione dell'ipertensione illustra sia i progressi compiuti sia le sfide che permangono. I dati nazionali di sorveglianza, che mettono a confronto il periodo 2008-2012 con quello 2018-2019, mostrano che l'efficacia

**Figura 3. La popolazione anziana italiana gode di un'aspettativa di vita più lunga e di uno stato di salute relativamente migliore rispetto alla maggior parte degli altri paesi dell'UE**



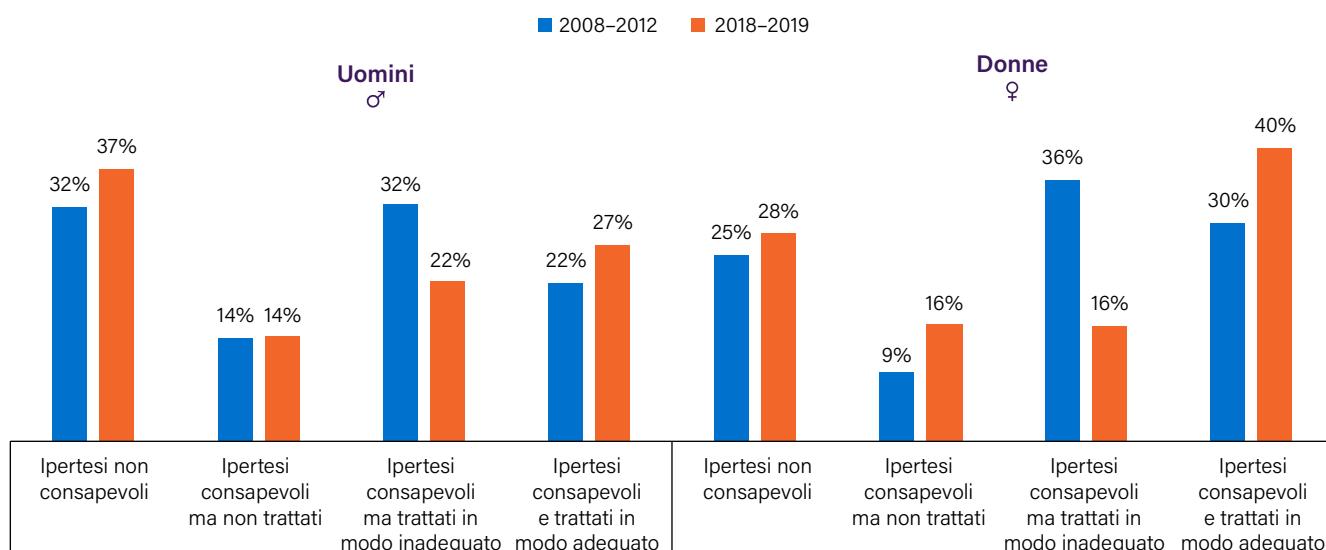
Note: La media UE non è ponderata e si basa su 26 paesi dell'UE (l'Irlanda non partecipa all'indagine SHARE).

Fonte: Eurostat per gli anni di vita in buona salute (demo\_mlexpec) e indagine SHARE (per le malattie croniche e le limitazioni nelle attività quotidiane). I dati si riferiscono rispettivamente al 2022 e al 2021-22.

del trattamento tra i pazienti diagnosticati è migliorata, in particolare tra le donne, che hanno registrato un aumento di 10 punti percentuali nel controllo adeguato della pressione arteriosa. Tuttavia, questi progressi sono stati compensati dal calo delle diagnosi e dall'inizio dei trattamenti. Nel medesimo periodo, la percentuale di ipertensione non diagnosticata

è salita al 37% tra gli uomini e al 28% tra le donne. Particolarmente preoccupante è il quasi raddoppio delle donne che erano consapevoli della loro condizione, ma non sono state sottoposte a trattamento, a indicare la persistenza di ostacoli nell'accesso alle cure (Figura 4).

**Figura 4. Circa la metà dei pazienti ipertesi in Italia non è consapevole della propria condizione o non viene curata nonostante la diagnosi**



Note: i dati sono standardizzati per età rispetto alla popolazione standard europea 2013.

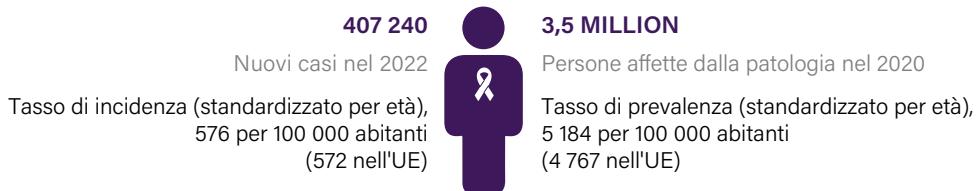
Fonte: Istituto Superiore di Sanità, progetto CuoreData (<https://www.cuore.iss.it/indagini/CuoreData>)

## Nonostante il miglioramento della diagnosi precoce e delle cure, il cancro rappresenta una sfida importante per la salute pubblica in Italia

Il cancro rimane una delle principali sfide per la salute pubblica in Italia, essendo la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari. Secondo le stime dell'European Cancer Information System, nel 2022 sono state effettuate circa 407.000 nuove diagnosi di cancro, una cifra destinata ad aumentare ulteriormente con l'invecchiamento della popolazione (Figura 5). Sebbene il tasso di incidenza corretto per età in Italia sia sostanzialmente in linea con la media dell'UE, la prevalenza è superiore del 9%, a indicare un tasso di sopravvivenza elevato, legato alla diagnosi precoce e ai progressi terapeutici. Il tasso di mortalità per cancro standardizzato per età è inferiore di quasi il 7% alla media dell'UE e ha registrato un calo del 15% dal 2011, superiore

alla riduzione media dell'UE del 12%. Questo progresso ha contribuito a una riduzione del 17% degli anni potenziali di vita persi, determinata principalmente dalla minore mortalità per tumore al polmone e al seno (OECD/European Commission, 2025). Il carico di cancro varia in modo significativo in base al sesso: tra gli uomini, i tassi di incidenza erano inferiori del 2% rispetto alla media UE, con il cancro alla prostata, al colon-retto e al polmone come sedi più comuni. Tra le donne, i tassi di incidenza erano superiori del 4%, principalmente a causa del tumore al seno, che rappresenta quasi un terzo di tutti i nuovi tumori maligni femminili. Molti casi di cancro rimangono prevenibili, ma il consumo di tabacco, principale causa evitabile di mortalità per cancro, continua a rappresentare una sfida importante. Dopo anni di calo, i tassi di fumo tra gli adulti sono nuovamente in aumento, mentre quelli tra gli adolescenti sono tra i più alti dell'UE (cfr. sezione 3).

**Figura 5. Si stima che quasi il 6 % della popolazione italiana conviva con una diagnosi di cancro**



Note: Le stime riportate possono discostarsi dai dati nazionali ufficiali. I dati oncologici includono tutti i tumori, ad eccezione del cancro della pelle non melanoma.

Fonte: European Cancer Information System (incidenza: stime 2022; prevalenza: stime 2020).

## 3

## Fattori di rischio

### Quasi un quarto di tutti i decessi in Italia è riconducibile a fattori di rischio comportamentali

I fattori di rischio comportamentali rimangono tra i principali fattori che contribuiscono alla mortalità prematura in Italia. Nel 2021, l'Institute for Health Metrics and Evaluation ha stimato che il fumo, il consumo nocivo di alcol, la cattiva alimentazione e l'inattività fisica hanno causato complessivamente circa 167 000 decessi, pari a circa il 24 % di tutti i decessi, una percentuale vicina alla media dell'UE (IHME, 2023). L'alimentazione scorretta è stata il principale fattore determinante, responsabile di quasi la metà di tutti i decessi legati al comportamento, seguita dal consumo di tabacco (37 %), dal consumo di alcol (13 %) e dall'inattività fisica (6 %). Anche i rischi ambientali hanno inciso pesantemente sulla salute della popolazione: l'esposizione al particolato fine ( $PM_{2,5}$ ) è stata collegata a circa 33 200 decessi aggiuntivi, quasi la metà del bilancio del fumo. Combinati, i rischi comportamentali e l'inquinamento atmosferico hanno rappresentato circa il 29 % della mortalità totale, sottolineando la necessità di misure di sanità pubblica più incisive e complete.

### I tassi relativamente bassi di sovrappeso infantile nascondono grandi variazioni regionali e i livelli di attività fisica dei giovani più bassi dell'UE

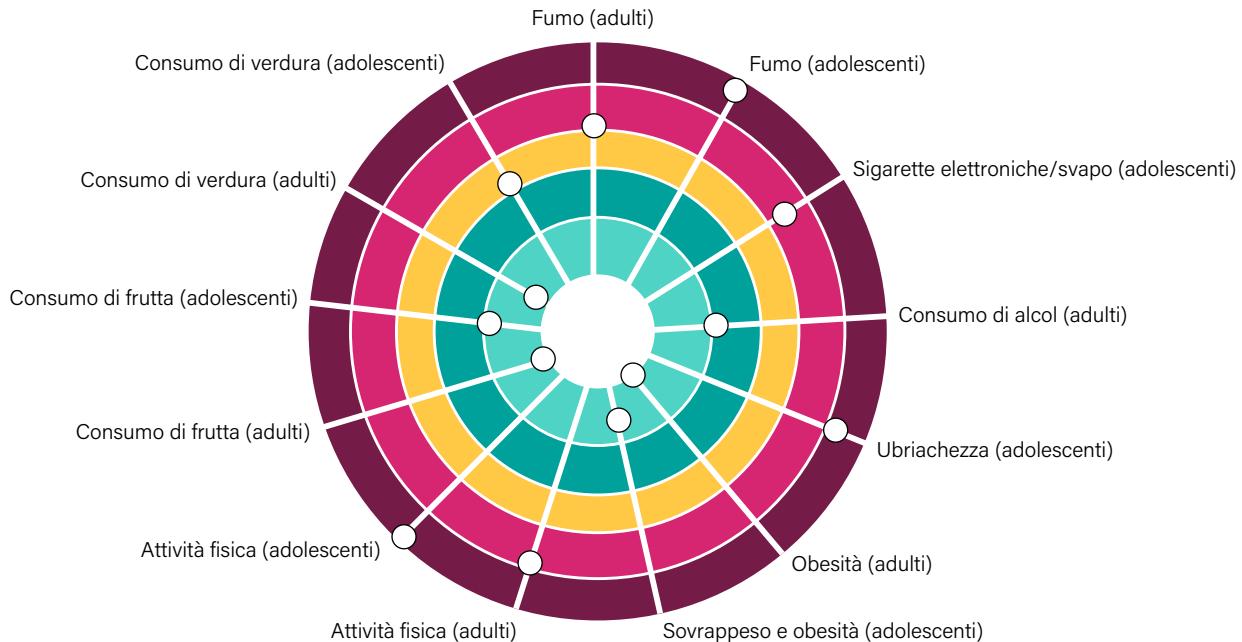
Data la forte correlazione con l'obesità degli adulti e le malattie non trasmissibili, l'obesità infantile rappresenta una questione critica per la salute pubblica. A questo proposito, l'Italia registra risultati relativamente buoni all'interno dell'UE: nel 2022, circa il 18% degli adolescenti era classificato come sovrappeso o obeso, tre punti percentuali al di sotto della media UE e uno dei tassi più bassi dell'Unione. Tuttavia, questo risultato positivo è compensato da livelli di attività fisica estremamente bassi: solo il 5% degli adolescenti italiani ha dichiarato di svolgere almeno un'ora di attività fisica moderata o intensa al giorno, il tasso più basso nell'UE e molto al di sotto della media UE del 15% (Figura 6). I ragazzi sono colpiti in modo sproporzionato, con una prevalenza di sovrappeso più elevata (25% rispetto all'11% delle ragazze) e livelli di attività fisica più bassi (3% rispetto al 7%).

Dati recenti indicano ulteriori rischi: un'indagine nazionale del 2023, che ha utilizzato i criteri dell'International Obesity Task Force (IOTF), ha rilevato che, tra gli italiani di età compresa tra gli 8 e i 9 anni, il 19% era in sovrappeso e quasi il 10% obeso,

suggerendo un possibile peggioramento delle condizioni delle coorti più giovani. Persiste anche un gradiente nord-sud, con le regioni meridionali che presentano una prevalenza più elevata. Tra i fattori strutturali vi sono la diffusa disponibilità di alimenti ad alto contenuto energetico, l'accesso limitato a spazi ricreativi sicuri e le barriere socioeconomiche che ostacolano la scelta di uno stile di vita sano. L'incapacità dei genitori di riconoscere accuratamente il peso dei propri figli

rimane un ostacolo fondamentale: il 45% delle madri con figli in sovrappeso o obesi considera normale il loro peso; il 60% ritiene che i figli inattivi siano sufficientemente attivi; il 73% considera adeguata la loro alimentazione (Istituto Superiore di Sanità, 2024). Questo divario percettivo ostacola un cambiamento comportamentale precoce e sottolinea la necessità di interventi di prevenzione a livello scolastico.

**Figura 6. I bambini italiani presentano bassi tassi di sovrappeso, ma rimangono i meno attivi nell'UE**



*Nota:* più il punto è vicino al centro, migliori sono i risultati del paese rispetto agli altri paesi dell'UE. Nessun paese raggiunge l'area target bianca, il che indica che tutti i paesi hanno margini di miglioramento in tutti i settori.

*Fonti:* calcoli dell'OCSE basati sull'indagine HBSC 2022 per gli indicatori relativi agli adolescenti; Eurostat basato su EU-SILC e OECD Data Explorer per gli indicatori relativi agli adulti (2022 o anno più vicino).

### Il tasso di fumatori adulti in Italia è rimasto stabile durante la pandemia, mentre il consumo di nicotina tra i giovani ha raggiunto livelli allarmanti

Nel 2022, poco meno del 20% degli adulti italiani fumava quotidianamente, circa due punti percentuali al di sopra della media UE. Dopo un calo del 20% tra il 2009 e il 2019, dovuto all'aumento delle imposte sul tabacco e alle campagne di sensibilizzazione, i progressi hanno subito una battuta d'arresto durante la pandemia, con un aumento del tasso di fumatori di un punto percentuale tra il 2019 e il 2022. Allo stesso tempo, i nuovi prodotti a base di nicotina stanno guadagnando terreno: l'uso di prodotti del tabacco riscaldato da parte degli adulti, per esempio, è passato dall'1% nel 2018 al 4,9% nel 2024 (Istituto Superiore di Sanità, 2025). La tendenza è particolarmente preoccupante tra gli adolescenti: nel 2022, quasi il 27% dei quindicenni ha dichiarato di aver fumato nell'ultimo mese, dieci punti percentuali al di sopra della media UE, con le ragazze che riportano tassi più elevati rispetto ai ragazzi (31% contro 22%). Anche l'uso delle sigarette elettroniche è aumentato, passando dal 13% nel 2019 al 23% tra i 15-16enni nel 2022. I dati delle indagini nazionali condotte nel 2023-2024 mostrano che il 30% degli studenti di età compresa tra i 14 e i 17 anni ha fatto uso di un prodotto a base di tabacco o nicotina nei 30 giorni precedenti, con un consumo di più prodotti quasi raddoppiato in due anni.

Questo aumento del consumo di nicotina tra i giovani è favorito da una scarsa applicazione delle normative vigenti, dal momento che la maggior parte degli adolescenti dichiara di acquistare i prodotti direttamente dai rivenditori, con una verifica minima dell'età. La scarsa consapevolezza dei genitori aggrava il problema: solo un terzo di loro è a conoscenza del consumo di nicotina dei propri figli e la tolleranza è spesso maggiore per i prodotti più recenti rispetto alle sigarette convenzionali (Istituto Superiore di Sanità, 2025).

### Mentre il consumo di alcol tra gli adulti è basso, la percentuale di adolescenti che riferiscono episodi multipli di intossicazione è aumentata negli ultimi anni

Nonostante il consumo medio pro capite di alcol puro in Italia sia inferiore di oltre un sesto rispetto alla media dell'UE, il consumo episodico eccessivo di alcol rappresenta una significativa preoccupazione per la salute pubblica. Nel biennio 2022-2023, quasi il 10% degli adulti ha dichiarato di aver adottato questo comportamento, con variazioni significative tra i diversi gruppi demografici. La prevalenza raggiunge il picco tra i giovani adulti di età compresa tra i 18 e i 24 anni, con quasi il 16%, e gli uomini consumano alcol in modo episodico e abbondante a un tasso più che doppio rispetto alle donne. A differenza della maggior parte degli

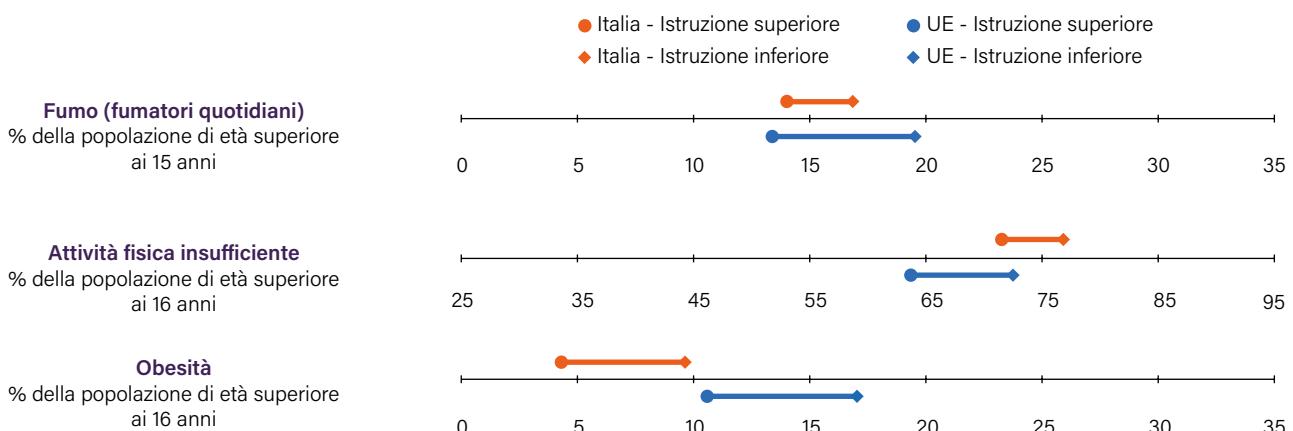
altri fattori di rischio comportamentali, questo modello è più diffuso tra le persone con un livello di istruzione più elevato: l'11% dei laureati ha riferito di consumare alcol in modo episodico e abbondante, rispetto al 4% di chi ha un'istruzione primaria o inferiore. Negli ultimi dieci anni, il consumo episodico eccessivo di alcol è rimasto complessivamente relativamente stabile, con un graduale calo tra gli uomini e un aumento tra le donne che ha notevolmente ridotto il divario di genere (Istituto Superiore di Sanità, 2025).

### La maggior parte dei fattori di rischio comportamentali in Italia sono più diffusi tra le persone con un livello di istruzione inferiore

In Italia, come in tutta l'UE, gli adulti con un livello di istruzione inferiore tendono a correre rischi comportamentali

maggiori, anche se l'entità di questo gradiente sociale varia a seconda del fattore di rischio. Nel 2019, il fumo quotidiano era diffuso tra gli adulti con un basso livello di istruzione in misura superiore del 20% rispetto a quelli con un'istruzione terziaria; tale divario è inferiore alla media UE di oltre il 40%. Un andamento simile emerge anche per l'attività fisica: nel 2022, il 23% degli adulti con un basso livello di istruzione ha dichiarato di fare esercizio fisico al di fuori del lavoro almeno tre volte alla settimana, rispetto al 28% di quelli con un'istruzione terziaria, una differenza inferiore alla media UE (Figura 7). Al contrario, l'obesità mostra un divario molto più netto: nel 2022, gli adulti con un basso livello di istruzione erano più di due volte e mezzo rispetto a quelli con un livello di istruzione superiore, a fronte di una differenza media nell'UE di circa il 60%.

**Figura 7. Il peso dell'obesità in Italia è più concentrato nei gruppi con un livello di istruzione inferiore rispetto ad altri rischi comportamentali**



Nota: per basso livello di istruzione si intende la popolazione con un livello di istruzione non superiore alla scuola secondaria inferiore (livelli 0-2), mentre per alto livello di istruzione si intende la popolazione con un livello di istruzione terziaria (livelli 5-8). Per attività fisica ridotta si intende un'attività fisica svolta 3 volte o meno alla settimana.

Fonte: Eurostat sulla base dell'EHIS 2019 per il fumo (hlth\_ehis\_sk1e) e dell'EU-SILC 2022 per l'attività fisica e l'obesità (ilc\_hch07b, ilc\_hch10).

## 4 Il sistema sanitario

### Il sistema sanitario decentralizzato italiano combina la supervisione nazionale con l'autonomia regionale per garantire l'accesso universale all'assistenza sanitaria

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano è un sistema universale, finanziato con fondi pubblici e gestito da 19 regioni e due province autonome. Il Ministero della Salute stabilisce le priorità strategiche, assegna le entrate fiscali sotto forma di sovvenzioni globali e verifica le prestazioni regionali tramite il *Nuovo Sistema di Garanzia* (NSG), che controlla il rispetto dei *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA), ovvero il paniere di servizi essenziali garantiti a tutti i residenti, definito a livello nazionale (cfr. sezione 5.2). I governi regionali sono responsabili della pianificazione sanitaria e dell'erogazione dei servizi, stipulando contratti con le Aziende Sanitarie

Locali (ASL), che gestiscono i bilanci e forniscono assistenza preventiva, primaria e ospedaliera all'interno delle proprie giurisdizioni. I medici di base (GP) e i pediatri fungono da filtro per i servizi specialistici e ospedalieri, mentre l'assistenza acuta è fornita da una combinazione di strutture pubbliche e private accreditate, con un equilibrio che varia notevolmente da una regione all'altra.

Diverse agenzie nazionali, come l'Istituto Superiore di Sanità, l'AIFA e l'AGENAS, supportano il Ministero della Salute supervisionando la garanzia della qualità, la regolamentazione farmaceutica e il coordinamento della ricerca. Inoltre, l'Italia ha istituito il Sistema Nazionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS). Attivo dal 2023, il SNPS coordina le strategie di prevenzione e cura delle malattie legate all'inquinamento ambientale e ai cambiamenti climatici,

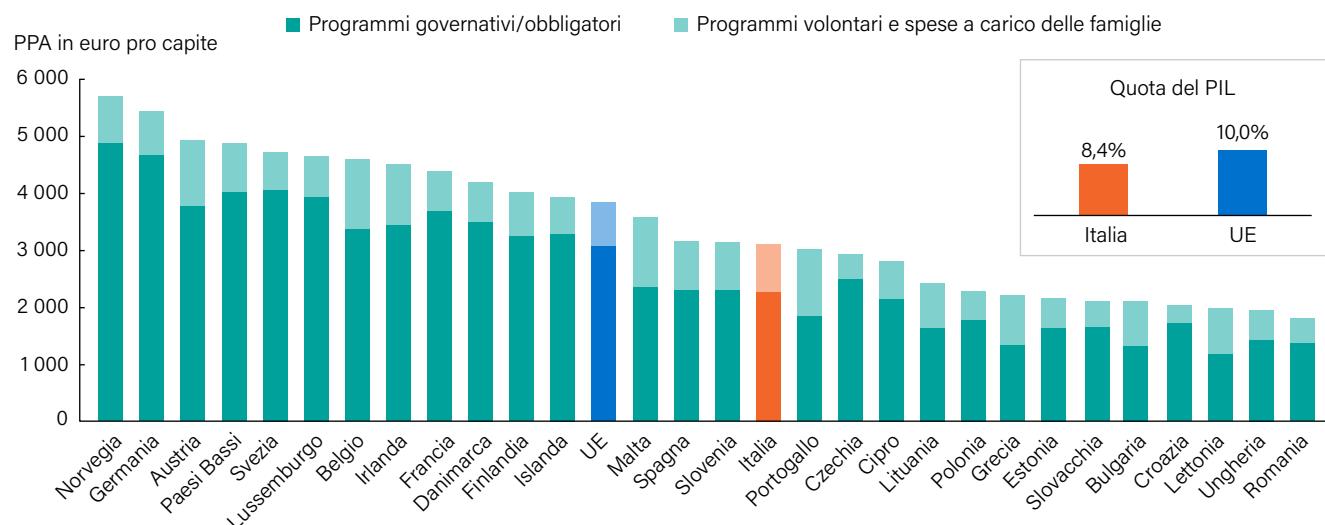
riunendo in una rete unificata le autorità sanitarie, le agenzie ambientali e i dipartimenti sanitari regionali.

## Dopo la pandemia, la spesa sanitaria italiana è tornata ai livelli del 2019 in termini reali

Nel 2023, la spesa sanitaria corrente in Italia ha rappresentato l'8,4% del PIL, 1,6 punti percentuali in meno rispetto alla media dell'UE. Dopo l'adeguamento al potere d'acquisto, la spesa sanitaria pro capite ha raggiunto i 3.086 euro, circa il 19% in meno rispetto alla media UE di 3.832 euro. Questo divario riflette una spesa pubblica inferiore del 27% rispetto alla media UE pro capite, parzialmente compensata da una spesa privata superiore dell'8% rispetto alla media UE

(Figura 8). Dopo i forti aumenti registrati tra il 2019 e il 2021, quando la spesa sanitaria è cresciuta di oltre l'8% in termini reali a causa dei costi legati alla pandemia, la crescita della spesa si è poi normalizzata. La spesa reale pro capite è successivamente diminuita, ma nel 2023 è rimasta quasi il 3% superiore al livello del 2019 e le stime preliminari indicano un ulteriore aumento reale di circa l'1,5% nel 2024. La struttura di finanziamento è rimasta sostanzialmente stabile dal 2019: nel 2023, le fonti pubbliche hanno coperto poco più del 73% della spesa totale, al di sotto della media UE dell'80%. Il restante 27% è stato finanziato da fonti private, di cui quasi il 90% proveniente da pagamenti diretti a carico degli utenti (OOP).

**Figura 8. La spesa sanitaria dell'Italia è inferiore alla media UE sia in percentuale del PIL che su base pro capite**



Nota: la media UE è ponderata (calcolata dall'OCSE).

Fonti: OECD Data Explorer (DF\_SHA); banca dati Eurostat (demo\_gind). I dati si riferiscono al 2023.

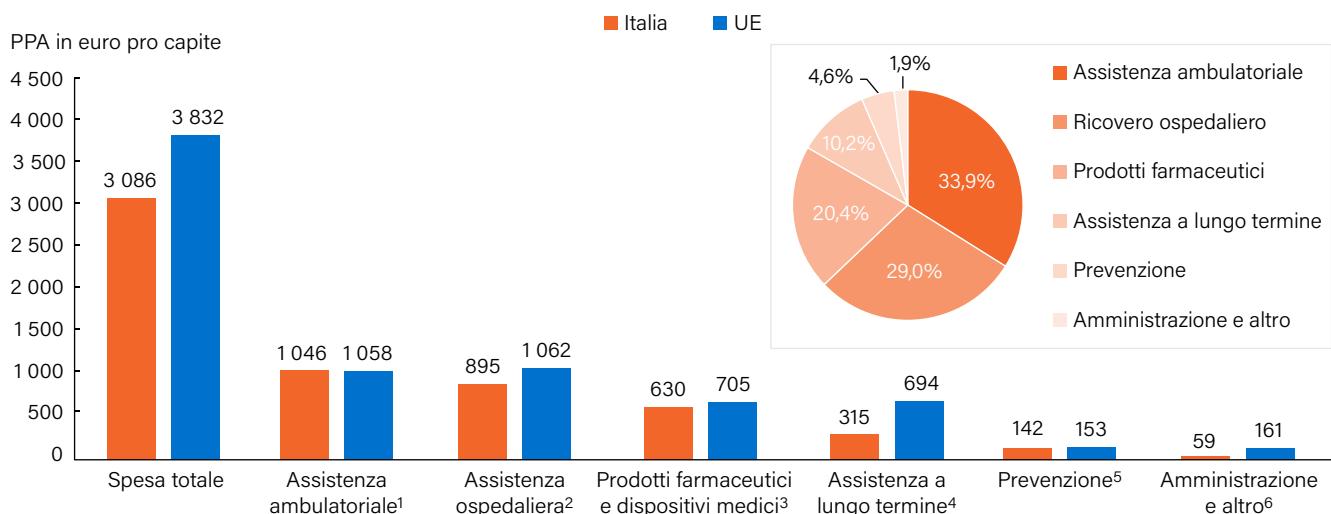
Il pacchetto di prestazioni coperto dal servizio pubblico comprende l'assistenza primaria e preventiva, i servizi ospedalieri in strutture pubbliche e private accreditate, le visite specialistiche e i farmaci essenziali. Nella maggior parte delle regioni è prevista una compartecipazione ai costi per le visite specialistiche, gli esami diagnostici e, a seconda della politica regionale, anche per alcuni farmaci. Tuttavia, tale compartecipazione rappresenta solo una piccola parte delle spese totali a carico dell'utente, la maggior parte delle quali deriva dai pagamenti diretti per alternative private ai servizi pubblici, in particolare nelle regioni con una capacità di offerta pubblica più limitata (cfr. sezione 5.2).

## L'elevata spesa ambulatoriale contrasta con l'insufficiente sviluppo dell'assistenza a lungo termine in Italia

Nel 2023, la composizione della spesa sanitaria italiana ha mostrato divergenze significative rispetto alla media europea. I servizi di assistenza ambulatoriale hanno assorbito quasi il 34% della spesa sanitaria corrente, quasi sei punti percentuali in più rispetto alla media dell'UE. È interessante notare che la spesa ambulatoriale pro capite italiana si è avvicinata alla

media UE, nonostante la spesa sanitaria complessiva del Paese fosse inferiore di quasi un quinto. La spesa per i farmaci al dettaglio e i dispositivi medici ha seguito un andamento simile: sebbene la spesa pro capite fosse inferiore dell'11% rispetto alla media UE, rappresentava oltre il 20% del bilancio sanitario totale dell'Italia, leggermente al di sopra della quota media UE del 18% (Figura 9). La divergenza più marcata riguarda l'assistenza a lungo termine (LTC), che rappresenta solo il 10% circa della spesa sanitaria totale a fronte del 18% circa dell'UE. Questo divario riflette in gran parte la forte dipendenza dell'Italia dall'assistenza familiare, rafforzata da un sistema in cui circa la metà dei finanziamenti pubblici per l'assistenza a lungo termine viene erogata sotto forma di prestazioni in denaro che spesso incentivano accordi privati. Di conseguenza, gli investimenti pubblici nell'assistenza a lungo termine strutturata rimangono limitati: solo una piccola parte degli anziani italiani vive in strutture di assistenza a lungo termine o riceve assistenza domiciliare formale. I limiti di capacità sono notevoli, con molte famiglie che segnalano esigenze di assistenza a lungo termine non soddisfatte a causa delle lacune nei servizi forniti dal settore pubblico (Santini et al., 2025).

**Figura 9. L'assistenza a lungo termine assorbe un decimo della spesa sanitaria italiana**



Note: 1. Comprende l'assistenza domiciliare e i servizi ausiliari (ad esempio il trasporto dei pazienti); 2. Comprende l'assistenza curativa e riabilitativa in ospedale e in altre strutture; 3. Comprende solo il mercato ambulatoriale; 4. Comprende solo la componente sanitaria; 5. Comprende solo la spesa per programmi di prevenzione organizzati; 6. Comprende la governance e l'amministrazione del sistema sanitario e altre spese. La media UE è ponderata (calcolata dall'OCSE).

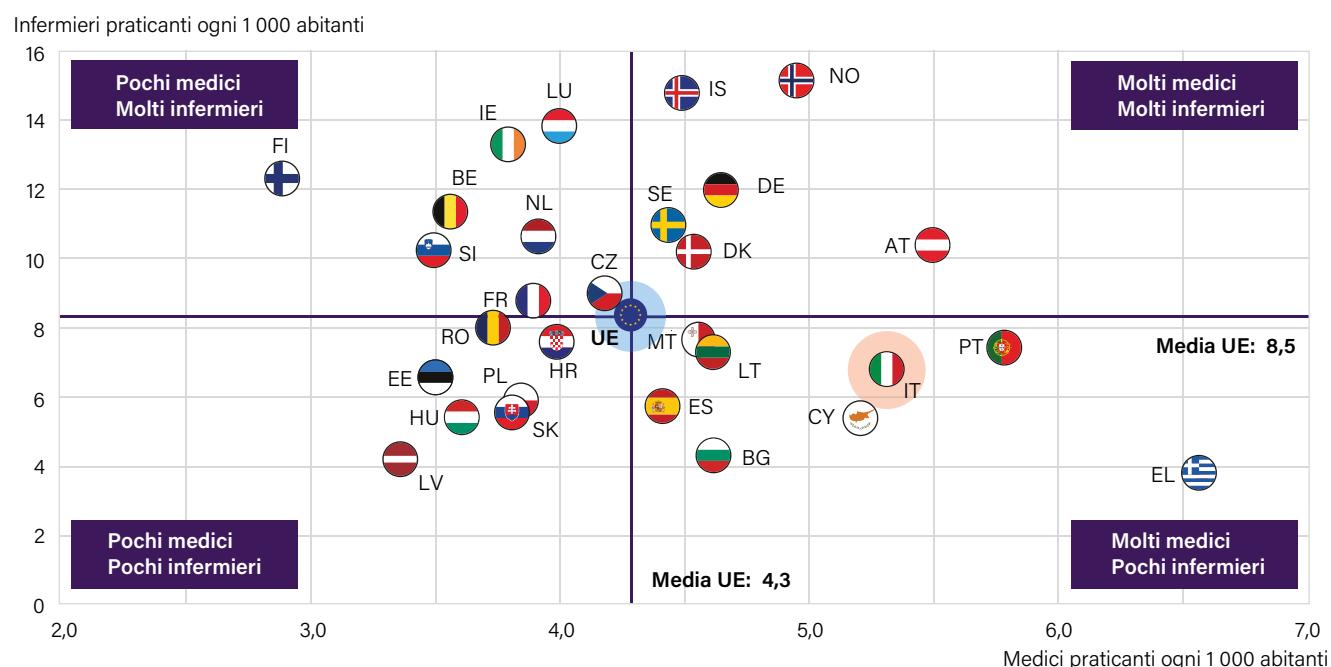
Fonte: OECD Data Explorer (DF\_SHA). I dati si riferiscono al 2023.

### Sebbene la densità di medici in Italia sia elevata, la persistente carenza di infermieri e gli ostacoli strutturali compromettono i progressi verso un'assistenza integrata

Nel 2023, l'Italia ha registrato una delle più alte densità di medici dell'UE, con 5,4 medici ogni 1.000 abitanti, oltre il 25% in più rispetto alla media UE. Al contrario, la densità di infermieri praticanti era di 6,9 ogni 1.000 abitanti, oltre il 20% al di sotto della media UE di 8,4, con un rapporto

infermieri/medici di appena 1,3, uno dei più bassi nell'UE (Figura 10). Questo squilibrio riflette le difficoltà di lunga data nell'ampliamento della forza lavoro infermieristica, difficoltà che sono state ulteriormente aggravate dalla crescente domanda dovuta all'invecchiamento della popolazione e dalla riduzione della forza lavoro a causa dei pensionamenti, dell'emigrazione e del calo del numero di neolaureati. L'attrattiva della professione è ulteriormente compromessa da una retribuzione non competitiva: mentre nella maggior parte dei Paesi UE gli infermieri guadagnano circa il 20% in

**Figura 10. La densità di infermieri in Italia è inferiore di oltre il 20 % alla media dell'UE**



Nota: la media UE non è ponderata. I dati sugli infermieri includono tutte le categorie di infermieri (non solo quelli che soddisfano la direttiva UE sul riconoscimento delle qualifiche professionali). In Portogallo e Grecia, i dati si riferiscono a tutti i medici abilitati all'esercizio della professione, il che comporta una forte sovrastima del numero di medici praticanti. In Grecia, il numero di infermieri è sottostimato in quanto include solo quelli che lavorano in ospedale.

Fonte: OECD Data Explorer (DF\_PHY, DF\_NURSE). I dati si riferiscono al 2023 o all'anno più vicino.

più rispetto al salario medio nazionale, gli infermieri italiani sono retribuiti più o meno alla pari. La carenza di infermieri rappresenta un ostacolo strutturale alla transizione verso modelli di assistenza più integrati ed economici. Tale carenza è ulteriormente aggravata dalla rigidità nella pianificazione e nell'impiego del personale sanitario, dato che le 31 professioni sanitarie legalmente riconosciute in Italia contribuiscono a un sistema frammentato che limita l'interoperabilità e complica la pianificazione coordinata della forza lavoro.

Le disparità geografiche rendono il reclutamento notevolmente più difficile nelle zone rurali e remote, aggravando ulteriormente queste sfide. Tra le opzioni politiche prese in considerazione vi sono il consolidamento dei percorsi formativi, l'adeguamento delle quote di ammissione all'università per meglio riflettere le esigenze del mercato del lavoro e la riforma dei programmi di studio per sostenere percorsi di carriera più flessibili (Camera dei Deputati, 2025).

Dal 2018, l'Italia ha notevolmente ampliato il numero di posti disponibili nelle facoltà di medicina e il numero di contratti di formazione specialistica, risolvendo così la storica carenza di posti per la formazione medica post-laurea. Tuttavia, questa crescita è stata accompagnata da un cambiamento nelle preferenze degli studenti, che hanno iniziato a evitare le specializzazioni critiche per il sistema, come la medicina d'urgenza e l'anestesiologia, per orientarsi verso settori che offrono un migliore equilibrio tra vita professionale e vita privata e maggiori opportunità nel settore privato (Conferenza delle regioni e delle province autonome, 2025). Al contrario, l'afflusso di nuovi infermieri è diminuito drasticamente nell'ultimo decennio, con un calo del numero di laureati in infermieristica superiore al 3% annuo tra il 2013 e il 2022. Tra il 2020 e il 2022, questa tendenza ha portato a un numero di infermieri inferiore rispetto a quello dei medici che entrano nel mondo del lavoro ogni anno. Nel 2023, tuttavia, si è osservata una modesta ripresa, con il numero di laureati in infermieristica che ha nuovamente superato quello dei laureati in medicina, un segnale incoraggiante per il rafforzamento della capacità infermieristica nei prossimi anni (cfr. sezione 5.3).

### La medicina generale è in declino a causa di disincentivi strutturali e dell'invecchiamento della forza lavoro

Mentre la densità complessiva dei medici in Italia è cresciuta di oltre l'1% all'anno nell'ultimo decennio, la densità dei medici di medicina generale (MMG) è diminuita di circa il 13% nello stesso periodo. Questa contrazione ha portato a un aumento del carico di lavoro: nel 2023, quasi il 52% dei medici di base si occupava di oltre 1.500 pazienti, il carico massimo stabilito dal contratto collettivo nazionale vincolante. Il deficit a livello nazionale è stimato tra i 2.910 e i 5.897 medici di base, corrispondente a un deficit compreso tra l'8% e il 16%, a seconda che il parametro di riferimento utilizzato sia il limite massimo contrattuale o un rapporto più sostenibile di 1.350 pazienti per medico di base. Le disparità regionali sono marcate, in particolare al Nord: nella sola Lombardia, per rispettare le soglie contrattuali, sarebbe necessario un aumento del 20% del personale medico di base (Figura 11). Per rispondere a questa situazione, diverse regioni hanno introdotto misure temporanee di mitigazione,

**Figura 11. La carenza di medici di medicina generale in Italia è concentrata nelle regioni settentrionali**



*Nota:* la mappa illustra la carenza regionale stimata di medici di base, calcolata come aumento percentuale della forza lavoro necessaria per raggiungere un rapporto target di 1.350 pazienti per medico di base. Questo obiettivo rappresenta il 90 % del carico di lavoro massimo contrattuale di 1.500 pazienti per medico di base fissato dal contratto collettivo nazionale. I calcoli si basano sulla popolazione regionale totale e non sono ponderati in base all'età. Il grigio indica che non è stata calcolata alcuna carenza.

*Fonte:* calcoli basati sui dati del Ministero della Salute (2025). I dati si riferiscono al 2023.

come l'aumento dell'età pensionabile a 72 anni e l'impiego di medici ospedalieri in contesti comunitari. Il calo di attrattiva della medicina generale riflette i disincentivi di lunga data presenti sia nei percorsi formativi che in quelli occupazionali. A differenza di altre specializzazioni, la formazione dei medici di base è tradizionalmente erogata attraverso programmi regionali extrauniversitari che offrono condizioni meno favorevoli rispetto alla formazione specialistica universitaria, come borse di studio inferiori di circa il 50% e un elevato carico di lavoro amministrativo che limita il tempo dedicato alla pratica clinica. L'aumento significativo dei posti per la formazione specialistica universitaria ha probabilmente creato un effetto di sostituzione, spingendo i laureati a scegliere sempre più spesso altri settori.

Un altro ostacolo strutturale è rappresentato dalla mancanza di equivalenza formale tra il diploma di MMG e le lauree di specializzazione universitaria. Le riforme legislative attualmente in fase di approvazione in Parlamento mirano a risolvere tale problema, riconoscendo la formazione degli MMG come una scuola di specializzazione formale e allineandola ad altre specializzazioni, attraverso una formazione più strutturata, una retribuzione più adeguata per i tirocinanti e una maggiore integrazione nei servizi sanitari locali. Il profilo demografico della forza lavoro

degli MMG aggrava ulteriormente queste sfide: nel 2023, il 68% degli MMG in attività si era laureato più di 27 anni prima, con una percentuale superiore al 75% nelle regioni meridionali (Ministero della Salute, 2025). Le proiezioni per i

prossimi cinque anni, considerando i pensionamenti previsti e l'ingresso di medici di base neolaureati, indicano che la densità degli MMG diminuirà in modo più marcato nel Sud, in particolare in Campania, Puglia e Sicilia.

## 5

# Performance del sistema sanitario

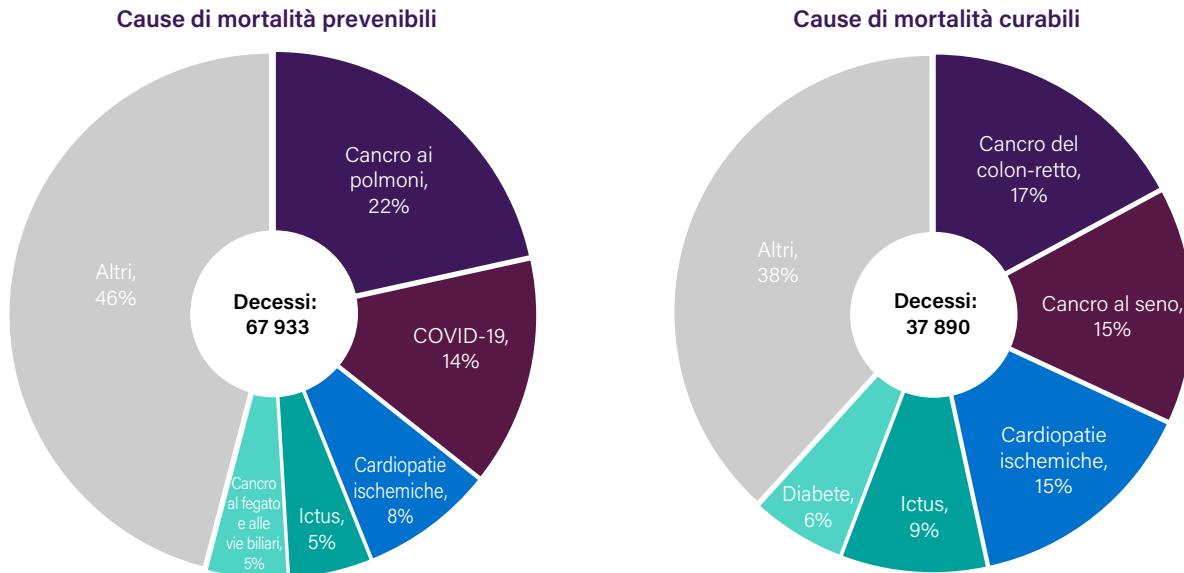
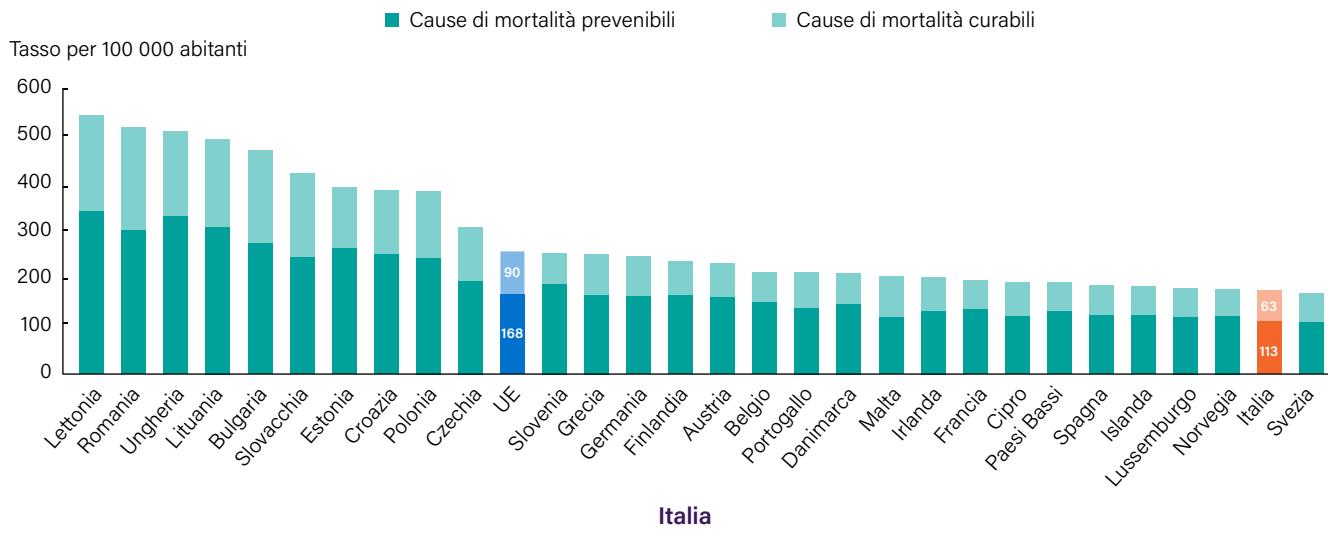
## 5.1 Efficacia

**L'Italia ottiene risultati complessivamente positivi nella prevenzione delle morti prematurre**

Nel 2022, l'Italia ha registrato il secondo tasso di mortalità prevenibile più basso nell'UE, con decessi per cause

potenzialmente prevenibili pari al 9% del totale, circa un terzo al di sotto della media UE (Figura 12). Questo ottimo risultato è stato temporaneamente influenzato dalla pandemia: mentre il tasso di mortalità prevenibile nell'UE è aumentato del 17% nel 2020, in Italia si è registrato un aumento più marcato, pari al 29%, dovuto al numero sproporzionalmente elevato di decessi per COVID-19. Nel 2022, la mortalità prevenibile

**Figura 12. Il tasso di mortalità dell'Italia per cause potenzialmente evitabili è il secondo più basso dell'UE**



*Nota:* la mortalità prevenibile è definita come la mortalità che può essere evitata principalmente attraverso interventi di sanità pubblica e prevenzione primaria. La mortalità curabile (o trattabile) è definita come la mortalità che può essere evitata principalmente attraverso interventi sanitari, compresi lo screening e il trattamento. Entrambi gli indicatori si riferiscono alla mortalità prematura (al di sotto dei 75 anni). Gli elenchi attribuiscono metà di tutti i decessi per alcune malattie (ad esempio cardiopatie ischemiche, ictus, diabete e ipertensione) all'elenco della mortalità prevenibile e l'altra metà alle cause curabili, in modo da evitare il doppio conteggio dello stesso decesso. L'acronimo "IHD" si riferisce alle cardiopatie ischemiche.

Fonte: Eurostat (hlth\_cd\_apr) (i dati si riferiscono al 2022).

in Italia è rimasta superiore del 12% rispetto al 2019, mentre nell'UE nel suo complesso si è registrato un aumento del 9%. Il COVID-19 ha rappresentato il 14% dei decessi prevenibili in quell'anno, posizionandosi al secondo posto dopo il cancro ai polmoni (22%).

L'Italia si distingue anche per la mortalità curabile: nel 2022, il suo tasso standardizzato per età di decessi curabili con un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace era inferiore di circa il 30% alla media dell'UE, principalmente grazie a una mortalità significativamente inferiore per cardiopatia ischemica, tumore del colon-retto e tumore al seno. Queste tre patologie, insieme, hanno rappresentato quasi la metà di tutti i decessi potenzialmente curabili, con circa 17.800 vite perse.

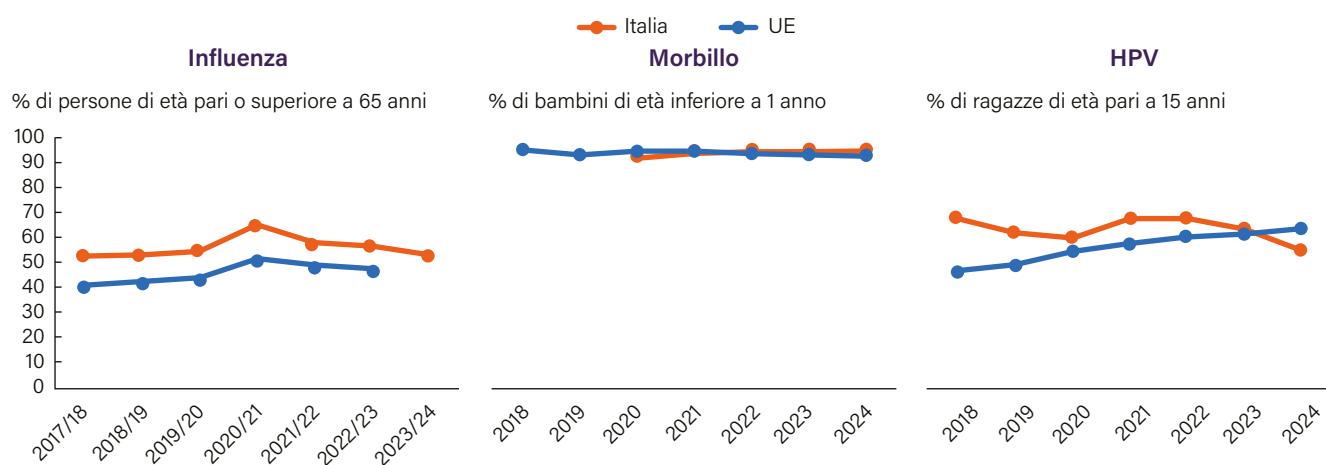
### La copertura vaccinale contro l'influenza rimane elevata, ma persistono lacune nella vaccinazione contro l'HPV e il morbillo negli adulti

In Italia, la diffusione della vaccinazione antinfluenzale tra gli adulti di età pari o superiore a 65 anni rimane relativamente elevata grazie a politiche di lunga data che offrono l'immunizzazione gratuita ai gruppi a rischio. La copertura ha raggiunto il picco del 65% durante la stagione influenzale 2020-21, in gran parte grazie alla maggiore consapevolezza durante la pandemia di COVID-19, per poi diminuire gradualmente negli anni successivi. Nella stagione

2023-24, la copertura è scesa a circa il 53%, pur rimanendo costantemente al di sopra della media UE (Figura 13). La diffusione della vaccinazione contro il papillomavirus umano (HPV) si è rivelata più difficile da sostenere: sebbene il vaccino sia gratuito e fortemente raccomandato a partire dall'età di 11 anni, la copertura tra le ragazze di 15 anni è rimasta stagnante tra il 60% e il 70% negli ultimi cinque anni. Dopo aver superato la media UE, la copertura in Italia è diminuita in termini relativi con l'aumento della diffusione in altri Paesi: nel 2024, il 55% delle ragazze di 15 anni in Italia aveva completato il ciclo completo di vaccinazione contro l'HPV, rispetto al 63% in tutta l'UE.

Dall'introduzione della vaccinazione obbligatoria per i bambini nel 2017, l'Italia ha ottenuto risultati significativi nella lotta al morbillo: la copertura della prima dose tra i bambini di età inferiore a 12 mesi ha raggiunto il 95% nel 2024, superando la media UE del 92%. Tuttavia, questi progressi non hanno impedito una recrudescenza del morbillo, in linea con le tendenze generali dell'UE: nel 2024 in Italia sono stati segnalati oltre 1.000 casi, con un aumento di dieci volte rispetto al 2020 (ECDC, 2025). In Italia, l'età media dei casi ha superato i 30 anni, rispetto ai 5 anni dell'UE, e oltre il 95% delle persone infette non era vaccinato. Questi dati rivelano notevoli lacune immunitarie tra le coorti più anziane e sottolineano la necessità di campagne di recupero mirate.

**Figura 13. L'Italia ha faticato a mantenere gli elevati tassi di vaccinazione antinfluenzale tra le persone di età superiore ai 65 anni raggiunti durante la pandemia di COVID-19**



Note: La media UE è ponderata per l'influenza (calcolata da Eurostat) e non ponderata per il morbillo e l'HPV.

Fonti: Eurostat (hlth\_ps\_immu) e modulo congiunto di segnalazione sull'immunizzazione (JRF) dell'OMS/UNICEF.

### La partecipazione allo screening oncologico non si è ancora completamente ripresa dalle interruzioni causate dalla pandemia

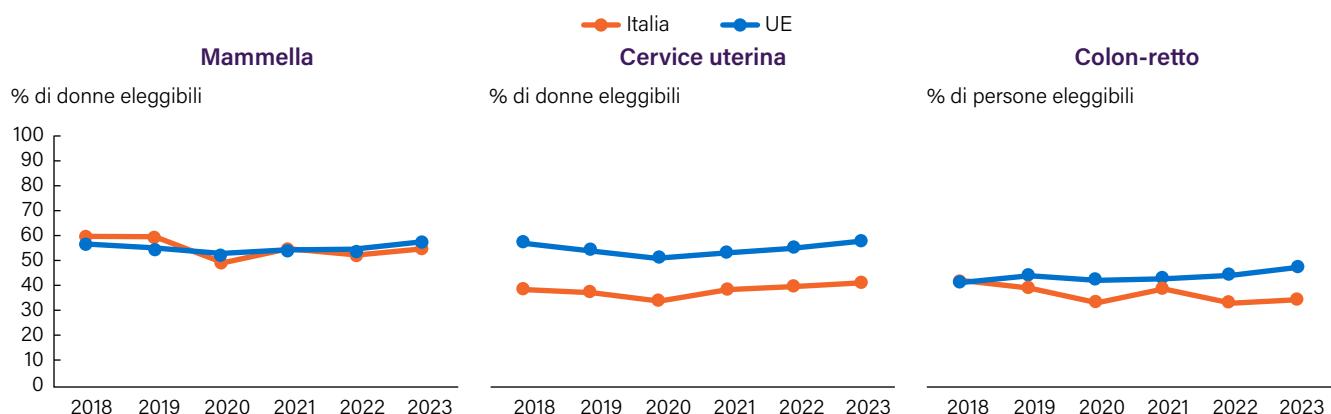
Nel 2023, la partecipazione ai programmi di screening oncologico basati sulla popolazione in Italia è rimasta al di sotto dei livelli pre-pandemia, riflettendo una ripresa incompleta dalle interruzioni causate dal COVID-19. Tra le donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni, la copertura dello screening per il tumore al seno si è attestata al 55% nel 2023, in calo rispetto al 61% circa del 2019; dopo essere scesa al 51% nel 2020, la copertura è risalita al 56% nel 2021, ma da allora è rimasta stabile. Lo screening per il cancro del

colon-retto ha seguito un andamento simile, con una parziale ripresa: la copertura è scesa dal 40% nel 2019 al 34% nel 2020, è salita al 39% nel 2021, ma è poi scesa nuovamente al 35% nel 2023. Al contrario, lo screening del cancro cervicale ha mostrato un andamento più positivo: la copertura tra le donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni è passata dal 34% nel 2020 al 41% nel 2023, superando il valore di riferimento del 2019. Nonostante questi progressi, che coincidono con la transizione in corso in Italia dal Pap test al test HPV-DNA, la copertura dello screening cervicale rimane ben al di sotto della media UE del 58% (Figura 14).

Questi dati nazionali nascondono però forti disparità regionali: in molte regioni del Sud, ampie fasce della popolazione target rimangono escluse dai percorsi di screening organizzati. Nel 2022, in Calabria, meno del 12% delle donne idonee ha partecipato allo screening organizzato per il cancro al seno, a differenza di quanto è avvenuto in diverse regioni

settentrionali, dove la percentuale ha superato il 50%. Disparità geografiche simili riguardano anche gli screening per il cancro del colon-retto e per il cancro cervicale, evidenziando un persistente divario nord-sud nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi di prevenzione secondaria (OECD/European Commission, 2025).

**Figura 14. Lo screening del cancro cervicale in Italia ha recuperato livelli superiori a quelli pre-pandemia, ma è ancora inferiore alla media UE di quasi 15 punti percentuali**



Note: Tutti i dati si riferiscono ai dati del programma. I dati del programma sul cancro del colon-retto si basano su programmi nazionali che possono variare in termini di fascia d'età e frequenza. La media UE non è ponderata.

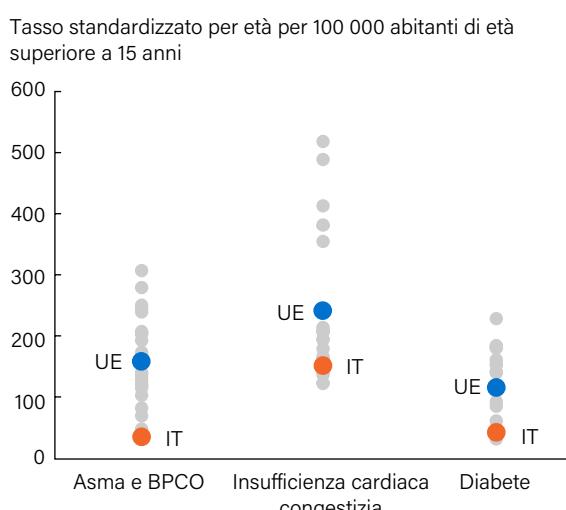
Fonti: OECD Data Explorer (DF\_KEY\_INDIC) e banca dati Eurostat (hlth\_ps\_prev).

### Un solido sistema di assistenza primaria consente all'Italia di mantenere tassi di ricovero ospedaliero eccezionalmente bassi per le malattie croniche

Una misura fondamentale del successo di un sistema di assistenza sanitaria di base è la sua capacità di gestire le malattie croniche all'interno della comunità, evitando così ricoveri ospedalieri costosi. Secondo questo standard, l'Italia si distingue come uno dei paesi con le migliori prestazioni nell'UE. Nel 2023, il tasso combinato di ricoveri ospedalieri

per diabete, insufficienza cardiaca congestizia (CHF), asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) in Italia era il più basso dell'UE, inferiore alla metà della media UE (Figura 15). Questo ottimo risultato è dovuto alla forza del sistema di assistenza primaria del Paese, dove nel 2023 il 70% degli MMG operava in studi associati (Ministero della Salute, 2025). L'efficacia del sistema è particolarmente evidente nella gestione del diabete: nonostante la prevalenza della malattia sia più alta rispetto alla maggior parte degli altri Paesi simili, l'Italia registra il tasso di ricoveri ospedalieri correlati al diabete più basso dell'UE.

**Figura 15. I tassi di ospedalizzazione evitabile in Italia per le principali patologie croniche sono i più bassi dell'UE**



Nota: I tassi di ricovero non sono adeguati alle differenze nella prevalenza della malattia tra i vari paesi. I dati si riferiscono al 2023.

Fonte: OECD Data Explorer (DF\_HCQO).

## 5.2 Accessibilità

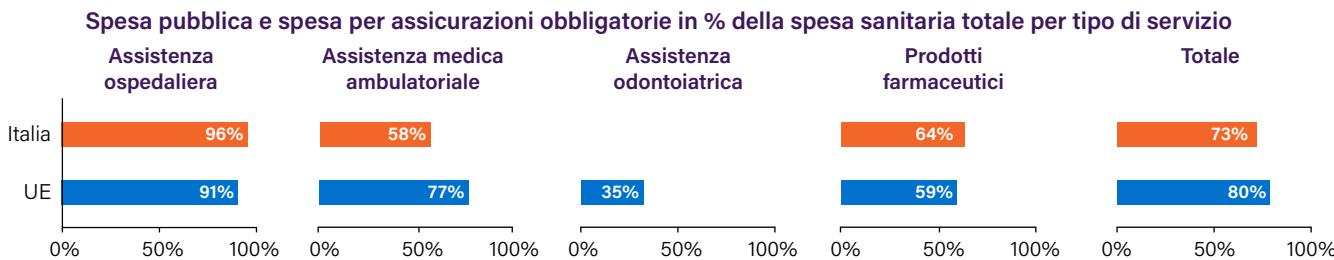
### La copertura pubblica dei servizi sanitari in Italia dà priorità all'assistenza ospedaliera e ai farmaci essenziali

Nel 2023, il finanziamento pubblico ha coperto il 96% della spesa ospedaliera in Italia, superando la media UE del 91% e garantendo un'efficace protezione dei pazienti dai costi elevati delle cure ospedaliere. Anche la copertura pubblica per i farmaci da banco era leggermente più generosa rispetto alla media UE, pari al 63%, riflettendo un solido sistema di rimborso per i farmaci essenziali (Figura 16). Tuttavia, il finanziamento pubblico rimane notevolmente limitato in altri settori dell'assistenza sanitaria. L'assistenza odontoiatrica finanziata con fondi pubblici è limitata principalmente ai bambini di età inferiore ai 14 anni e a determinati gruppi vulnerabili, rappresentando una delle principali voci di spesa a carico dei cittadini (OOP) per la maggior parte delle famiglie. L'impatto è particolarmente grave per le popolazioni svantaggiate: nel 2024, il 12,5% delle persone a rischio di

povertà che necessitavano di cure dentali ha segnalato un bisogno insoddisfatto a causa dei costi, della distanza o dei tempi di attesa, rispetto al 4,6% della popolazione generale, con un divario quasi triplo (Figura 18). Anche i servizi medici ambulatoriali presentano carenze di copertura simili: nel 2023,

solo il 58% dei costi correlati era finanziato con fondi pubblici, al di sotto della media UE del 77%. Questo divario è in parte dovuto ai lunghi tempi di attesa per le visite specialistiche, che spesso spingono i pazienti a cercare un accesso più rapido tramite servizi privati a pagamento.

**Figura 16. Le finanze pubbliche coprono il costo di quasi tutti i servizi di assistenza ospedaliera in Italia**



Note: I servizi medici ambulatoriali si riferiscono principalmente ai servizi forniti da medici generici e specialisti nel settore ambulatoriale. I prodotti farmaceutici includono i medicinali soggetti a prescrizione medica e quelli da banco, nonché i prodotti medici non durevoli. N/A significa che i dati non sono disponibili. La media UE è ponderata.

Fonte: OECD Data Explorer (DF\_SHA). I dati si riferiscono al 2023.

### L'elevata spesa privata riflette gli acquisti diretti da fornitori privati piuttosto che la condivisione dei costi all'interno del sistema pubblico

Nel 2023, le fonti private hanno rappresentato quasi il 27% della spesa sanitaria totale in Italia, sette punti percentuali al di sopra della media UE. La maggior parte di questa spesa privata proveniva da pagamenti diretti (OOP), pari al 24%, mentre l'assicurazione sanitaria volontaria (VHI) contribuiva con un ulteriore 3% (Figura 17). L'elevata quota di OOP in Italia è determinata principalmente dai pagamenti diretti per servizi forniti da strutture private, piuttosto che dalla condivisione formale dei costi all'interno del SSN. Nel 2023, i ticket obbligatori per le visite specialistiche e i farmaci hanno rappresentato solo il 7,4% della spesa totale OOP, per un totale di 1,71 miliardi di euro per i servizi specialistici e 1,48 miliardi di euro per i farmaci. Inoltre, i regimi di esenzione basati sul reddito, sull'età e sulla vulnerabilità clinica hanno coperto circa il 28% di tutti i servizi ambulatoriali specialistici erogati nel 2023, limitando l'impatto dei ticket. Il ruolo della ripartizione formale dei costi è rimasto sostanzialmente invariato dall'abolizione, nel 2020, del Superticket, un

supplemento fisso di 10 euro sulla maggior parte delle visite ambulatoriali e degli esami diagnostici (Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, 2024). Gli acquisti privati diretti dominano la spesa OOP italiana: quasi la metà (47%) della spesa OOP totale nel 2023 è stata destinata a visite specialistiche e interventi, con i servizi odontoiatrici che da soli rappresentano circa il 30% di questa categoria. La spesa farmaceutica privata, non coperta dal SSN, è rimasta sostanzialmente in linea con la media UE, mentre la spesa per i servizi di degenza e di assistenza a lungo termine è rimasta trascurabile.

La concentrazione dei pagamenti OOP per i servizi acquistati privatamente rappresenta un notevole onere finanziario per molte famiglie. Nel 2022, l'Italia ha registrato il tasso più elevato di spesa sanitaria catastrofica nell'Europa occidentale: si stima che l'8,6% delle famiglie abbia sostenuto costi OOP superiori al 40% della propria capacità di spesa, definita come spesa totale al netto delle necessità di sussistenza. L'onere ha gravato in modo sproporzionato sui più poveri: le famiglie appartenenti al quintile di reddito più basso hanno rappresentato il 60% della spesa sanitaria catastrofica totale.

**Figura 17. L'assistenza specialistica ambulatoriale rappresenta la spesa sanitaria privata superiore alla media in Italia**



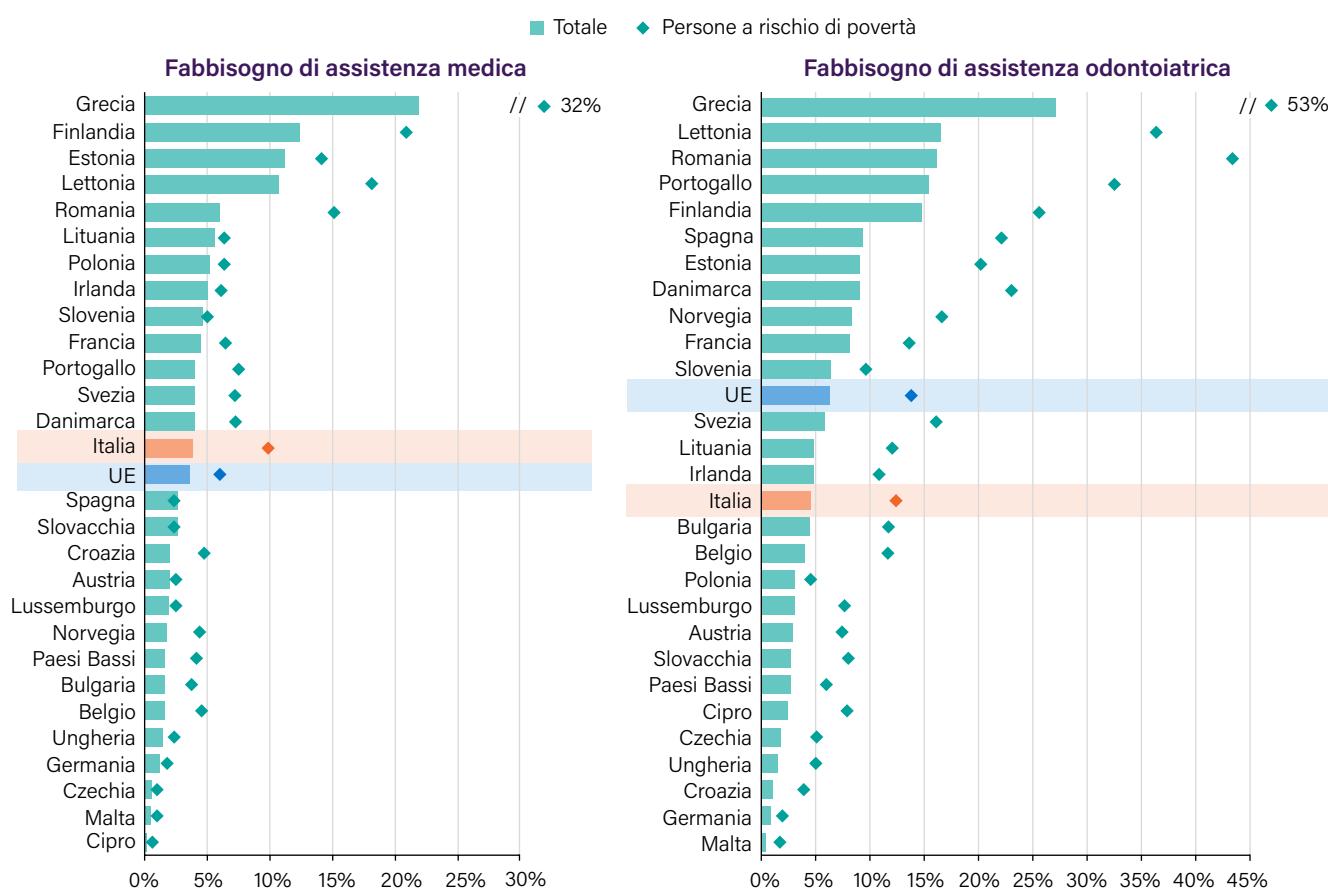
Note: L'assicurazione sanitaria privata comprende anche altri regimi di pagamento anticipato volontario. La media dell'UE è ponderata.  
Fonte: OECD Data Explorer (DF\_SHA). I dati si riferiscono al 2023.

## Le esigenze sanitarie non soddisfatte rimangono complessivamente moderate, ma rivelano notevoli disparità socioeconomiche

Nel 2024, il 3,8% degli adulti italiani che hanno dichiarato di aver bisogno di cure mediche ha anche affermato di non poterle ottenere a causa dei costi eccessivi, della distanza o dei tempi di attesa, un dato vicino alla media UE del 3,6%. Tuttavia, questo dato aggregato nasconde notevoli disparità socioeconomiche: le persone a rischio di povertà erano 2,6 volte più propense a segnalare bisogni medici insoddisfatti rispetto alla popolazione generale, un divario sostanzialmente più ampio rispetto alla media UE di 1,6 (Figura 18). Le barriere all'accesso erano ancora più pronunciate per le cure

dentistiche, riflettendo la loro limitata copertura pubblica. Nel 2024, il 4,6% degli adulti che hanno dichiarato di aver bisogno di cure dentistiche non è stato in grado di ottenerle, un dato inferiore alla media UE del 6,3%. Tuttavia, anche in questo caso, le disuguaglianze sono rimaste marcate: gli adulti a rischio di povertà hanno dovuto affrontare esigenze dentistiche insoddisfatte con un tasso 2,7 volte superiore rispetto alla popolazione generale, a fronte di un rapporto medio UE pari a 2,2. Questi dati suggeriscono che, sebbene il sistema sanitario italiano garantisca un accesso relativamente equo a livello aggregato, le lacune nella copertura pubblica, in particolare per quanto riguarda le cure dentistiche, creano barriere sproporzionate per i gruppi svantaggiati.

**Figura 18. Le esigenze sanitarie insoddisfatte in Italia sono più concentrate tra le persone a basso reddito rispetto alla media UE**



Note: La media UE è ponderata. I dati si riferiscono solo alle persone che hanno dichiarato di avere esigenze di assistenza medica. Le persone a rischio di povertà sono definite come quelle con un reddito disponibile equivalente inferiore al 60% del reddito disponibile mediano nazionale.

Fonte: banca dati Eurostat (hlth\_silc\_08b, hlth\_silc\_09b). I dati si riferiscono al 2024.

## Un numero maggiore di regioni soddisfa i LEA, ma le regioni meridionali e quelle più piccole sono ancora in ritardo in settori di servizi fondamentali

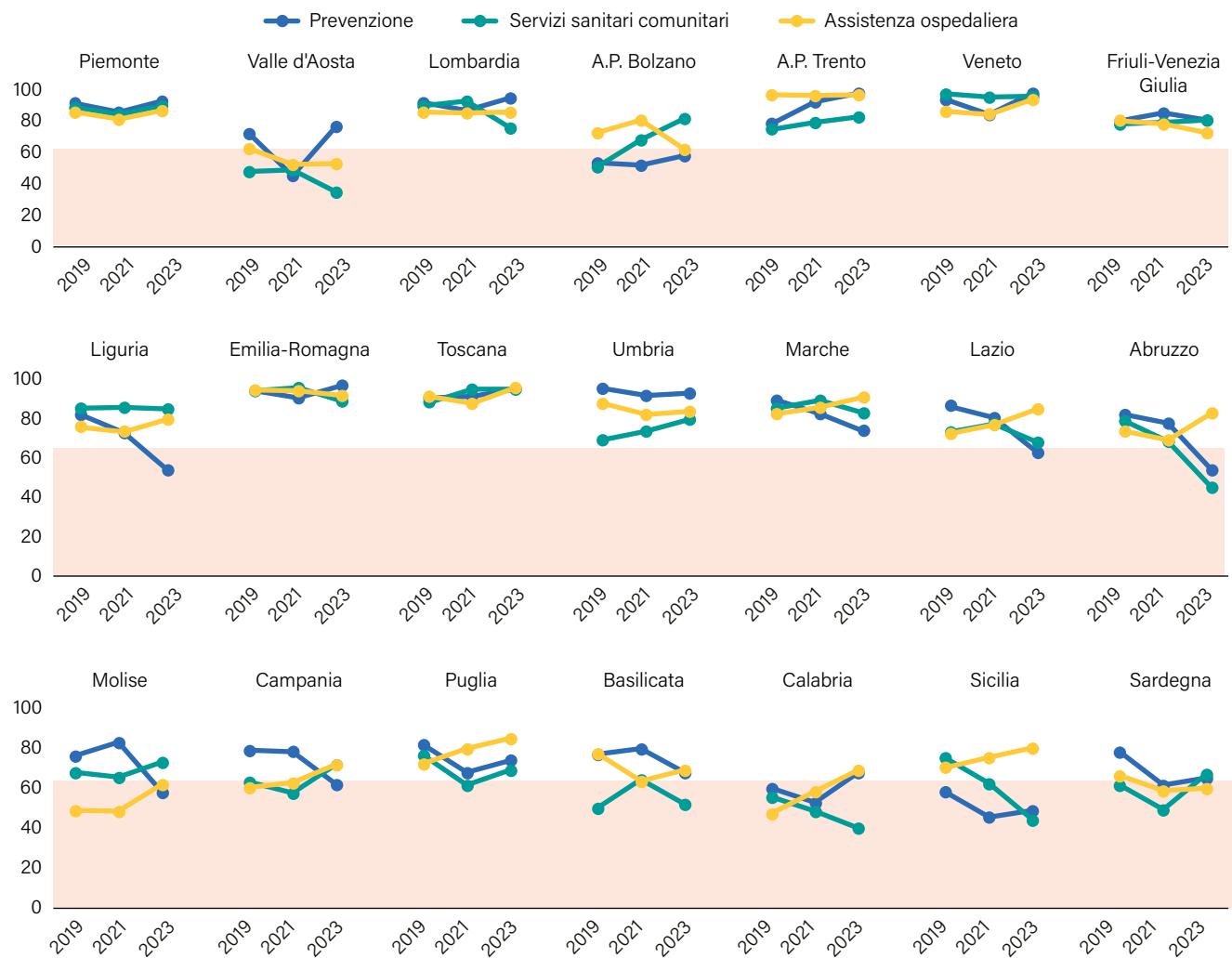
Dal 2020, il Servizio Sanitario Nazionale italiano monitora il rispetto, da parte delle regioni, dei livelli minimi di assistenza previsti dalla legge (Livelli Essenziali di Assistenza, LEA) attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). Questo sistema assegna a ogni regione un punteggio basato su una serie di indicatori fondamentali in tre macroaree: prevenzione, assistenza territoriale e servizi ospedalieri. Per ciascuna area, le regioni devono raggiungere almeno 60 punti su 100;

quelle che non raggiungono tale punteggio devono attuare piani di azione correttivi e rischiano di perdere l'accesso ai finanziamenti nazionali destinati alle prestazioni. I risultati del NSG 2023 mostrano un graduale miglioramento complessivo, ma permangono notevoli disparità interregionali (Figura 19). Tredici regioni hanno raggiunto o superato lo standard minimo in tutte e tre le aree, mentre otto non lo hanno raggiunto in almeno una: la Valle d'Aosta, l'Abruzzo e la Sicilia hanno ottenuto risultati inferiori alla media in due aree, mentre le altre cinque non hanno raggiunto lo standard in una sola area. Le carenze si concentrano soprattutto nella prevenzione e nell'assistenza comunitaria e colpiscono in modo

sproporzionato le regioni meridionali più piccole. Nonostante il numero di regioni pienamente conformi sia aumentato dal 2020, il rendimento ancora basso in diversi territori sottolinea

la necessità di investimenti mirati, di un rafforzamento della governance e di una migliore gestione per garantire un accesso equo alle LEA in tutto il Paese.

**Figura 19. In tutte le regioni, le carenze dei livelli essenziali di assistenza tendono a concentrarsi nella prevenzione e nell'assistenza comunitaria**



Note: I punteggi composti per la prevenzione, i servizi sanitari comunitari e l'assistenza ospedaliera misurano la capacità di ciascuna regione di fornire livelli essenziali di assistenza, utilizzando una serie di 24 indicatori fondamentali. Un punteggio di 100 indica una performance ottimale, mentre qualsiasi punteggio inferiore a 60 (evidenziato in rosa chiaro) è considerato insufficiente.

Fonte: Ministero della Salute (2023)

### 5.3 Resilienza

La resilienza del sistema sanitario, ovvero la capacità di prepararsi, gestire, assorbire, adattarsi e trasformarsi in risposta agli shock e ai cambiamenti strutturali, è diventata un tema centrale nelle agende politiche. Tra le priorità chiave vi sono l'alleviamento delle pressioni sulla fornitura dei servizi, il rafforzamento delle infrastrutture sanitarie e della capacità della forza lavoro, l'adattamento delle strategie di preparazione alle crisi, il sostegno all'innovazione digitale e la salvaguardia della sostenibilità a lungo termine.

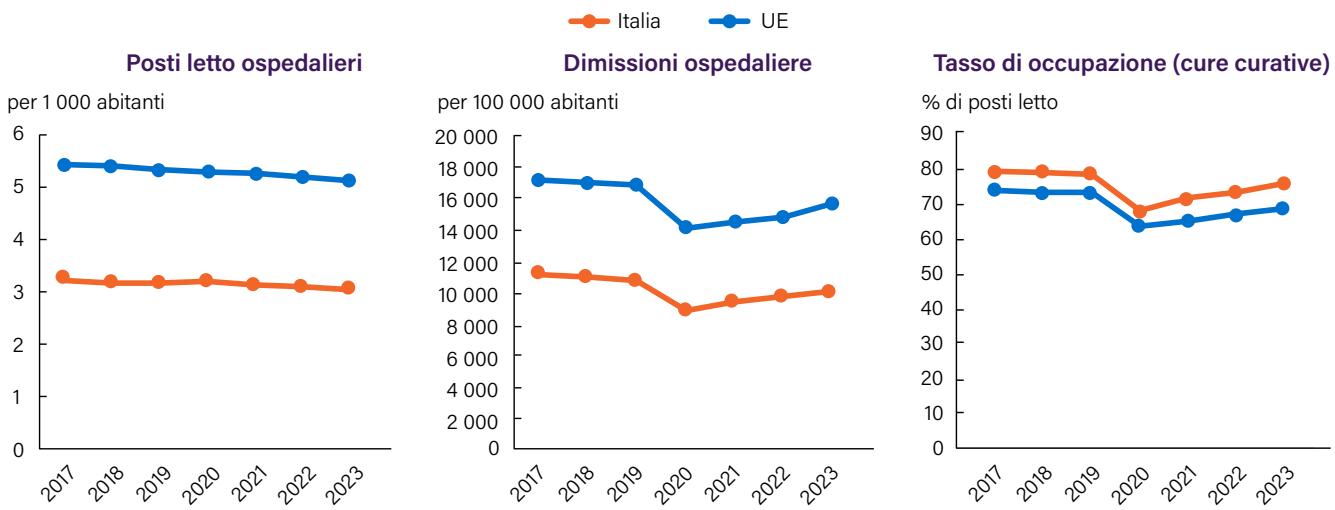
**Mentre proseguono gli sforzi per migliorare l'adeguatezza dell'assistenza, il volume delle attività ospedaliere rimane al di sotto dei livelli pre-pandemia**

La capacità di assistenza acuta dell'Italia è inferiore rispetto a quella della maggior parte degli altri paesi dell'UE. Nel 2023,

la densità dei posti letto ospedalieri era di tre posti letto ogni 1.000 abitanti, il 40% al di sotto della media UE, e i tassi di dimissione ospedaliera erano inferiori del 36%, riflettendo una strategia di lungo termine volta a ridurre i ricoveri evitabili. Nonostante il volume delle dimissioni abbia registrato una ripresa rispetto al minimo del 2020, nel 2023 è rimasto inferiore di oltre il 6% rispetto al livello del 2019. Nel 2023, l'occupazione media dei posti letto è salita al 75%, superando la media UE e aumentando rispetto al 68% del 2020, ma rimanendo comunque al di sotto del livello pre-pandemico di circa il 79% (Figura 20).

Oltre alla riduzione della capacità, l'Italia ha compiuto progressi nella concentrazione delle risorse ospedaliere sui casi più complessi. Tra il 2013 e il 2023, l'indice medio di case mix per i ricoveri acuti, che misura la complessità clinica, è aumentato del 15%, mentre nel solo 2023 gli ospedali hanno registrato una riduzione del 4% delle dimissioni chirurgiche

Figura 20. L'attività ospedaliera è ancora al di sotto dei livelli pre-COVID



Nota: la media UE è ponderata in base al numero di posti letto ospedalieri e alle dimissioni ospedaliere.

Fonte: Eurostat (hlth\_rs\_bds1) e OECD Data Explorer (DF\_KEY\_INDIC).

potenzialmente inappropriate. Nonostante questi progressi, permangono alcune sfide: le degenze ospedaliere di un giorno, spesso indicative di ricoveri che potrebbero essere gestiti in regime ambulatoriale, hanno rappresentato il 40% di tutti i ricoveri ospedalieri nel 2023. Inoltre, i ricoveri per gruppi di diagnosi che potrebbero essere trattati in modo più appropriato in regime ambulatoriale sono aumentati da 1,63 milioni nel 2022 a 1,71 milioni nel 2023 (Ministero della Salute, 2024).

Queste pressioni coincidono con marcate disparità interregionali che determinano un'elevata mobilità dei pazienti. Nel 2023, oltre l'8% dei ricoveri per cure acute è avvenuto al di fuori della regione di residenza dei pazienti, con tassi molto più elevati nel Mezzogiorno: il 21% in Calabria, il 29% in Basilicata e il 32% in Molise. Sebbene la vicinanza ai confini regionali spieghi in parte questa mobilità, i flussi in uscita costantemente elevati evidenziano le lacune delle infrastrutture ospedaliere locali. Nel 2023, i pazienti che hanno cercato cure al di fuori della propria regione di residenza hanno generato una spesa di quasi 3 miliardi di euro per 668.145 ricoveri ospedalieri, di cui l'84% è stato indirizzato verso le regioni settentrionali.

### Nonostante i brevi ritardi chirurgici, i lunghi tempi di attesa per le visite specialistiche e le diagnosi rimangono un ostacolo importante all'assistenza medica

I tempi di attesa per i servizi sanitari rappresentano una sfida importante in Italia: nel 2023, il 7,6% della popolazione ha dichiarato di aver rinunciato alle cure mediche a causa delle lunghe liste d'attesa, dei costi o delle difficoltà di accesso. Le liste d'attesa sono state l'ostacolo più frequentemente citato, interessando 2,7 milioni di persone, quasi il doppio rispetto agli 1,5 milioni registrati nel 2019, a indicare come la pandemia abbia acuito un problema di vecchia data. I ritardi si concentrano nei punti di accesso alle cure specialistiche: le visite iniziali e gli esami diagnostici hanno rappresentato oltre il 60% di tutti gli ostacoli all'accesso legati ai tempi di attesa,

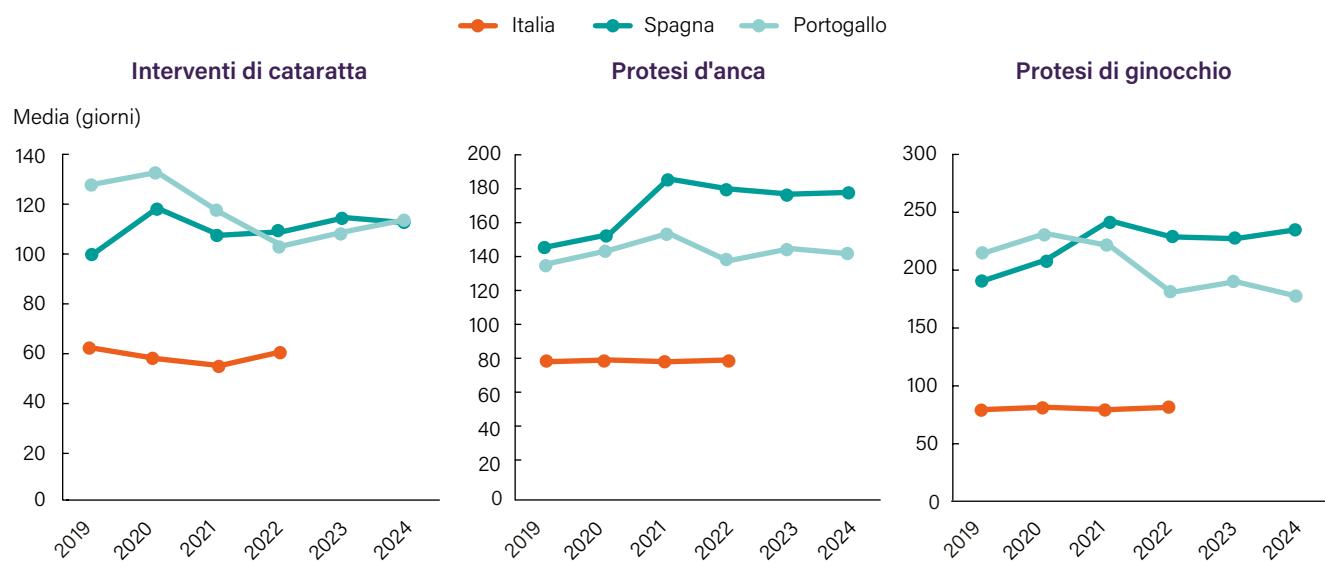
superando di gran lunga i problemi relativi alle fasi successive del trattamento (ISTAT, 2024).

I confronti internazionali offrono una prospettiva più sfumata: per un paniere specifico di interventi chirurgici elettori, come la rimozione della cataratta e la sostituzione dell'anca e del ginocchio, l'Italia ha registrato nel 2022 un tempo di attesa medio di soli 74 giorni, uno dei più brevi nell'UE, e ben al di sotto dei livelli di paesi con una spesa sanitaria pro capite comparabile, come la Spagna e il Portogallo (Figura 21). Tuttavia, queste cifre riflettono solo l'intervallo di tempo tra l'inserimento del paziente nella lista d'attesa per l'intervento chirurgico e l'intervento stesso, escludendo i lunghi ritardi nell'accesso alle visite e alle valutazioni diagnostiche necessarie prima che il paziente possa essere inserito in lista d'attesa. Questa discrepanza indica che la fase diagnostica e di riferimento rappresenta un collo di bottiglia fondamentale nel percorso di cura in Italia, più che l'effettiva esecuzione dell'intervento chirurgico. Per rispondere a questa situazione, il governo ha adottato un Piano Nazionale per la Gestione delle Liste d'Attesa (PNGLA) che dovrebbe essere attuato nel periodo 2025-2027 (Riquadro 1).

### Tra le esigenze fiscali concorrenti, la spesa sanitaria pubblica italiana è tornata ai livelli pre-pandemia nel 2023

Tra il 2015 e il 2019, la spesa sanitaria pubblica pro capite in Italia è cresciuta solo dello 0,7% all'anno, ben al di sotto della media UE del 2,9%. Questa crescita modesta rifletteva i più ampi vincoli alla spesa pubblica, con la quota destinata alla sanità che rimaneva stabile intorno al 14% della spesa pubblica totale. La pandemia di COVID-19 ha temporaneamente invertito questa tendenza: tra il 2019 e il 2021, la spesa sanitaria pubblica pro capite è aumentata di oltre il 9% in termini reali, principalmente a causa dell'acquisto di vaccini e di altri costi legati all'emergenza. Tuttavia, la spesa reale è diminuita del 3,5% nel 2022 e di un ulteriore 4,5% nel 2023, riportando la spesa pro capite ai livelli del 2019 e al di sotto della traiettoria implicita nella tendenza pre-pandemica

**Figura 21. Una volta che i pazienti sono inseriti nella lista, l'Italia continua a registrare alcuni dei tempi di attesa più brevi per gli interventi chirurgici elettivi nell'UE**



Fonte: OECD Data Explorer (DF\_WAITING).

#### Riquadro 1. Il nuovo Piano Nazionale per la Gestione delle Liste d'Attesa in Italia

Per combattere i tempi di attesa sempre più lunghi, l'Italia ha lanciato il Piano nazionale per la gestione delle liste d'attesa (2025-2027). Il fulcro del piano è la Piattaforma Nazionale delle Liste d'Attesa (PNLA), un pannello di controllo unificato operativo dal luglio 2025. I dati relativi alla prima metà del 2025 indicano che, se da un lato i servizi urgenti (richiesti entro tre giorni) vengono erogati in modo efficace, dall'altro il sistema fatica a gestire le cure meno urgenti che costituiscono oltre il 75% della domanda. Se da un lato le prestazioni sono eccellenti in settori come l'oncologia, dall'altro in altri settori permangono ritardi significativi. Ad esempio, le visite cardiologiche differibili, che prevedono un tempo massimo di attesa di 30 giorni, hanno visto smaltire solo il 75% delle liste dopo una media di 90 giorni.

Per colmare queste lacune, il piano introduce i "percorsi di tutela del paziente", vincolanti dal punto di vista legale. Questi prevedono che le autorità sanitarie locali (ASL) offrano ai pazienti alternative tempestive quando un servizio non può essere erogato entro i tempi garantiti, inclusa la possibilità di rivolgersi ad altri fornitori pubblici o accreditati o di acquistare servizi dal settore privato a spese pubbliche. Tale misura è sostenuta da un bilancio nazionale dedicato di 50 milioni di euro per il 2025, che salirà a 100 milioni di euro annui a partire dal 2026. Questi fondi saranno distribuiti alle regioni sotto forma di incentivi basati sulle prestazioni per l'assunzione di personale, l'estensione dell'orario di servizio o la stipula di contratti con fornitori privati. La riforma è ulteriormente rafforzata da una supervisione regionale dedicata, dall'integrazione obbligatoria del sistema per tutti i fornitori e da sanzioni per gli appuntamenti mancati.

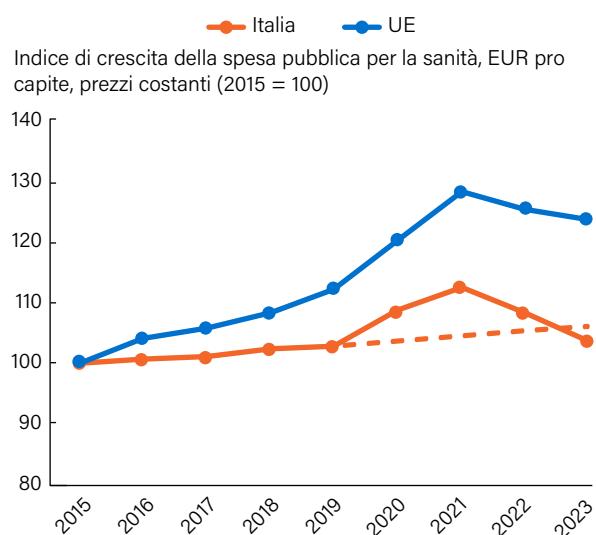
Fonte: Ministero della Salute (2025)

(Figura 22). Nonostante la spesa pro capite sia tornata ai livelli pre-pandemia, la quota della sanità sulla spesa pubblica totale è scesa al minimo storico del 12% nel 2023, a causa dell'espansione di altre voci di spesa pubblica, principalmente determinata dai crediti d'imposta per la ristrutturazione degli edifici e dall'aumento degli interessi sul debito pubblico, che hanno ridotto il peso relativo della sanità nel bilancio. Nonostante la prevista sospensione dei bonus energetici e abitativi possa creare un certo margine di manovra fiscale, la sanità dovrà comunque affrontare la forte concorrenza di voci di spesa quali le pensioni, il servizio del debito e altri impegni prioritari (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2024).

#### L'Italia riceve ingenti finanziamenti dall'UE a sostegno delle riforme e della resilienza del sistema sanitario

L'Italia è uno dei principali beneficiari dei finanziamenti dell'UE per la sanità e attinge a tre strumenti complementari: il *Piano nazionale di ripresa e resilienza* (PNRR), i fondi della politica di coesione e il programma *EU4Health*. Sebbene presentino differenze in termini di portata e ambito di applicazione, questi strumenti condividono l'obiettivo di modernizzare le infrastrutture sanitarie e di migliorare la resilienza del sistema. Il PNRR è la fonte più consistente, con uno stanziamento di 16 miliardi di euro per la sanità tra il 2021 e il 2026, pari a oltre l'8% del piano totale italiano. Queste risorse sostengono le riforme strutturali attraverso

**Figura 22. La spesa sanitaria pubblica pro capite dell'Italia è tornata al livello pre-COVID nel 2023**



Note: La media UE è ponderata, calcolata dall'OCSE. La linea tratteggiata rappresenta la tendenza prevista sulla base dei dati pre-pandemia (2015-2019).

Fonte: OECD Data Explorer (DF\_SHA).

il potenziamento delle infrastrutture e dei sistemi digitali, l'ampliamento dell'assistenza sanitaria di base tramite la telemedicina e il rafforzamento del personale sanitario. I fondi della politica di coesione 2021-2027 forniscono un ulteriore miliardo di euro, destinato principalmente a rafforzare la capacità sanitaria. Circa il 60% di questa dotazione finanzia investimenti in infrastrutture sanitarie, attrezzature mediche e digitalizzazione, mentre il resto è destinato a migliorare l'accessibilità, l'efficienza e la resilienza del sistema sanitario. Infine, il programma EU4Health ha contribuito con 136 milioni

di euro nel periodo 2021-2025, riflettendo la sua attenzione alle minacce sanitarie transfrontaliere. I finanziamenti si sono concentrati sulla preparazione alle crisi (37%) e sulla cura del cancro (31%).<sup>1</sup>

### Le tendenze divergenti nella formazione di medici e infermieri espongono l'Italia al rischio di un futuro squilibrio nel mix di competenze

Negli ultimi dieci anni, l'Italia ha ampliato in modo significativo il proprio percorso di formazione del personale medico. Il numero di laureati in medicina ha raggiunto il picco nel 2020, con 16,6 laureati ogni 100.000 abitanti nel 2023, il 9% in più rispetto alla media UE. Allo stesso tempo, misure politiche mirate hanno risolto in gran parte il problema storico della formazione medica post-laurea: tra il 2020 e il 2024 sono stati finanziati oltre 50.000 contratti di specializzazione, colmando quasi completamente il divario tra il numero di laureati in medicina e i posti disponibili per la formazione specialistica. Tuttavia, il reclutamento nelle specializzazioni critiche per il sistema rimane debole: nel 2024, un quarto dei posti di specializzazione è rimasto vacante, con un tasso di occupazione particolarmente basso nelle specializzazioni critiche per il sistema, come la medicina d'urgenza (tasso di posti vacanti del 30%) e la patologia clinica (15%). Il problema è aggravato dall'abbandono: circa il 9% degli specializzandi, infatti, interrompe la formazione prima del completamento (ALS, 2024). Guardando al futuro, l'Italia intende espandere ulteriormente la capacità di formazione medica universitaria e adottare un modello di ammissione "ad accesso libero" (Riquadro 2).

Al contrario, il percorso formativo infermieristico è sottoposto a una pressione crescente. Dal picco raggiunto nel 2013, il numero annuo di laureati in infermieristica è diminuito

### Riquadro 2. Un piano ambizioso per potenziare la formazione medica potrebbe spostare le strozzature a valle

Per soddisfare il fabbisogno previsto di personale medico, le autorità italiane hanno annunciato un progressivo potenziamento della formazione universitaria in ambito medico, con l'obiettivo di formare 30.000 medici in più entro il 2032 rispetto a uno scenario immutato, a partire da circa 20.900 iscritti nel 2023/24. Allo stesso tempo, a partire dall'anno accademico 2025, è stata avviata una revisione completa delle modalità di ammissione: il tradizionale test di ammissione a scelta multipla è stato sostituito da un semestre di accesso libero (il cosiddetto "semestre filtro"), in cui l'accesso al curriculum medico completo dipende dai risultati di un test nazionale standardizzato alla fine del semestre.

Sebbene questa riforma dovrebbe ampliare le opportunità e allineare l'offerta alla domanda a medio termine, le analisi delle parti interessate individuano tre rischi di attuazione. In primo luogo, se i posti per le specializzazioni post-laurea non aumentano parallelamente alla capacità dei corsi di laurea, il collo di bottiglia potrebbe semplicemente spostarsi dall'ammissione alla specializzazione, lasciando i laureati in eccesso senza la possibilità di qualificarsi come specialisti. In secondo luogo, un aumento rapido delle coorti del primo anno potrebbe superare la disponibilità di docenti e infrastrutture fisiche, compromettendo potenzialmente la qualità della formazione. Infine, le università fanno notare che le attuali norme di finanziamento non coprono i costi aggiuntivi derivanti dall'aumento del numero di studenti ammessi, sollevando preoccupazioni riguardo alle pressioni di bilancio non finanziarie.

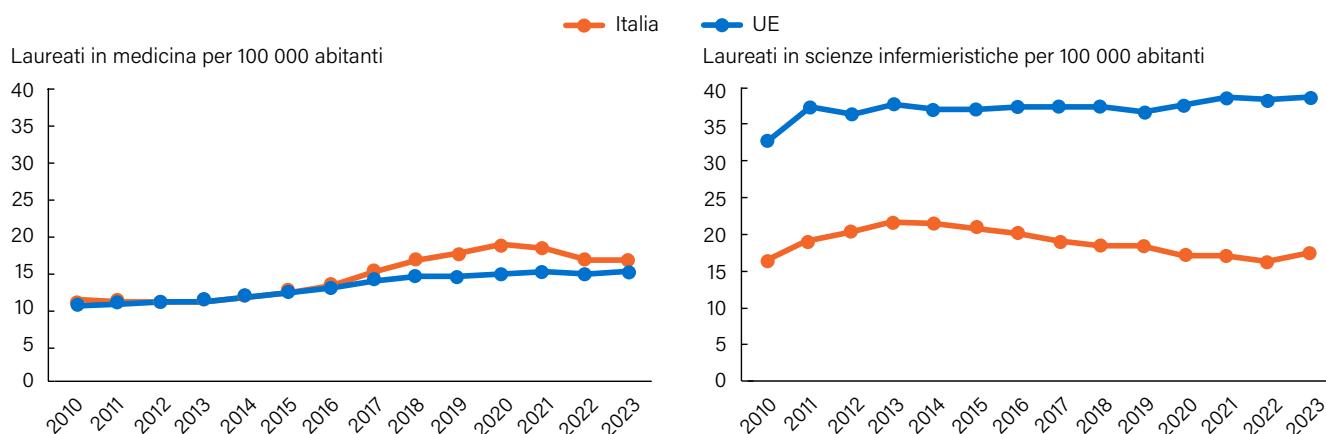
Fonte: Ministero dell'Università e della Ricerca (2025), SISM (2025).

<sup>1</sup> I dati si basano sulle informazioni disponibili al 20 settembre 2025; eventuali modifiche future potrebbero influire su queste cifre.

costantemente, raggiungendo il minimo storico di 16,3 ogni 100.000 abitanti nel 2022, valore inferiore alla metà della media UE (Figura 23). Questa tendenza al ribasso riflette un forte calo dell'attrattiva della professione: il rapporto tra candidati e posti disponibili per i corsi di laurea in Infermieristica è sceso da 1,6 nel 2019 a 1,04 nel 2024, eliminando di fatto la pressione selettiva. L'elevato tasso

di abbandono scolastico aggrava la carenza: i tassi di abbandono al primo anno hanno raggiunto circa il 15% nel 2022-2023. Se non verrà invertita, questa tendenza rischia di ampliare gli squilibri nella combinazione delle competenze, proprio mentre l'Italia sta accelerando il passaggio a modelli di assistenza basati sulla comunità che fanno maggiore affidamento sugli infermieri.

**Figura 23. Dal 2020, l'Italia ha prodotto nuovi laureati in infermieristica a un tasso inferiore alla metà della media UE**



*Nota: la media UE è ponderata (calcolata dall'OCSE). I dati includono i laureati di tutti i programmi di infermieristica, non solo quelli che soddisfano la direttiva UE per gli infermieri generici.*

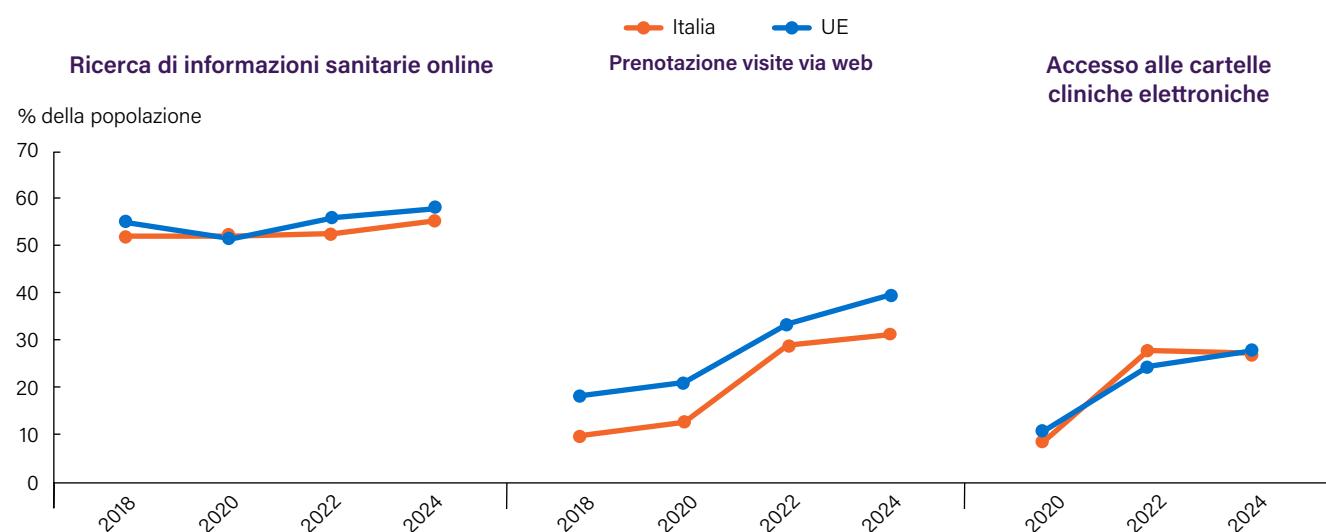
*Fonte: OECD Data Explorer (DF\_GRAD).*

### Negli ultimi anni l'Italia ha aumentato i propri investimenti nella sanità digitale, ma i progressi rimangono limitati dal persistente divario regionale e dalle carenze di competenze digitali

Dall'inizio della pandemia, l'Italia ha accelerato la trasformazione digitale del proprio sistema sanitario, ma gli investimenti e la diffusione tra il pubblico rimangono inferiori rispetto alla media europea. La spesa in conto capitale per la sanità digitale pro capite è risultata inferiore di circa il 30% rispetto alla media UE dal 2015 e l'adozione

pubblica degli strumenti sanitari digitali sta procedendo in modo disomogeneo: ad esempio, nel 2024 solo il 31% degli italiani ha dichiarato di aver prenotato una visita medica in modalità digitale, a fronte del 40% registrato nell'intera UE. Al contrario, la percentuale di italiani che accedono alle proprie cartelle cliniche elettroniche (EHR) è cresciuta rapidamente, raggiungendo la media UE del 28% nel 2024 (Figura 24). Questo progresso riflette i notevoli investimenti effettuati nell'ambito del PNRR italiano che ha finanziato l'espansione delle infrastrutture digitali fondamentali del Paese, tra cui

**Figura 24. La percentuale di cittadini italiani che accedono alle cartelle cliniche elettroniche è in linea con la media UE**



*Fonte: Banca dati Eurostat (isoc\_ci\_ac\_i).*

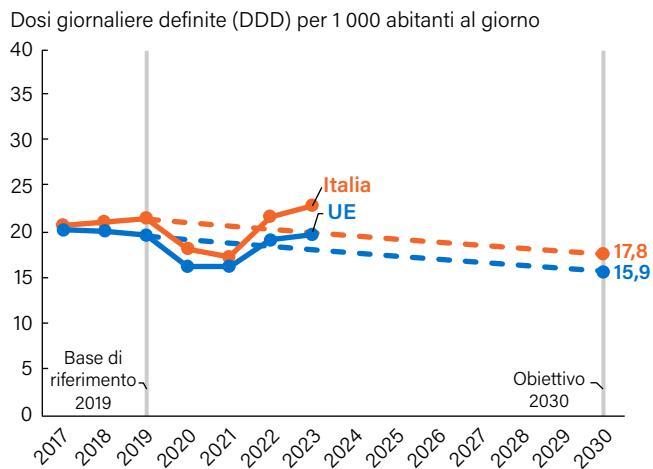
il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0), la Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT) e l'Ecosistema Dati Sanitari (EDS).

Sebbene gli investimenti del PNRR abbiano potenziato l'infrastruttura del sistema sanitario digitale italiano, con il FSE 2.0 che coprirà il 98% della popolazione e quasi tutti i medici di base che saranno collegati entro il 2024, la governance decentralizzata del SSN continua a creare significative disparità regionali in termini di preparazione digitale. Se le regioni settentrionali sono generalmente all'avanguardia nell'interoperabilità dell'EHR e nella diffusione della telemedicina, i tassi di coinvolgimento effettivo degli utenti rimangono disomogenei in tutto il Paese, con diverse iniziative di telemedicina che rimangono sperimentali o frammentarie. Queste disparità evidenziano che, sebbene gli investimenti strategici del PNRR stiano costruendo con successo le infrastrutture di base, per poter usufruire dei vantaggi di un sistema sanitario digitale integrato, è necessario superare barriere più profonde, come la frammentazione regionale e la scarsa alfabetizzazione digitale: meno della metà degli italiani, infatti, possiede competenze digitali di base.

### Il consumo di antibiotici in Italia rimane elevato, rappresentando una sfida persistente per gli sforzi di contenimento della resistenza antimicrobica

L'uso eccessivo di antibiotici rappresenta ancora oggi uno dei principali ostacoli nella lotta dell'Italia contro la resistenza antimicrobica (AMR). Nel 2023, il consumo ha raggiunto le 23,1 dosi giornaliere definite (DDD) per 1.000 abitanti al giorno, il 16% in più rispetto alla media dell'UE, segnando il divario più ampio degli ultimi anni. Questo livello di consumo allontana l'Italia dall'obiettivo prefisso in sede di Consiglio dell'UE di ridurre il consumo del 18 % rispetto ai livelli del 2019 entro il 2030 (Figura 25). Le disparità regionali aggravano la sfida: il consumo di antibiotici nella comunità è nettamente inferiore nelle regioni settentrionali rispetto a quelle meridionali, rivelando pratiche di gestione non uniformi in tutto il Paese.

**Figura 25. Il consumo di antibiotici in Italia non è in linea con l'obiettivo di riduzione fissato per il 2030**



Nota: la media UE è ponderata. Il grafico mostra il consumo di antibiotici negli ospedali e nella comunità. La linea tratteggiata illustra il percorso di riduzione annuale medio per raggiungere l'obiettivo di consumo fissato per il 2030.

Fonte: ECDC ESAC-Net.

Questi elevati livelli di consumo sono correlati al profilo negativo dell'Italia in materia di resistenza antimicrobica: l'indice composito di resistenza antimicrobica dell'ECDC, che misura la percentuale di isolati batterici resistenti alle coppie patogeno-antibiotico di prima linea, colloca l'Italia al sesto posto tra i Paesi con il peggior risultato nell'UE. Il problema non riguarda solo il volume, ma anche la qualità delle prescrizioni: solo circa la metà delle prescrizioni di antibiotici rientra nel gruppo "Access" dell'OMS (antibiotici con un potenziale di resistenza inferiore), ben al di sotto dell'obiettivo del 65%. In risposta, l'Italia ha lanciato un nuovo Piano nazionale di lotta alla resistenza antimicrobica 2022-2025, incentrato sulla sorveglianza integrata, sulla prevenzione delle infezioni associate all'assistenza sanitaria e sulla promozione di un uso prudente degli antibiotici nell'uomo e negli animali (Ministero della Salute, 2023).

## 6

# Focus sulla politica farmaceutica

### La spesa privata rappresenta una quota relativamente importante del finanziamento dei prodotti farmaceutici in Italia

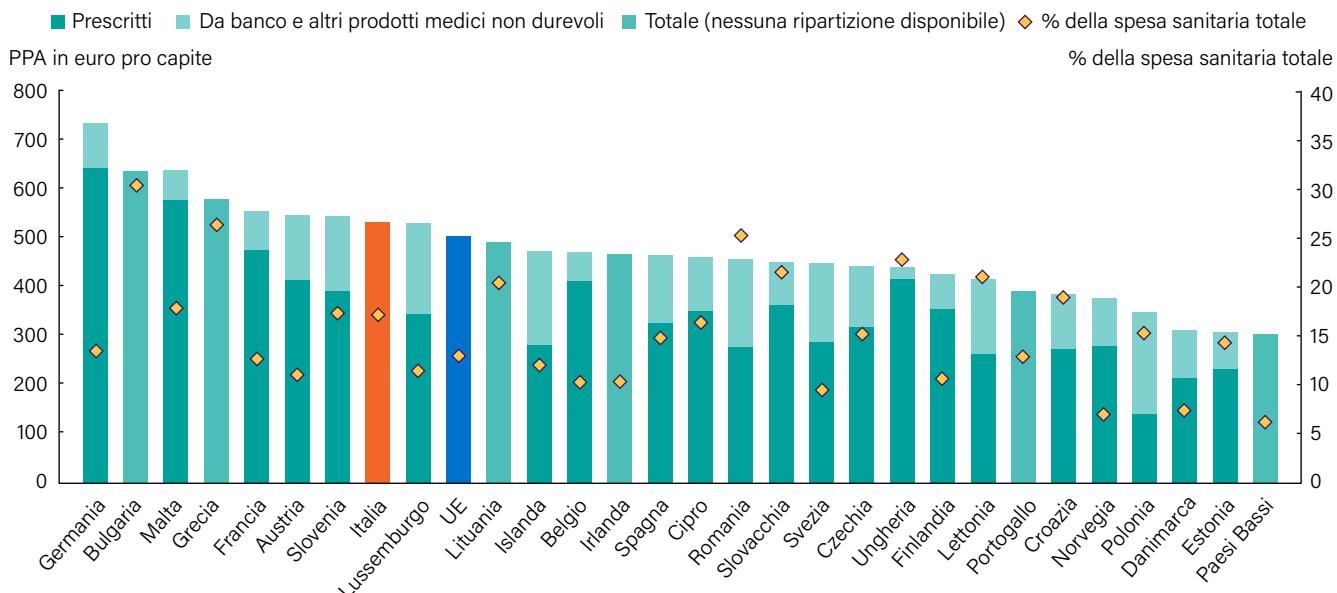
La spesa italiana per i farmaci al dettaglio è solo leggermente superiore alla media UE in termini pro capite, ma assorbe una quota significativamente maggiore della spesa sanitaria corrente. Nel 2023, la spesa pro capite per i farmaci al dettaglio ha raggiunto i 539 euro (dopo l'adeguamento alle differenze di potere d'acquisto), circa il 6% in più rispetto alla media UE. Tuttavia, tale spesa ha rappresentato il 17% della spesa sanitaria corrente in Italia, a fronte di una media del 13% nell'UE (Figura 26). I pagamenti OOP rappresentano

una quota relativamente ampia della spesa farmaceutica in Italia: nel 2023, la spesa OOP per i farmaci al dettaglio ha raggiunto i 10,6 miliardi di euro, pari al 28% circa della spesa farmaceutica totale. Di questi, 7,1 miliardi di euro erano destinati ai farmaci di "classe C" non rimborsabili e 1,1 miliardi di euro ai differenziali di prezzo pagati dai pazienti che hanno scelto farmaci originali rispetto ai generici rimborsabili. Questi pagamenti, che in teoria si potrebbero evitare, variavano da regione a regione, passando da 23,5 euro pro capite nel Sud a 13,3 euro nel Nord (AIFA, 2024). In totale, i pagamenti privati per i farmaci da banco rappresentavano il 6,5% della spesa sanitaria totale italiana, ben al di sopra della media UE del 3,9%.

Nonostante questa forte dipendenza dal finanziamento privato, i prezzi dei farmaci in Italia rimangono relativamente contenuti, riflettendo un quadro normativo di lunga data, guidato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), che valuta a livello centrale i farmaci rimborsabili di classe A (per uso ambulatoriale) e di classe H (per uso ospedaliero), in base al

beneficio terapeutico e al rapporto costo-efficacia. All'inizio del 2024 è stato istituito un Comitato scientifico ed economico (CSE) unificato per consolidare le funzioni tecniche e di revisione dei prezzi e snellire le procedure decisionali e normative.

**Figura 26. I farmaci venduti al dettaglio rappresentano una quota della spesa sanitaria superiore alla media dell'UE**



*Nota: questa cifra rappresenta la spesa farmaceutica dispensata attraverso le farmacie al dettaglio solo per uso ambulatoriale. Sono esclusi i farmaci somministrati in ospedali, cliniche o studi medici.*

*Fonte: OECD Data Explorer (DF\_SHA). I dati si riferiscono al 2023, ad eccezione della Norvegia (2022).*

### La spesa farmaceutica totale in Italia è dominata dagli acquisti ospedalieri

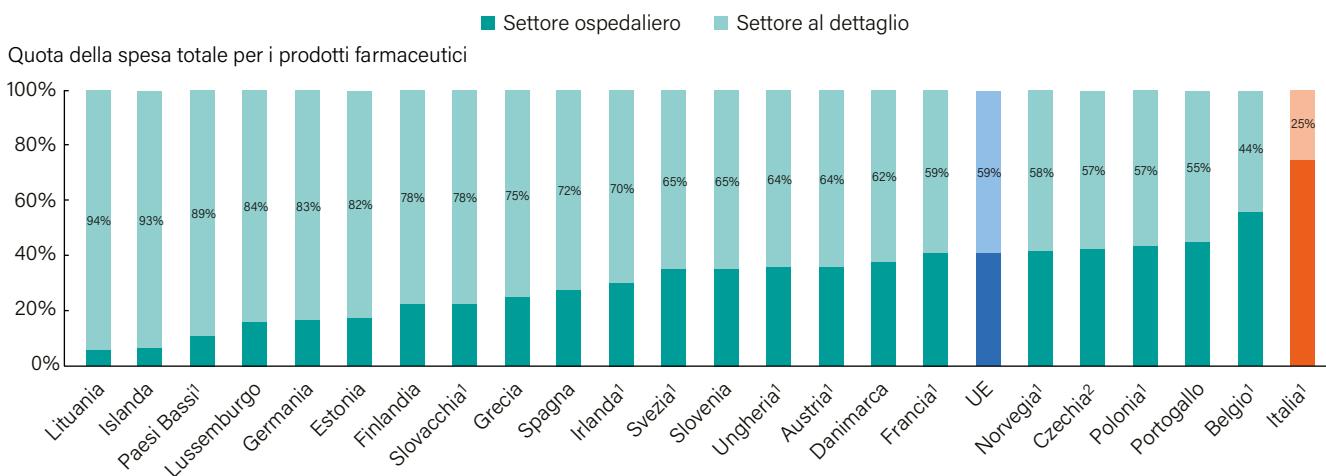
Il sistema farmaceutico italiano è dominato dagli acquisti ospedalieri. Nel 2023, i medicinali acquistati direttamente dagli ospedali o dispensati tramite il sistema di *distribuzione per conto* (DPC) hanno rappresentato circa i tre quarti della spesa farmaceutica totale del Paese, a fronte di una media UE di circa il 41% (Figura 27). Questo netto squilibrio è dovuto sia all'aumento dell'uso di medicinali specialistici ad alto costo, sia a una politica deliberata di convogliare molti farmaci per la cura delle malattie croniche ad alto volume, come i nuovi anticoagulanti orali e i moderni antidiabetici, attraverso gare d'appalto ospedalieri, consentendo agli enti pagatori pubblici di negoziare prezzi più bassi e di monitorare le prescrizioni più da vicino rispetto al settore al dettaglio. Questa classificazione 'gonfia' la quota ospedaliera apparente dell'Italia: ad esempio, gli anticoagulanti orali non antagonisti della vitamina K (NOAC), come l'apixaban e il rivaroxaban, sono forniti tramite distribuzione diretta o DPC in Italia e registrati come spesa ospedaliera, anche se i pazienti li assumono a casa. In diversi altri paesi dell'UE, gli stessi prodotti sono dispensati attraverso le farmacie al dettaglio (AIFA, 2024).

Anche tenendo conto di questa differenza di classificazione, gli agenti antineoplastici e immunomodulanti rimangono il principale fattore di costo all'interno degli ospedali italiani, assorbendo il 44% del loro budget farmaceutico nel 2023. La spesa è aumentata di oltre il 6% su base annua, trainata da

un aumento del consumo del 10% e da un effetto mix positivo del 2%, dovuto al passaggio a terapie più recenti e costose che ha compensato il calo dei prezzi unitari di quasi il 5%. Questo modello incentrato sugli ospedali è fondamentale per la strategia di contenimento dei costi dell'Italia e integra il suo ampio ricorso agli accordi di accesso controllato (Riquadro 3). Tuttavia, riconoscendo le potenziali barriere di accesso per i pazienti affetti da malattie croniche, le autorità di regolamentazione hanno recentemente riclassificato alcuni medicinali, come gli antidiabetici orali, tra cui le gliflozine, per la distribuzione farmaceutica convenzionale.

Un altro strumento fondamentale della politica farmaceutica italiana è il Fondo per i medicinali innovativi (IMF), un fondo fiscalmente autonomo che sostiene l'accesso a terapie ad alto costo e ad alto valore. Una significativa riforma del 2025 ha perfezionato il processo di assegnazione dello status di "innovativo", creando un sistema binario più rigoroso che prevede le categorie "innovativo" e "non innovativo", eliminando la precedente categoria "condizionatamente innovativo". In base alle nuove regole, lo status di "innovativo" viene assegnato in base a indicazioni specifiche per un massimo di 36 mesi. Per qualificarsi, una terapia deve essere sottoposta a una valutazione completa e soddisfare requisiti rigorosi in termini di necessità terapeutica non soddisfatta, beneficio terapeutico aggiuntivo e qualità delle prove. Il periodo di 36 mesi è riservato ai prodotti first-in-class, mentre ai medicinali successivi della stessa classe viene concesso

**Figura 27. La spesa farmaceutica italiana è concentrata nel canale ospedaliero**



Note: La media UE è ponderata. I dati si riferiscono al 2023, ad eccezione di Norvegia e Slovenia (2022). I dati relativi alle vendite di prodotti farmaceutici negli ospedali dei Paesi Bassi sono incompleti, il che porta a una sovrastima della quota delle vendite delle farmacie al dettaglio.

Fonti: OECD Data Explorer (DF\_SHA); <sup>1</sup>IQVIA e Agenzia svedese per le prestazioni dentalistiche e farmaceutiche, 2024; <sup>2</sup> Istituto Ceco di informazione e statistica sanitaria.

### Riquadro 3. L'Italia è leader in Europa nell'uso degli accordi di accesso condizionato al mercato

Per gestire l'incertezza clinica e finanziaria associata alle terapie innovative ad alto costo, l'Italia è diventata uno dei principali utilizzatori di accordi di accesso condizionato al mercato (Managed Entry Agreements, MEA). Questi accordi mirano a garantire ai pazienti l'accesso a farmaci innovativi, assicurando al contempo la sostenibilità finanziaria del SSN. Tali accordi si dividono in due categorie principali:

- gli accordi MEA basati sui risultati, che collegano direttamente il rimborso alle prestazioni reali di un farmaco; Il tipo più importante è il pagamento in base ai risultati, in cui l'AIFA monitora i risultati dei singoli pazienti rispetto a endpoint clinici concordati in anticipo. Se un trattamento non produce i benefici attesi, il produttore rimborsa il costo del farmaco, trasferendo il rischio dal SSN all'azienda;
- gli accordi MEA di tipo finanziario sono concepiti per gestire l'impatto sul bilancio a prescindere dai risultati clinici. Questi includono accordi a livello di paziente, come la condivisione dei costi, e accordi a livello di popolazione, come i limiti di spesa, che fissano un tetto massimo di bilancio annuale per un determinato farmaco. Se le vendite superano tale limite, il produttore deve rimborsare l'intero importo della spesa eccedente.

L'attuazione degli accordi a livello di paziente è resa possibile dalla piattaforma digitale dell'AIFA che tiene traccia di oltre 300 registri attivi, principalmente di farmaci ad alto costo per il trattamento di tumori, malattie immunologiche e malattie rare. Nel 2023, questi accordi hanno generato 218 milioni di euro in rimborsi e sconti, di cui il 72% proveniente da accordi di tipo finanziario.

Fonte: AIFA (2024).

lo status solo per il periodo restante. Per l'anno fiscale 2025, il budget di 1,3 miliardi di euro del fondo è stato assegnato a due aree principali: 1,2 miliardi di euro per i medicinali che soddisfano tutti i criteri di innovatività e 100 milioni di euro per gli antibiotici di riserva designati dall'OMS e per quelli attivi contro i patogeni prioritari (Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2024).

### Le ripetute violazioni del tetto di spesa farmaceutica ospedaliera hanno portato a una revisione dei meccanismi di controllo del bilancio

La spesa farmaceutica eccessiva rimane una sfida importante per il SSN italiano, dovuta esclusivamente agli acquisti ospedalieri. Nel 2023, gli acquisti diretti degli ospedali hanno

superato di oltre 3 miliardi di euro la loro quota dell'8,15% del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), mentre la spesa farmaceutica al dettaglio è rimasta inferiore di 690 milioni di euro rispetto al tetto massimo consentito. Questo squilibrio ha attivato il meccanismo di recupero (*payback*), in base al quale le aziende farmaceutiche e le autorità regionali coprono congiuntamente il deficit. La spesa farmaceutica ospedaliera in eccesso si è ulteriormente ampliata nel 2024, nonostante gli adeguamenti di bilancio volti a mitigarla: anche dopo aver aumentato il tetto massimo degli ospedali all'8,5% del FSN, il superamento ha superato i 4 miliardi di euro. Questo deterioramento è in parte dovuto al trasferimento dei finanziamenti per alcuni medicinali innovativi dall'IMF, che ha registrato un surplus di 500 milioni di euro, ai bilanci ospedalieri ordinari (AIFA, 2025).

L'entità e la persistenza di tali superamenti hanno messo in luce i limiti del quadro normativo attuale, spingendo il governo ad avviare, nel luglio 2025, un dibattito su una riforma globale della legislazione farmaceutica attraverso un nuovo Testo Unico. La riforma proposta mira a superare gli adeguamenti incrementalii dei massimali di spesa, modernizzando il meccanismo di *payback* con strumenti sofisticati e basati sui dati che lo trasformerebbero da strumento di routine e reattivo a vera e propria misura di emergenza, attivabile solo quando i controlli preventivi dovessero fallire.

### I tempi di accesso ai nuovi farmaci in Italia sono tra i più rapidi in Europa

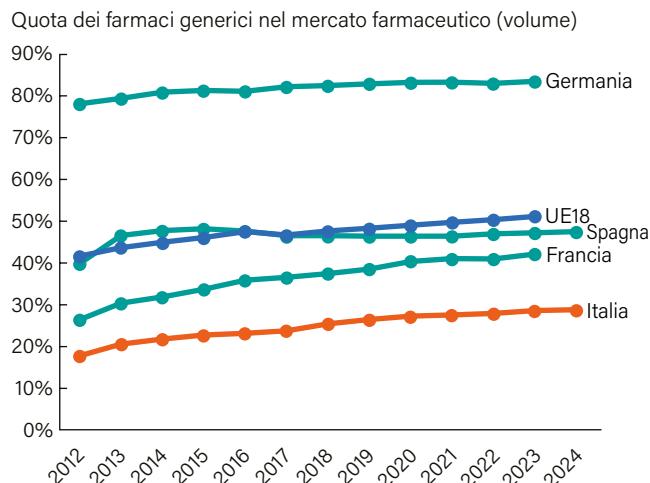
L'Italia è tra i paesi europei che forniscono l'accesso ai nuovi farmaci più rapidamente, anche se questo risultato va interpretato con cautela. L'indagine EPPA Patients WAIT Indicator Survey 2024 ha mostrato che i farmaci approvati dalla Commissione Europea tra il 2020 e il 2023 hanno raggiunto i pazienti italiani in media in 439 giorni, oltre quattro mesi prima rispetto alla media UE di 578 giorni. Inoltre, l'83% di questi farmaci è stato rimborsato, posizionando l'Italia al secondo posto dopo la Germania (Newton et al., 2025). I risultati sono particolarmente positivi nel campo dell'oncologia, dove l'86% delle terapie antitumorali ha ottenuto il rimborso in media entro 441 giorni, circa 140 giorni in meno rispetto alla media UE. Allo stesso modo, l'Italia ha rimborsato il 70% dei medicinali orfani approvati, ben al di sopra della media UE del 42%, in 498 giorni, rispetto ai 611 giorni della media UE. Ciò riflette la strategia italiana di accesso precoce, ma condizionato, alle terapie ad alto costo, attraverso strumenti quali gli accordi di accesso controllato (Managed Entry Agreements), con circa tre quarti dei medicinali orfani rimborsati soggetti a condizioni.

Tuttavia, questi dati nascondono significative complessità sul campo. In primo luogo, le decisioni nazionali di rimborso sono seguite da requisiti di autorizzazione regionali che aggiungono, in media, due mesi all'accesso dei pazienti, con una notevole disparità nord-sud in termini di velocità. Inoltre, l'indicatore WAIT misura il tempo necessario per una decisione di rimborso, ma non l'effettivo utilizzo da parte dei pazienti, che può essere limitato da restrizioni di prescrizione e dalla pratica clinica. Infine, le tempistiche sono influenzate anche da fattori esterni, come le strategie di lancio commerciale dei produttori, il che significa che i dati non riflettono esclusivamente l'efficienza dei processi nazionali italiani.

### L'Italia ha uno dei tassi di adozione dei biosimilari più elevati, ma l'utilizzo dei farmaci generici nel settore della vendita al dettaglio rimane basso

Il mercato dei farmaci generici in Italia è significativamente sottosviluppato, con conseguenze negative sia per il Servizio Sanitario Nazionale che per le famiglie. Nel 2024, i farmaci generici rappresentavano solo il 29% dei volumi farmaceutici, ben al di sotto della media UE che supera il 50% (Figura 28). Il sistema di prezzi di riferimento italiano, che prevede il pagamento della differenza di prezzo da parte dei pazienti che scelgono farmaci originali rispetto a farmaci generici rimborsabili, non è riuscito a modificare il comportamento su larga scala. Nel 2023, i pazienti italiani hanno sostenuto circa

**Figura 28. I farmaci generici hanno un basso tasso di penetrazione nel mercato farmaceutico italiano**



Nota: la media UE è ponderata.

Fonte: OECD Data Explorer (DF\_GEN\_MRKT).

1,06 miliardi di euro di spese evitabili per coprire la differenza di prezzo dei medicinali di marca, quando erano disponibili equivalenti generici.

L'adozione dei farmaci generici mostra anche un marcato divario territoriale che rafforza le disuguaglianze esistenti: nel 2023, la spesa per i farmaci generici rappresentava il 40% della spesa totale per i farmaci fuori brevetto nel nord, rispetto al 23% nel sud e nelle isole. Questo modello controllintuitivo è il risultato di una combinazione di fattori culturali, informativi e politici: la diffusa sfiducia nei confronti dei farmaci generici e la preferenza culturale per i farmaci di marca sono ancora molto diffuse, in particolare nel Sud, e sono aggravate dalla scarsa consapevolezza, da parte del pubblico, dell'equivalenza terapeutica dei farmaci generici.

Per superare queste barriere di mercato, nel 2024 l'Italia ha introdotto un sistema di remunerazione delle farmacie riformato. Il modello precedente prevedeva unicamente un compenso basato su margini percentuali legati ai prezzi al dettaglio, incentivando involontariamente la dispensazione di medicinali più costosi. Il nuovo schema misto, invece, prevede una tariffa fissa per confezione e un margine ad valorem inferiore, allineando così gli incentivi finanziari all'espansione dell'uso dei farmaci generici. Tale debole performance al dettaglio contrasta nettamente con il successo dell'Italia nella promozione dell'uso dei biosimilari: l'approvvigionamento centralizzato e una governance rigorosa hanno portato la penetrazione dei biosimilari a circa il 67% del mercato potenziale in termini di volume, un risultato significativamente superiore alla media UE, pari a circa il 32%, e che colloca l'Italia tra i paesi dell'UE con le migliori performance in questo settore (AIFA, 2024).

### Il settore farmaceutico italiano trasforma una modesta spesa in ricerca e sviluppo in solidi risultati in termini di innovazione

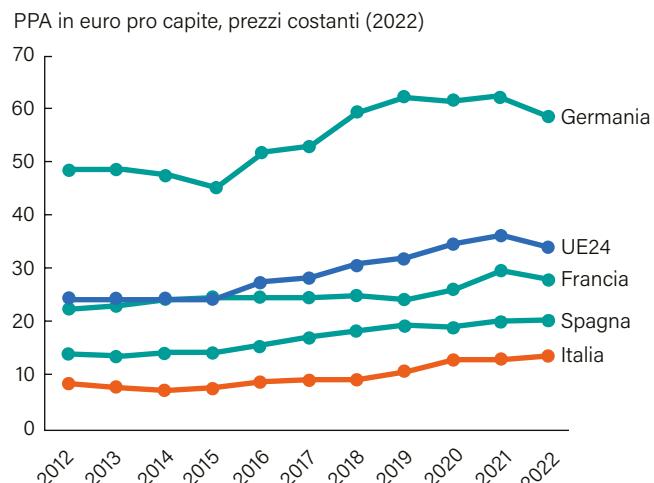
Il settore farmaceutico italiano rappresenta una forza importante nella produzione dell'UE, con il secondo output

dell'industria farmaceutica dopo l'Irlanda, pari a 52 miliardi di euro nel 2023, caratterizzato da un efficiente mix di ricerca e produzione industriale. Nonostante la crescita costante della spesa in R&S delle imprese, passata da circa 10 euro pro capite prima del 2018 a un record di 14 euro nel 2022, tale cifra rimane modesta nel contesto europeo, essendo inferiore alla metà della media UE di 35 euro pro capite (Figura 29). Nonostante gli investimenti relativamente bassi in R&S, la produzione italiana in termini di innovazione rimane competitiva: il numero di domande di brevetti farmaceutici internazionali presentate da richiedenti con sede in Italia è aumentato da 137 nel 2010 a quasi 200 nel 2022, con una media di 3,2 domande per milione di abitanti, un tasso in linea con la media UE. Questa capacità di innovazione è evidente anche nell'attività di sperimentazione clinica, che si è stabilizzata a circa 16 sperimentazioni per milione di abitanti nel 2024, in linea con la media UE e corrispondente all'11% di tutte le sperimentazioni cliniche nell'UE.

Per quanto riguarda la struttura di questa ricerca, i dati nazionali più recenti indicano una predominanza dei finanziamenti da parte dell'industria: la maggior parte delle sperimentazioni approvate tra il 2020 e il 2023 è stata finanziata dall'industria, mentre meno di un quarto erano studi senza scopo di lucro. Per quanto riguarda altri aspetti, il profilo della ricerca italiana è in linea con la media UE: circa l'86% delle sperimentazioni ha carattere internazionale, la metà delle quali coinvolge una collaborazione multinazionale, e una quota stabile del 40% è costituita da sperimentazioni in fase iniziale.

Questa attività è sostenuta da una combinazione di incentivi finanziari e investimenti strategici. La politica fiscale svolge un ruolo centrale: è in vigore dal 2021 al 2030 un credito d'imposta dedicato del 20% per la ricerca e lo sviluppo

**Figura 29. La spesa privata italiana per la ricerca e lo sviluppo farmaceutico pro capite è inferiore alla metà della media UE**



Nota: la media UE è ponderata (calcolata dall'OCSE).

Fonte: OECD Data Explorer (DF\_ANBERDi4).

nel settore farmaceutico e dei vaccini, che si aggiunge agli incentivi fiscali generali per la ricerca e lo sviluppo e a un regime di "patent box" che offre detrazioni sul reddito derivante da innovazioni brevettate. Gli investimenti pubblici sono inoltre convogliati verso i cluster biotecnologici tramite sovvenzioni dirette nell'ambito del Programma Nazionale di Ricerca Sanitaria e dei Progetti di Ricerca di Interesse Nazionale (PRIN). La banca pubblica italiana per gli investimenti (CDP) e le autorità regionali cofinanziano le start-up biotecnologiche, la ricerca clinica e il potenziamento della produzione, spesso in collaborazione con gli strumenti di finanziamento dell'UE.

## 7 Risultati principali

- Nel 2024, l'aspettativa di vita in Italia ha raggiunto gli 84,1 anni, il valore più alto nell'UE, superando per la prima volta i livelli pre-pandemia dopo un rimbalzo di 0,6 anni rispetto al 2023. Le malattie cardiovascolari e il cancro rimangono le principali cause di mortalità, rappresentando rispettivamente il 31% e il 23% dei decessi. Queste patologie contribuiscono a un elevato carico di malattia: oltre il 15% della popolazione convive con malattie cardiovascolari, più del 6% ha una storia di cancro e quasi la metà degli adulti con ipertensione non è diagnosticata o non è in cura.
- I fattori di rischio comportamentali sono stati collegati a quasi un decesso su quattro nel 2021; la cattiva alimentazione è stata il fattore che ha contribuito maggiormente, seguita dal consumo di tabacco. Mentre il tasso di fumatori adulti si è stabilizzato appena sotto il 20%, il consumo di nicotina tra i giovani è in forte aumento: il 27% dei quindicenni dichiara di averne fatto uso di recente, dieci punti percentuali al di sopra della media UE. Sebbene i tassi di sovrappeso infantile in Italia siano inferiori alla media UE, l'attività fisica degli adolescenti è la più bassa nell'Unione e i tassi di obesità sono elevati.
- Il Servizio Sanitario Nazionale italiano fornisce una copertura sanitaria universale attraverso reti di fornitori gestite a livello regionale. La spesa sanitaria pro capite attuale è inferiore del 19% rispetto alla media dell'UE, con una quota relativamente elevata finanziata direttamente dai cittadini. Le risorse sono concentrate sull'assistenza ambulatoriale e sui prodotti farmaceutici, mentre solo il 10% è destinato all'assistenza a lungo termine. Mentre l'Italia ha registrato 5,4 medici ogni 1.000 abitanti, superando la media UE del 25%, la densità di infermieri era di soli 6,9 ogni 1.000 abitanti, oltre il 20% al di sotto della media UE. La medicina generale è sottoposta a forti pressioni: oltre la metà dei medici di base, infatti, supera il carico massimo di 1.500 pazienti per medico.
- L'Italia ottiene ottimi risultati in materia di salute, con tassi di mortalità evitabile significativamente inferiori alla media UE e tassi di ricovero ospedaliero per malattie croniche più bassi rispetto alla media dell'Unione. La copertura vaccinale antinfluenzale tra gli anziani rimane superiore alla media UE, attestandosi al 53%, ma i tassi di vaccinazione contro il papilloma virus umano (HPV) tra le ragazze di 15 anni sono scesi al 55%, scendendo al di sotto della media UE del 63%. La partecipazione agli screening oncologici non si è ancora completamente ripresa dall'interruzione causata dalla pandemia, con tassi che rimangono notevolmente bassi per quanto riguarda lo screening del cancro cervicale nelle regioni meridionali.
- Sebbene la maggior parte dei costi dell'assistenza ospedaliera sia finanziata con fondi pubblici, i tassi di finanziamento pubblico più bassi per i servizi ambulatoriali e la copertura quasi inesistente per le cure dentali contribuiscono a livelli elevati di spesa a carico dei cittadini. Queste barriere all'accesso incidono in modo sproporzionato sui gruppi a basso reddito, creando marcate disuguaglianze socioeconomiche nei bisogni sanitari non soddisfatti. Nonostante il miglioramento della conformità regionale agli standard di servizio essenziali, diverse regioni del Sud e più piccole continuano a registrare risultati insufficienti in settori chiave.
- I tempi di attesa rappresentano una sfida significativa per il sistema sanitario italiano. Se da un lato i tempi di attesa per gli interventi chirurgici elettivi sono relativamente brevi, dall'altro l'accesso alla diagnostica e alle visite specialistiche rimane limitato, con conseguenti alti tassi di cure non effettuate. Nonostante la spesa sanitaria pubblica sia tornata ai livelli del 2019, sono stati mobilitati ingenti finanziamenti dell'UE per sostenere gli investimenti nella digitalizzazione e nel potenziamento delle infrastrutture. Le tendenze divergenti nella formazione medica e infermieristica rischiano di aggravare gli squilibri nella forza lavoro, dato che l'aumento della formazione medica contrasta con il calo dei laureati in infermieristica. L'elevato consumo di antibiotici compromette gli sforzi in atto per controllare la resistenza agli antimicrobici.
- I farmaci venduti al dettaglio hanno rappresentato il 17% della spesa sanitaria italiana nel 2023, quattro punti percentuali al di sopra della media UE. Allo stesso tempo, il mercato farmaceutico italiano è dominato dagli acquisti ospedalieri che rappresentano i tre quarti della spesa totale, a fronte del 41% dell'UE. Questo approccio consente un controllo più rigoroso dei prezzi e un maggiore potere negoziale, ma la spesa farmaceutica ospedaliera spesso supera il budget, innescando meccanismi di rimborso da parte dell'industria. In questo contesto, l'Italia offre un accesso più rapido ai nuovi farmaci rispetto alla maggior parte dei Paesi UE ed è all'avanguardia nell'adozione dei biosimilari, anche se l'utilizzo dei farmaci generici rimane basso. Nonostante gli investimenti modesti in ricerca e sviluppo, l'Italia mantiene tassi competitivi di deposito di brevetti e di attività di sperimentazione clinica in linea con le medie dell'UE.

# Fonti principali

Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Parigi, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.

De Belvis AG et al. (2022). Italy, European Observatory on Health Systems and Policies, disponibile all'indirizzo <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/overview>

## Riferimenti bibliografici

AIFA (2024). Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale: Gennaio-Dicembre 2023.

AIFA (2024). Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed) - Rapporto 2023.

AIFA (2025). Ripiano sfondamento tetto dell' 8,50% - spesa farmaceutica acquisti diretti inclusi i gas medicinali 2024.

ALS (2024). Entità dei contratti di specializzazione banditi e assegnati al concorso SSM2024. Associazione Liberi Specializzandi - Fattore2A.

Camera dei Deputati (2025). Indagine conoscitiva in materia di riordino delle professioni sanitarie: Documento conclusivo approvato dalla XII Commissione Affari sociali.

Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. (2025). Garantire il futuro del Servizio Sanitario Nazionale: Strategia delle Regioni e delle Province Autonome per il rilancio del personale del servizio sanitario nazionale.

ECDC (2025). Measles - Annual Epidemiological Report for 2024.

EFPIA (2025). The root causes of unavailability of innovative medicines and delay in access: shortening the wait.

Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (2024). Il monitoraggio della spesa sanitaria - 2024.

IHME. (2023) Global Health Data Exchange. Institute for Health Metrics and Evaluation.

ISTAT. (2024) Rapporto BES - Il benessere equo e sostenibile in Italia.

Istituto Superiore di Sanità (2024). OKkio alla SALUTE - Risultati dell'Indagine 2023. Tratto da <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/>

Istituto Superiore di Sanità (2025). I dati per l'Italia - abitudine al fumo, periodo 2023-2024. Tratto da EpiCentro - Epidemiologia per la salute pubblica: <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/fumo>

Istituto Superiore di Sanità (2025). I dati per l'Italia - consumo di alcol, periodo 2022-2023. Tratto da EpiCentro - Epidemiologia per la salute pubblica: <https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/alcol>

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2024). Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027.

Ministero dell'Economia e delle Finanze (2024). Rapporto Annuale sulle Spese Fiscali 2024.

Ministero della Salute (2023). Monitoraggio dei LEA attraverso gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia.

Ministero della Salute (2023). Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico-Resistenza (PNCAR) 2022-2025.

Ministero della Salute (2024). Principali evidenze sull'attività di ricovero ospedaliero - breve relazione.

Ministero della Salute (2025). Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale - Anno 2023.

Ministero della Salute (2025). Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2025-2027.

Ministero dell'Università e della Ricerca (2025). Medicina 2025 - Si Cambia! MUR.

Naghavi, M., Zamagni, G., et al. (2025) Stato di salute e disuguaglianze tra le regioni italiane dal 2000 al 2021: un'analisi sistematica basata sullo studio Global Burden of Disease 2021. *The Lancet Public Health*, Volume 10, Numero 4, 309-320.

Newton, M., Stoddart, K., Travaglio, M., & Troein, P. (2025). EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2024 Survey. IQVIA.

OECD/European Commission. (2025). EU Country Cancer Profile: Italy 2025. Paris: OECD Publishing. doi:<https://doi.org/10.1787/1e742c63-en>

OECD/European Commission (2025). EU Country Cancer Profile: Italy 2025. OECD Publishing.

Santini, S., Busillacchi, G., Lamura, G., Sofritti, F., Pacifico, A., Bongelli, R., & Guarascio, C. (2025). Reforming Italy's long-term care system: the role of barriers to and drivers of the use of services at the local level. *Frontiers in Public Health* 13.

SISM (2025). Dossier legato alla memoria - analisi del decreto legislativo recante disciplina delle nuove modalità di accesso ai corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia. Segretariato Italiano Studenti in Medicina.

### Elenco dei codici paese

Austria	AT	Cechia	CZ	Germania	DE	Italia	IT	Paesi Bassi	NL	Slovacchia	SK
Belgio	BE	Danimarca	DK	Grecia	EL	Lettonia	LV	Norvegia	NO	Slovenia	SI
Bulgaria	BG	Estonia	EE	Ungheria	HU	Lituania	LT	Polonia	PL	Spagna	ES
Croazia	HR	Finlandia	FI	Islanda	IS	Lussemburgo	LU	Portogallo	PT	Svezia	SE
Cipro	CY	Francia	FR	Irlanda	IE	Malta	MT	Romania	RO		

# Lo Stato di Salute nell'UE

## Profili della sanità 2025

I Profili della Sanità sono un elemento chiave del ciclo *Lo Stato della salute nell'UE* della Commissione Europea, un progetto di intermediazione di conoscenze in tema sanitario sviluppato con il sostegno finanziario dell'Unione Europea.

Questi profili sono il risultato della cooperazione tra l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) e l'Osservatorio Europeo delle Politiche e dei Sistemi Sanitari, in collaborazione con la Commissione Europea. Sulla base di una metodologia basata su dati quantitativi e qualitativi, l'analisi nei profili offre una panoramica delle sfide e gli sviluppi più recenti in materia di politica sanitaria in ciascun paese dell'UE/SEE.

L'edizione 2025 dei Profili della Sanità fornisce una sintesi di vari aspetti critici, tra cui:

- lo stato attuale della salute all'interno del Paese;
- i determinanti della salute, con particolare attenzione ai fattori di rischio comportamentali;
- la struttura e l'organizzazione del sistema sanitario;
- l'efficacia, l'accessibilità e la resilienza del sistema sanitario;
- un approfondimento sul panorama farmaceutico e sulle politiche farmaceutiche di ciascun Paese.

A integrazione dei risultati chiave dei Profili sanitari nazionali è disponibile una *Relazione di sintesi*.

Per ulteriori informazioni, consultare:  
[https://health.ec.europa.eu/state-health-eu\\_en](https://health.ec.europa.eu/state-health-eu_en)

Si prega di citare questa pubblicazione come: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025), *Profilo della sanità 2025: Italia, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.