ASSOLOMBARDA

CIFREL

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

La prevenzione come investimento

Riconoscere la spesa per immunizzazione e screening come investimento strategico nella programmazione di bilancio nazionale ed europea

La prevenzione come investimento

Riconoscere la spesa per immunizzazione e screening come investimento strategico nella programmazione di bilancio nazionale ed europea

Position Paper a cura di
Assolombarda
CIFREL - Università Cattolica del Sacro Cuore - Prof. Massimo Bordignon

Introduzione

Prevenzione come Investimento: il nostro "*do something*"

"La prevenzione è il miglior investimento e non una spesa" con queste parole lo scorso dicembre dalle colonne de Il Sole 24 Ore, il Ministro della Salute Orazio Schillaci dichiarava l'importanza di innovare le politiche di prevenzione nel nostro Paese e immaginare nuovi meccanismi per la finanza pubblica.

Questo impegno deve però accompagnarsi a un cambiamento tanto legislativo quanto culturale e deve farlo con crescente urgenza per rispondere alle sfide economiche dei nostri Paesi. Nel nostro Continente quasi un quarto della popolazione ha già più di 65 anni e la tendenza demografica non lascia dubbi: negli anni a venire sempre meno persone in età lavorativa dovranno sostenere un numero sempre maggiore di chi il lavoro lo ha lasciato. È un cambiamento che colpisce uno dei fattori determinanti della nostra economia: la produttività.

Per questo motivo è importante che i Governi nazionali, così come le istituzioni europee, pongano al centro della propria agenda politiche che preservino il *welfare state* che è alla base dei nostri sistemi sociali. In un periodo di crescenti tensioni sul piano geopolitico, in cui il *warfare state* sembra avere catalizzato attenzioni e investimenti, è opportuno stimolare una riflessione su come i sistemi sanitari nazionali possano sostenere la crescente domanda di salute e allo stesso tempo migliorarne sempre di più la qualità, attraendo ricerca scientifica e integrando le nuove tecnologie.

La prevenzione è il principale strumento per raggiungere il benessere e la longevità delle singole persone e della società. Il paradosso che a livello contabile le spese sostenute in questo ambito siano considerate come spesa corrente, pone grandi vincoli ai decisori pubblici nell'allocazione delle risorse aggiuntive che sarebbero necessarie. Per questo è opportuno che la valutazione delle politiche pubbliche – soprattutto nel settore sanitario – evolva sia dal punto di vista culturale che tecnico, abbracciando l'idea di poter programmare a lungo termine e non valutare gli esiti semplicemente su un orizzonte temporale limitato all'annualità fiscale.

Il momento storico che sta attraversando l'Unione europea è terreno fertile per una riflessione olistica su questi temi. La nuova governance economica che pone gli obiettivi di stabilità finanziaria in un orizzonte di medio termine e non da ultima l'attivazione per la prima volta della Clausola di Salvaguardia Nazionale – benché nell'ambito della difesa e dell'energia – dimostrano che programmazione a lungo termine e flessibilità possono già coesistere. Per questo, in occasione del ciclo di programmazione di finanza pubblica europea e nazionale, è opportuno che tutti gli attori coinvolti si impegnino a garantire attenzione e risorse per il benessere dei nostri sistemi sanitari.

Mario Draghi nel febbraio del 2025 esortava il Parlamento europeo a *"do something"* per assicurare uno sforzo comunque. È anche con questo spirito che il seguente lavoro mira ad alimentare il dibattito, offrendo proposte tecniche e pragmatiche per affrontare la sfida del futuro su come garantire la sostenibilità del sistema sanitario e una migliore aspettativa di vita per i nostri concittadini. Non una posizione di parte, ma la proposta di un metodo di lavoro che unisca la competenza scientifica e l'impegno coordinato delle istituzioni europee, degli Stati membri, ma anche delle Regioni e del settore produttivo. Le idee per fare qualcosa ci sono e sono urgenti più che mai.
Prevenzione è sostenibilità, competitività, futuro.

Nicoletta Luppi
Vice Presidente Assolombarda
Life Science & Europa

Indice

1. Chi siamo e perché il progetto è rilevante ***13***

2. Investimenti, regole fiscali e nuovo contesto europeo ***19***
2.1 L'Europa ha un problema di investimenti, non solo di regole 19
2.2 Il nuovo quadro di governance economica europea 21
2.3 Il nodo contabile: una spesa da investimento classificata come spesa corrente 23
2.4 Un percorso istituzionale già avviato 24

3. Perché la prevenzione è un investimento ***29***
3.1 Una definizione economica, non retorica 29
3.2 Primo argomento: la prevenzione riduce i costi futuri del sistema sanitario 29
3.3 Secondo argomento: la prevenzione è condizione di sostenibilità in una società che invecchia 30
3.4 Terzo argomento: la prevenzione sostiene produttività e competitività 31
3.5 La base quantitativa: evidenze disponibili e lavoro da consolidare 32

4. Cosa proponiamo e quali sono i prossimi passaggi ***39***

Bibliografia 43

Riferimenti a fonti istituzionali 47

Posistion paper pubblicato a settembre 2026

1

Chi siamo e perché il progetto è rilevante

Assolombarda rappresenta oltre 7.000 imprese associate del Quadrilatero di Milano, Monza e Brianza, Lodi e Pavia. È il cuore produttivo del Paese e uno dei principali ecosistemi europei delle scienze della vita. Il perimetro Life Sciences del territorio, di cui Assolombarda associa oltre 600 aziende, integra industria farmaceutica e biomedicale, ricerca clinica, IRCCS, università e centri di ricerca, con una capacità di generare innovazione, occupazione qualificata ed export che non ha eguali in Italia.

La dimensione di questo ecosistema è documentata. In Lombardia la filiera delle scienze della vita genera quasi il 13% del PIL regionale, a fronte del 10% registrato a livello italiano, e assorbe circa un quinto degli addetti nazionali del settore; oltre 600 imprese e organizzazioni della filiera sono associate ad Assolombarda. Nell'industria farmaceutica il territorio concentra il 35% delle unità produttive del Paese e il 37% degli addetti nazionali del comparto, attiva il 27% degli investimenti in ricerca e sviluppo e genera il 17% dell'export farmaceutico nazionale. Nei dispositivi medici qui si colloca il 30% delle imprese italiane del settore e il 45% dell'occupazione e il 40% della ricerca e sviluppo. Sul fronte della ricerca, il territorio ospita 20 IRCCS, più di un terzo di quelli attivi in Italia e in Lombardia si svolge circa il 50% delle sperimentazioni cliniche sul farmaco condotte nel Paese. A monte, il sistema formativo conta sette università con facoltà mediche e il 13% degli studenti universitari italiani. A completare l'ecosistema concorrono inoltre importanti centri di ricerca pubblici e privati e fondazioni scientifiche che rafforzano ulteriormente la capacità del territorio di attrarre talenti e generare innovazione biomedica.

È proprio da un ecosistema di questa solidità che una proposta come quella contenuta in questo documento acquista fondamento e, insieme, necessità. Chi produce metà della ricerca clinica italiana, circa un quinto dell›export farmaceutico e quasi la metà dell›occupazione nazionale nei dispositivi medici conosce da vicino il rapporto tra investimento in salute e ritorno economico perché lo misura ogni giorno sui propri bilanci, sui propri protocolli e sui

propri risultati. Avere questi numeri alle spalle significa essere in condizione, e dunque avere la responsabilità, di portare all›attenzione dei decisori pubblici un›evidenza che riguarda la tenuta e la competitività dell›intero sistema socioeconomico e non il perimetro di un singolo comparto.

Da questo osservatorio, infatti, la prevenzione non appare come una questione settoriale. Al centro c'è innanzitutto il benessere della singola persona perché la salute è un bene in sé, e la possibilità di vivere più a lungo e in condizioni migliori è ciò che una politica di prevenzione garantisce prima di ogni altra cosa all'individuo. In seconda battuta, e come conseguenza, in un Paese come l'Italia in cui la popolazione in età di lavoro si contrae, ogni anno di vita in buona salute guadagnato è anche capacità produttiva preservata e spesa pubblica evitata. Per questo Assolombarda avanza una proposta di sistema poiché il beneficio del riconoscimento della prevenzione come investimento ricade sui conti pubblici, sui cittadini e sulla competitività dell'intero sistema produttivo, a livello regionale, nazionale ed europeo.
Il progetto si colloca, in particolare, sotto la delega Europa e Life Sciences. La scelta di portare la proposta anche in sede europea non è un'estensione volontaria del campo d'azione. Le regole che oggi impediscono di trattare la prevenzione come un investimento - la governance economica riformata, la classificazione contabile dell'ESA, il Quadro Finanziario Pluriennale – sono, infatti, decise a Bruxelles. L'Unione europea è dunque il perimetro minimo entro cui la questione può essere posta e risolta.

Il metodo è quello dell'alleanza tra impresa, mondo scientifico e istituzioni. Il presente position paper nasce dal lavoro congiunto di Assolombarda e del CIFREL - Università Cattolica del Sacro Cuore, che ne garantisce l'impianto analitico e la solidità delle stime, e traduce l'analisi in richieste operative costruite per essere immediatamente utilizzabili dai decisori nei rispettivi documenti di programmazione. Il confronto si sviluppa contestualmente ai tre livelli: regionale, con Regione Lombardia e il sistema sociosanitario lombardo; nazionale, con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, il Ministero della Salute, la Presidenza del Consiglio e il Parlamento; europeo, con la Commissione, il Parlamento europeo e il Consiglio. È la coerenza tra questi tre livelli a rendere la proposta praticabile.

2

Investimenti, regole fiscali e nuovo contesto europeo

2.1 L'Europa ha un problema di investimenti, non solo di regole

L'Unione europea soffre di una drammatica carenza di investimenti. Nel 2024 il Rapporto Draghi sulla competitività europea ha quantificato in circa 800 miliardi di euro annui aggiuntivi le risorse necessarie per colmare il divario con i principali competitor globali – a cominciare da Stati Uniti e Cina – nelle transizioni verde, digitale e della sicurezza. Una successiva valutazione della Banca centrale europea ha innalzato la stima a quasi 1.200 miliardi di euro l'anno per il periodo 2025-2031, soprattutto per effetto dei nuovi impegni in materia di difesa. La Commissione europea ha assunto questa diagnosi come asse della propria agenda: la Bussola per la competitività, il dibattito sul prossimo Quadro Finanziario Pluriennale e le varie iniziative su difesa, energia e resilienza muovono tutte dalla stessa premessa. L'Europa deve tornare a investire, e deve farlo in un quadro di finanze pubbliche sostenibili.

In questo contesto, la domanda rilevante per i decisori pubblici non è più tanto quanto spendere, ma quale spesa rappresenti un "investimento". Cioè, una spesa che generi ritorni economici e sociali misurabili e, anche quando scontati al presente, superiori al proprio costo iniziale, rafforzando sia la crescita potenziale che la "resilienza", cioè la capacità dei paesi di reggere gli shock futuri.

La spesa per la prevenzione, in particolare per immunizzazione e screening, rientra pienamente in questa categoria; dovrebbe dunque essere parte integrante dell'agenda europea, né più né meno come gli investimenti infrastrutturali per l'energia o la difesa. Per più ragioni.

La prima è economica. La competitività che l'Unione europea intende ricostruire fa leva sul capitale umano. In un continente in cui la popolazione in età di lavoro è in fase di contrazione a causa della crisi demografica, la salute è il bene pubblico fondamentale da preservare e valorizzare, anche solo in una

pura logica di sostenibilità economica. Più persone in salute, più capacità di lavoro. Investire in prevenzione significa quindi agire sulle stesse leve su cui si concentra il Rapporto Draghi: produttività, resilienza e welfare (Bloom, Kuhn e Prettner, 2019).

La seconda è fiscale. La spesa per immunizzazione e screening presenta il profilo tipico dell'investimento: costo certo, contenuto ma immediato; ritorni stimabili e documentabili con ragionevole precisione che si dispiegano però su un orizzonte pluriennale, sotto forma di spesa sanitaria, previdenziale e assistenziale evitata. Questa è esattamente la struttura temporale su cui la nuova governance economica europea, con la sua insistenza su piani che travalichino l'anno corrente per concentrarsi sul futuro, si fonda: riforme e investimenti oggi per minori costi domani.

La terza è strategica. La pandemia ha dimostrato, attraverso una recessione eccezionale – nel 2020 il PIL è diminuito del 6,0% nella zona euro e del 5,6% nell'UE-27 – che la sicurezza sanitaria è una componente della sicurezza dell'Unione al pari di quella energetica e della difesa. Nell'agenda europea per la resilienza, la prevenzione dovrebbe dunque rappresentare la prima linea di difesa: protegge la popolazione, riduce la vulnerabilità dei sistemi sanitari agli shock e limita l'esposizione dei bilanci pubblici a spese di emergenza di ordini di grandezza superiori.

A queste ragioni pressanti si contrappongono due difficoltà. La prima è che la spesa per la prevenzione è contabilmente definita come una spesa corrente, non come un investimento. La spesa per la prevenzione viene immediatamente contabilizzata come un costo per i bilanci pubblici, mentre i benefici futuri, anche solo in termini di minor spesa, non sono considerati. La seconda è che anche se fosse classificata contabilmente come un investimento non sarebbe sufficiente per rimuovere i vincoli fiscali; nonostante la documentata carenza di investimenti nell'Unione, le regole fiscali europee, particolarmente pregnanti per un paese ad alto debito e bassa crescita come l'Italia, non consentono un trattamento diverso per le due tipologie di spesa (cioè non esiste, nel nuovo quadro di governance europea, una Golden Rule per gli investimenti).
Mentre entrambe queste difficoltà dovrebbero essere rimosse in future revisioni del framework di sorveglianza europea, la domanda è se il quadro attuale offra

comunque già oggi spazi per agire in questa direzione. La risposta alla base del presente Position Paper, che si articola in una chiara proposta operativa, è positiva.

2.2 Il nuovo quadro di governance economica europea

Dal 30 aprile 2024 è in vigore il New Economic Governance Framework (Regolamento UE 2024/1263), che ha riformato in profondità il Patto di stabilità e crescita. Restano i parametri di riferimento di Maastricht – deficit sotto il 3% e debito pubblico sotto il 60% del PIL – ma cambia radicalmente la logica dell'aggiustamento verso questi obiettivi: al centro del nuovo sistema vi è un unico indicatore operativo, il percorso pluriennale di spesa netta, negoziato da ciascuno Stato membro con la Commissione europea attraverso il Piano strutturale di bilancio di medio termine (PSB). Il piano copre, di norma, quattro o cinque anni; il periodo di aggiustamento è ordinariamente di quattro anni e può essere esteso fino a sette. L'Italia ha presentato il proprio PSB alla Commissione europea il 15 ottobre 2024.

Il nuovo quadro introduce, in particolare, tre elementi di grande rilievo per la presente proposta.

Primo: la logica pluriennale. Il periodo di aggiustamento può essere esteso da quattro a sette anni qualora lo Stato membro si impegni in un pacchetto di riforme e investimenti che rafforzino la sostenibilità del debito e promuovano una crescita sostenibile e inclusiva, in particolare nei settori verde, digitale, sociale e della difesa. Come molti altri Paesi, l'Italia ha esercitato questa facoltà: il PSB 2025-2029, trasmesso alla Commissione nell'ottobre 2024, con un'Appendice VI che dettaglia riforme e investimenti, fonda la richiesta di estensione proprio sulla qualità della spesa proposta. Il sistema, per costruzione, dovrebbe premiare gli Stati capaci di dimostrare che la spesa di oggi genera sostenibilità domani. Il percorso di aggiustamento italiano si sviluppa su sette anni, dal 2025 al 2031. Ma un nuovo Piano potrà essere presentato all'inizio della prossima legislatura da un nuovo governo.

Secondo: il riconoscimento del nesso tra investimenti oggi e costi evitabili in futuro. La nuova governance supera la fotografia annuale del bilancio e ragiona su traiettorie di medio periodo, analisi di sostenibilità del debito e impatto delle

riforme. È il terreno concettuale naturale per gli investimenti, compresi quelli per la prevenzione: costi certi e contenuti nell'immediato, risparmi e maggiori entrate documentabili su un orizzonte pluriennale, coincidente, almeno in qualche misura, con quello dei piani fiscali.

Terzo: gli spazi di flessibilità già esistenti. Un paese può discostarsi dal percorso di spesa netta previsto (fino allo 0,3% del PIL in un anno, lo 0,6% nell'intero periodo) senza violare le regole europee; è inoltre prevista la qualificazione di riforme e investimenti ai fini dell'estensione del piano e il monitoraggio annuale (Annual Progress Report, all'interno del Documento di Finanza Pubblica, da trasmettere entro il 30 aprile) consente di proporre nuovi sviluppi coerenti con gli obiettivi del Piano. In questo contesto, andrebbe menzionata (e sfruttata) anche la possibilità offerta dalla Commissione europea di incrementare la spesa per la difesa (e, in parte, per la resilienza energetica) senza violare le regole fiscali attivando la "clausola nazionale di salvaguardia". Se la sicurezza militare ed energetica giustifica uno scostamento dal percorso di spesa netta, la sicurezza sociale – di cui la prevenzione è fondamento e la cui rilevanza sistemica è stata dimostrata dalla pandemia – presenta un fondamento logico del tutto analogo.

2.3 Il nodo contabile: una spesa da investimento classificata come spesa corrente

Nell'attuale quadro contabile europeo (Regolamento 549/2013 – ESA 2010), le spese per vaccini, campagne vaccinali, screening, personale e servizi di prevenzione sono classificate come spesa corrente (COFOG 07 – Sanità) e non sono capitalizzabili nei conti nazionali. La classificazione riflette una convenzione statistica, non una valutazione economica: per esempio, ai fini contabili, un euro speso in vaccinazione pediatrica è trattato come un euro di consumo, benché generi flussi di risparmio sulla spesa futura e aumenti di produttività per decenni.

La convenzione statistica, discutibile in genere per l'assistenza sanitaria, è particolarmente penalizzante per la prevenzione; come si dirà più in dettaglio nel prossimo capitolo, la spesa per la prevenzione, nelle sue varie forme, genera comunque ritorni che sono un multiplo dei costi iniziali: un noto lavoro di rassegna della letteratura (Masters et al., 2017) stima in 14 euro il rendimento medio di un euro speso per la prevenzione.

La correzione strutturale di questa asimmetria passa per la revisione delle regole dell'European System of Accounts (ESA), il cui processo è in corso (ESA 2030): la consultazione tecnica di Eurostat con gli Stati membri è avviata, la proposta di revisione della Commissione è attesa entro fine 2026, la fase legislativa è prevista nel biennio 2027-2028 e l'attuazione negli Stati membri nel 2030. È in questa sede che va sostenuto il riconoscimento della natura di investimento della spesa per prevenzione ad alto ritorno sociale ed economico.

In attesa della revisione tecnica dell'ESA e più in generale di regole europee ancor più favorevoli agli investimenti, vanno sfruttati i margini esistenti utilizzando gli strumenti di programmazione previsti dal nuovo ciclo di bilancio: il Documento di finanza pubblica (aprile), il Piano strutturale di bilancio e il suo monitoraggio annuale, il Documento programmatico di bilancio (15 ottobre), che notifica alla Commissione le misure della manovra ai fini della valutazione europea.

2.4 Un percorso istituzionale già avviato

L'Italia ha già costruito un ancoraggio politico-programmatico che rende la proposta credibile e attuabile.

Una risoluzione parlamentare di accompagnamento al DFP 2025, approvata da entrambe le Camere, ha impegnato il Governo a valutare misure di sostegno alla prevenzione sanitaria – con particolare attenzione a immunizzazione e screening – e a considerare le opportunità offerte dal nuovo quadro di governance per includere la spesa sanitaria preventiva tra gli ambiti prioritari destinatari di flessibilità fiscale.

In sede di Legge di Bilancio 2026, la Camera ha approvato un ordine del giorno che impegna il Governo a riconoscere la prevenzione come investimento strutturale e strategico nel quadro programmatorio nazionale e nel confronto europeo sulle regole di bilancio.

In particolare, a partire dal 2026, sono stati stanziati 238 milioni di euro ogni anno per rafforzare la rete dei programmi di prevenzione e diagnosi precoce. Inoltre, la Legge di Bilancio 2026 ha previsto per l'anno 2026 risorse aggiuntive pari a 247 milioni destinate al potenziamento delle misure di prevenzione.

Il DFP 2026, approvato lo scorso aprile, ha dedicato – grazie anche al lavoro di sensibilizzazione di Assolombarda – specifica attenzione alla prevenzione quale leva per mitigare gli impatti economici dell'invecchiamento, richiamando le proiezioni del MEF sulle tendenze di medio-lungo periodo del sistema sociosanitario. In particolare, nella sezione dedicata all'Annual Progress Report 2026 (capitolo III, pag. 206), l'Italia: "[…] esamina le implicazioni di finanza pubblica degli interventi di prevenzione e dell'adozione di tecnologie sanitarie caratterizzate da costi concentrati nella fase iniziale e da benefici distribuiti nel tempo. Il focus richiama gli ordini di grandezza del capitolo sanitario e i segnali di tensione allocativa, esamina come innovazione tecnologica e prevenzione rendano insufficiente una valutazione centrata sul solo anno di spesa, e considera il ruolo dei dati di pratica clinica per istruttorie di spesa orientate all'analisi costi-benefici. […] In tali casi, decisioni centrate su prezzi di acquisto e tetti di spesa colgono solo parzialmente l'impatto economico complessivo dei trattamenti."

La proposta contenuta in questo position paper è dunque la seguente: la prevenzione sanitaria – vaccinazioni e screening – si colloca esattamente nel punto di incontro tra spesa pubblica, investimento, resilienza e sostenibilità di lungo periodo. Il quadro europeo riformato offre alcuni strumenti per riconoscerlo; il quadro politico nazionale ha già espresso l'indirizzo; manca il passaggio operativo, che è l'oggetto delle richieste formulate nel Capitolo 4.

3

Perché la prevenzione è un investimento

3.1 Una definizione economica, non retorica

Nella teoria economica, una spesa può essere considerata un investimento se genera un flusso di benefici futuri che possono essere stimati con ragionevole certezza e che anche quando scontati al presente eccedono la spesa iniziale.

La spesa in prevenzione – in particolare per quello che riguarda immunizzazione e screening – soddisfa questa definizione in modo rigoroso: i costi sono certi, contenuti e immediati; i ritorni – sanitari, fiscali,produttivi e sociali – possono essere ragionevolmente stimati e dominano i costi. Tre argomenti sostengono questa qualificazione.

19×	**16-44×**	**0,5%**	**1,3 mld €**
ritorno per ogni euro investito nella vaccinazione degli adulti (El Banhawi et al., 2024)	ritorno per ogni dollaro investito nella vaccinazione pediatrica (Ozawa et al., 2016)	della spesa sanitaria italiana assorbita da vaccini e screening dei LEA	il perimetro finanziario totale della proposta, già iscritto a bilancio

3.2 Primo argomento: la prevenzione riduce i costi futuri del sistema sanitario

Ogni patologia evitata o diagnosticata precocemente sostituisce trattamenti tardivi, ospedalizzazioni e cronicizzazioni con interventi a costo marginale ridotto. Le evidenze disponibili sono robuste: per i programmi di vaccinazione dell'adulto analizzati in dieci Paesi europei, il ritorno socioeconomico stimato raggiunge fino a 19 euro per ogni euro investito (El Banhawi et al., 2024); per la vaccinazione pediatrica, una stima riferita a 94 Paesi a reddito basso e medio e comprensiva dei benefici economici e sociali più ampi raggiunge 44 dollari per ogni dollaro investito (Ozawa et al., 2016). Per gli screening oncologici, la diagnosi in stadio precoce comporta costi di trattamento sensibilmente inferiori e tassi di sopravvivenza superiori rispetto alla diagnosi in stadio avanzato, con

benefici che si estendono alla spesa previdenziale e assistenziale evitata. Il perimetro finanziario della proposta è, per contro, estremamente contenuto. La spesa per vaccini in Italia è risultata pari a 758,2 milioni di euro nel 2024, poco più dello 0,5% della spesa sanitaria complessiva (134 miliardi di euro); i tre screening oncologici previsti dai LEA non superano una stima di 250 milioni di euro. Nel complesso, la spesa per immunizzazione e screening non eccede 1,3 miliardi di euro annui: costi già iscritti a bilancio, programmati dal Ministero della Salute attraverso il Piano nazionale di prevenzione vaccinale e il Piano nazionale della prevenzione, erogati dalle Regioni e dalle ASL, monitorati attraverso l'anagrafe vaccinale nazionale e il sistema di sorveglianza PASSI. Si tratta dunque di una spesa tracciabile, controllata e ad alto ritorno documentato: il caso di scuola di un investimento pubblico efficace.

Va inoltre rilevato che le coperture vaccinali e l'adesione agli screening restano al di sotto di numerosi obiettivi di sanità pubblica. Per i bambini di 24 mesi, nel 2024 la copertura nazionale era vicina al target nazionale per la poliomielite (94,45%), il morbillo (94,77%) e la varicella (93,87%); per il meningococco C era invece pari solo al 67%. Per la vaccinazione anti-HPV, nella coorte delle ragazze nate nel 2012 la copertura del ciclo completo era del 51%, rispetto all'obiettivo del 95%. Nella stagione 2024-2025 la copertura antinfluenzale tra gli ultrasessantacinquenni è stata pari al 53%, al di sotto degli obiettivi ministeriali. Lo stesso per i programmi principali di screening antitumorali: i dati 2024 dell'Osservatorio Nazionale Screening indicano che mentre per lo screening mammografico e per quello cervicale si è raggiunto l'obiettivo ministeriale (comunque limitato al 50% della popolazione rilevante), per lo screening colorettale la copertura è solo del 33%, molto al di sotto del target ministeriale del 50%. Le medie nazionali nascondono inoltre un marcato gradiente territoriale, con livelli generalmente inferiori nel Mezzogiorno. La conclusione è che il potenziale di ritorno dell'investimento è realizzato solo in parte e che l'aumento delle coperture può generare benefici sanitari ed economici aggiuntivi.

3.3 Secondo argomento: la prevenzione è condizione di sostenibilità in una società che invecchia

L'Italia è il laboratorio demografico d'Europa: la popolazione in età di lavoro si riduce, l'indice di dipendenza degli anziani cresce, la pressione su spesa sanitaria

e previdenziale è destinata ad aumentare strutturalmente. Al 1° gennaio 2026 un quarto della popolazione italiana aveva 65 anni o più; secondo lo scenario mediano delle stime Istat la quota sfiorerà il 31% nel 2036 e il 35% nel 2050. Già nel 2036 la popolazione in età di lavoro (15-64 anni) dovrebbe ridursi di quasi 3 milioni di unità e nel 2050 dovrebbe scendere fino a 30 milioni, con una riduzione di circa il 18% rispetto al 2026. Non a caso, le proiezioni del MEF sulle tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario, richiamate dal DFP 2026, indicano nell'evoluzione demografica il principale fattore critico per la sostenibilità della finanza pubblica e del Servizio sanitario nazionale.
In questo scenario, la prevenzione non è una politica sanitaria tra le altre: è una politica di sostenibilità fiscale. Comprimere l'incidenza delle patologie prevenibili significa spostare in avanti l'insorgenza della cronicità e della non autosufficienza, ridurre la domanda futura di prestazioni ad alta intensità di costo e contenere la traiettoria della spesa sanitaria e assistenziale proprio negli anni in cui la pressione demografica sarà massima. È lo stesso ragionamento che il nuovo quadro europeo applica alle riforme strutturali: interventi con costi limitati oggi che modificano la traiettoria della spesa di domani, migliorando la sostenibilità del debito. Un'analisi di sostenibilità che ignori il contributo della prevenzione sottostima sistematicamente i margini di aggiustamento del Paese.

3.4 Terzo argomento: la prevenzione sostiene produttività e competitività

La salute della popolazione in età di lavoro è un fattore di produzione. Le patologie prevenibili generano costi indiretti che gravano sulle imprese e sul sistema economico: assenze per malattia, uscite anticipate dal mercato del lavoro, oneri di cura che ricadono sui familiari, tipicamente donne, riducendone la partecipazione al lavoro. In un Paese in cui la forza lavoro si contrae per ragioni demografiche, ogni anno di vita in buona salute guadagnato equivale a capacità produttiva preservata: la prevenzione agisce simultaneamente sul numeratore della crescita – produttività, partecipazione, capitale umano – e sul denominatore della sostenibilità, la spesa evitata.

La sostenibilità del welfare e la disponibilità di capitale umano in buona salute sono condizioni di competitività del sistema produttivo, nel quadrilatero

Assolombarda come in Europa. La prevenzione è, in senso proprio, una politica industriale indiretta.

3.5 La base quantitativa: evidenze disponibili e lavoro da consolidare

La letteratura scientifica è convergente sui benefici della prevenzione, nelle sue varie forme primaria e secondaria (vaccinazione e screening). Per la prima, gli studi suggeriscono che l'adozione di uno stile di vita più sano (in termini di dieta, attività fisica e riduzione di alcol e tabacco), stimolato da campagne informative adeguate, possa aumentare di oltre cinque anni l'aspettativa di vita anche tra i soggetti geneticamente predisposti a una vita più breve (Bian et al., 2024). Con ovvie conseguenze anche sulla sostenibilità economica; per esempio, uno studio condotto in Polonia (Łyszczarz e Sowa, 2022), finalizzato a stimare la perdita di produttività associata alla mortalità causata da fattori di rischio modificabili, ha quantificato il valore della produttività "perduta" in circa l'1,44-2,45% del PIL.

Per gli screening, le evidenze dei vantaggi di una precoce determinazione delle malattie, in termini di maggior capacità di cura e di miglioramento della qualità della vita, sono incontrovertibili. Per esempio, i tumori rappresentano la seconda causa di morte in Europa e le stime suggeriscono che le malattie tumorali generino un impatto economico negativo sul continente pari a circa 100 miliardi l'anno (The European House – Ambrosetti, 2024). Screening precoci possono ridurre fortemente quest'impatto. Per esempio, Clarke et al. (2020), stima che, se i tumori individuati nella fase IV fossero diagnosticati in stadi precedenti, si potrebbe evitare una quota compresa tra il 15% e il 24% delle morti per cancro. Per gli Stati Uniti, uno studio pubblicato nel 2023, riferito alle coorti eleggibili allo screening nel 2021, suggerisce che un aumento generalizzato di 10 punti percentuali degli screening condurrebbe a una riduzione dell'1% delle morti per cancro ai polmoni, del 21% per i tumori del colon-retto, del 4% per i tumori al seno e del 40% per i tumori alla cervice uterina (Knudsen et al., 2023). Ma è soprattutto sull'immunizzazione che l'analisi scientifica offre le prospettive più confortanti, anche alla luce del fatto che le applicazioni dell'intelligenza artificiale possono accelerare varie fasi dello sviluppo dei vaccini (Gasperini et al., 2025). Il caso del Covid-19 è eclatante. L'Organizzazione mondiale della sanità stima che in Europa la vaccinazione anti-Covid abbia salvato almeno 1,6 milioni di vite (Meslé et al., 2024), mentre a New York City, una valutazione

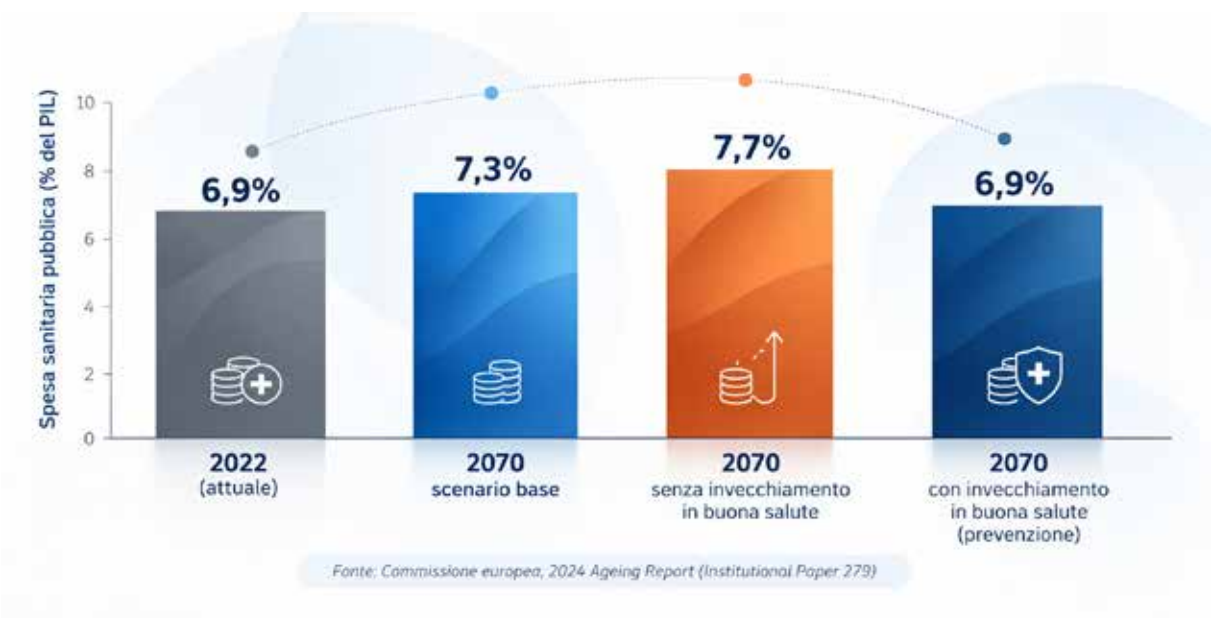
della campagna svolta tra il 14 dicembre 2020 e il 31 gennaio 2022 stima un ritorno di 10 dollari per ogni dollaro investito (Sah et al., 2022). I vantaggi della vaccinazione infantile sono noti e non controversi; si è già citato lo studio di (Ozawa et al., 2016) sui paesi a medio e basso reddito; il lavoro stima fino a 44 volte il ritorno dell'investimento, utilizzando una misura (il full-income approach) che tiene conto anche del valore che le persone attribuiscono a vivere più a lungo e più in salute. Lo stesso studio, utilizzando una misura di output più limitata (il cost-of-illness approach), stima comunque in 16 dollari il ritorno per ogni dollaro speso. Per gli Stati Uniti, un'analisi costi-benefici indica che ogni dollaro investito nella vaccinazione infantile genera un risparmio di 3 dollari dal punto di vista del sistema sanitario e di 10 dollari dal punto di vista della società (Rémy et al., 2015).

Tuttavia, è sulla vaccinazione degli adulti che le prospettive per il futuro appaiono migliori. Il rapporto Pipeline Review 2025 di Vaccines Europe censisce 91 candidati complessivi – 86 vaccini profilattici, 2 vaccini terapeutici e 3 anticorpi monoclonali profilattici – dei quali 77 destinati agli adulti. Come già ricordato, un recente rapporto dell'Office of Health Economics (OHE) indica che, in dieci Paesi, i quattro programmi di immunizzazione per adulti analizzati generano un ritorno fino a 19 volte superiore all'investimento iniziale (El Banhawi et al., 2024), una stima confermata anche dallo studio di Chowdhury et al. (2025) su un insieme diverso di paesi. I vantaggi sono rilevanti anche dal punto di vista della sostenibilità fiscale: in una simulazione riferita ai Paesi Bassi, ogni euro investito nella vaccinazione degli adulti a partire dai 50 anni può generare circa 4 euro di benefici economici per il governo nel corso della vita residua della coorte (Supporting Active Ageing Through Immunisation Partnership, 2013).

E i vaccini non producono benefici economici soltanto nel caso delle malattie trasmissibili, come i nuovi virus e l'influenza stagionale, ma anche in relazione alle malattie non trasmissibili – cardiovascolari, cancro, diabete e malattie respiratorie – responsabili di oltre il 65% di tutti i decessi e in crescita con l'invecchiamento della popolazione. Le infezioni respiratorie possono aggravare patologie cardiovascolari preesistenti e le vaccinazioni contro influenza e pneumococco risultano associate a una riduzione di alcuni eventi cardiovascolari (Rademacher et al., 2024). Più in generale, gli investimenti nella

prevenzione e nel trattamento delle malattie non trasmissibili mostrano ritorni economici elevati (Bertram et al., 2018). È inoltre importante osservare che sono oggi disponibili vaccini contro le tre principali epidemie respiratorie che colpiscono ogni anno i Paesi europei – influenza, Covid-19 e virus respiratorio sinciziale. Infine, l'immunizzazione aiuta a combattere una silente e sempre più grave epidemia, l'accresciuta resistenza antimicrobica (AMR), prevenendo infezioni che avrebbero altrimenti richiesto l'uso di antibiotici (Bloom et al., 2018). Più in generale, l'invecchiamento della popolazione aggiunge problemi che possono essere affrontati con una prevenzione efficace. Nel 2024 il 35% degli adulti europei dichiarava una malattia o un problema di salute di lunga durata; la quota raggiungeva il 60% tra le persone di 65 anni e più. Il 2024 Ageing Report della Commissione europea indica che la spesa sanitaria pubblica media nell'UE, pari al 6,9% del PIL nel 2022, salirebbe al 7,3% nel 2070 nello scenario di base. Nello scenario senza invecchiamento in buona salute raggiungerebbe il 7,7%, mentre nello scenario di invecchiamento in buona salute resterebbe al 6,9% (Commissione europea, 2024).

Spesa sanitaria pubblica UE, nel 2070, per scenario di invecchiamento



A questo proposito, è utile citare in conclusione una simulazione svolta dal CIFREL nel 2024 insieme ad European House - Ambrosetti (Bordignon et al., 2024), sia perché il lavoro si concentra sull'Italia sia perché offre un modello di come maggiori interventi per la prevenzione dovrebbero essere discussi e presentati nell'interlocuzione con la Commissione.

Lo studio considera diversi interventi di prevenzione sanitaria: campagne per aumentare l'adesione a differenti vaccinazioni, iniziative per contrastare l'obesità infantile e per promuovere la diagnosi precoce del tumore della mammella. I parametri sono ricavati, per quanto possibile, da esperienze italiane e le stime dei benefici – in termini di minore spesa sanitaria futura e riduzione dei giorni di malattia – adottano ipotesi prudenti. I benefici sono calcolati su orizzonti diversi a seconda dell'intervento – un anno, cinque anni o l'intera vita – e attualizzati utilizzando il tasso di interesse medio sui titoli del debito pubblico italiano.

Nonostante la scelta estremamente prudente delle ipotesi e dei benefici (in cui per esempio non sono stati considerati i vantaggi in termini di vite salvate o di qualità della vita), l'esercizio mostra rendimenti ampiamente positivi per tutte le tipologie di intervento. Nell'arco di cinque anni, il rapporto benefici/costi della campagna per aumentare l'adesione allo screening mammografico è compreso tra 4,52 e 9,04. Per la vaccinazione antinfluenzale il rapporto varia tra 3,29 e 3,88; per l'herpes zoster tra 1,450 e 1,471; per lo pneumococco tra 1,630 e 1,658.

Questo stesso tipo di analisi, dettagliata per tipologia di intervento, costi previsti, popolazione di riferimento, percentuali di adesione, benefici stimati su archi temporali diversi, monitoraggio dei risultati ecc. dovrebbe essere utilizzato dal governo nell'interazione con la Commissione; risponde pienamente alla richiesta di quest'ultima che ogni intervento che richieda un'estensione del periodo di aggiustamento fiscale sia *"sufficiently detailed, front-loaded, time-bound and verifiable"* e che includa *"indicators, where relevant, to allow the assessment of their implementation and monitoring".*

4

Cosa proponiamo e quali sono i prossimi passaggi

Il razionale esposto nei Capitoli 2 e 3 si traduce nelle seguenti richieste di policy, articolate per destinatario e per orizzonte temporale.

Alle istituzioni nazionali (MEF, Ministero della Salute, Ragioneria generale dello Stato) si propone di:

- inserire in modo esplicito la prevenzione sanitaria – immunizzazione e screening – tra le priorità di investimento nei documenti di programmazione economico-finanziaria, a partire dal Documento programmatico di finanza pubblica (DPFP) per il prossimo anno e dal successivo Documento programmatico di bilancio (DPB); in particolare, come suggerito nel capitolo 3, gli investimenti in prevenzione, decisi assieme al Ministero della Salute, nel DPFP dovrebbero essere dettagliati sia nei contenuti che nei risultati attesi, sottolineando il ritorno economico atteso dall'investimento;
- confermare e rafforzare nelle future leggi di bilancio lo stanziamento di risorse aggiuntive destinate al potenziamento delle misure di prevenzione: come già previsto per l'anno 2026, lo stanziamento aggiuntivo di 250 milioni di euro destinato all'estensione degli screening oncologici e alla somministrazione di vaccini, ha infatti benefici attesi ipotizzabili, nello scenario di lungo termine più prudente, in 704 milioni di euro, per un moltiplicatore benefici/costi pari a ben 2,81. Dato che la stima considera solo i ritorni da minore spesa sanitaria futura e riduzione dei giorni di malattia, tali importi sarebbero enormemente superiori se si estendesse l'orizzonte temporale all'intera vita e soprattutto se si valutasse anche il valore monetario delle vite salvate e la migliore qualità della vita[1];

1. Per la stima del beneficio economico:
- *si ripartiscono i 250 milioni aggiuntivi stanziati ricalcando la struttura di costi attuale di vaccini e screening oncologici (dati al 2024, Rapporto OsMEd di AIFA);*
- *vengono presi i moltiplicatori individuati da un lavoro recente sul caso italiano, Bordignon et al. (2024) e si considerano i coefficienti corrispondenti alle ipotesi più caute;*
- *in mancanza di moltiplicatori per ogni singola tipologia di misura di prevenzione, per i ritorni degli screening oncologici si utilizza il moltiplicatore disponibile con riferimento allo screening mammografico, mentre per i ritorni dei vaccini si considerano i benefici legati a vaccino antinfluenzale, pneumococco e Herpes-Zoster (la proporzione dei valori è fatta sulla base dell'effettiva spesa, con dati al 2024).*

- proporre alla Commissione europea e agli Stati membri di estendere alla spesa per prevenzione – immunizzazione e screening – un trattamento analogo a quello previsto dalla clausola nazionale di salvaguardia, che nel quadro attuale è stata attivata per la sola spesa per la difesa e, più limitativamente, agli investimenti in campo energetico;
- valorizzare gli spazi offerti dai piani pluriennali e, sul piano politico, dal dibattito europeo su resilienza e sicurezza: in particolare, documentare nell'Annual Progress Report da trasmettere alla Commissione europea entro il 30 aprile 2027, nell›ambito del Documento di finanza pubblica 2027, gli stanziamenti destinati a immunizzazione e screening quali investimenti coerenti con gli obiettivi del Piano strutturale di bilancio 2025-2029, richiedendo che tale spesa (i circa 1,3 miliardi di euro prima ricordati) riceva un trattamento conforme alla sua natura di investimento.

Alle istituzioni europee (Commissione, Parlamento europeo, Consiglio) si propone di:

- aprire alla possibilità di includere le spese in prevenzione – immunizzazione e screening – nell'ambito della clausola nazionale di salvaguardia;
- riconoscere politicamente la prevenzione – immunizzazione e screening – come investimento strategico per la resilienza economica e sociale dell'Unione;
- sostenere, nell›ambito della revisione ESA in corso, il riconoscimento della natura di investimento della spesa per prevenzione ad alto ritorno;
- introdurre, nel Quadro Finanziario Pluriennale post-2027, linee di finanziamento dedicate alla prevenzione, la cui spesa cofinanziata è esclusa dal computo della spesa netta, con rilevante effetto leva.

Bibliografia

Lavori citati

- Bertram, M. Y., Sweeny, K., Lauer, J. A., Chisholm, D., Sheehan, P., Rasmussen, B., Upreti, S. R., Dixit, L. P., George, K. e Deane, S. (2018), "Investing in non-communicable diseases: an estimation of the return on investment for prevention and treatment services", The Lancet, 391(10134), pp. 2071-2078.
- Bian, Z., Wang, L., Fan, R., Sun, J., Yu, L., Xu, M., Timmers, P. R. H. J., Shen, X., Wilson, J. F., Theodoratou, E., Wu, X. e Li, X. (2024), "Genetic predisposition, modifiable lifestyles, and their joint effects on human lifespan: evidence from multiple cohort studies", BMJ Evidence-Based Medicine, 29(4), pp. 255-263. https://doi.org/10.1136/bmjebm-2023-112583
- Bloom, D. E., Black, S., Salisbury, D. e Rappuoli, R. (2018), "Antimicrobial resistance and the role of vaccines", Proceedings of the National Academy of Sciences, 115(51), pp. 12868-12871. https://doi.org/10.1073/pnas.1717157115
- Bloom, D. E., Kuhn, M. e Prettner, K. (2019), "Health and Economic Growth", Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance, Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190625979.013.36
- Bloom, D. E., Carney, M. H., Knee, J. S. e Palladino, J. C. (2026), "How greater spending on preventive health can promote economic growth", World Economic Forum, 15 maggio 2026. https://www.weforum.org/stories/health-and-healthcare-systems/preventive-health-europe-economic-growth/
- Bordignon, M., Turati G., Milani E., e Bianco, D. (2024) "Spending for preventive healthcare and EU fiscal rules: Is there more room after the SGP reform?" , mimeo, CIFREL – Università Cattolica del Sacro Cuore e The European House – Ambrosetti.
- Brill, J. V. (2020), "Screening for cancer: the economic, medical, and psychosocial issues", The American Journal of Managed Care, 26(14 Suppl), pp. S300-S306. https://doi.org/10.37765/ajmc.2020.88534
- Chowdhury, S., Brassel, S., El Banhawi, H., Bell, E., Neri, M. e Steuten, L. (2025), "A cost-benefit analysis of adult immunization programs across ten countries: Modeling the socioeconomic value of immunization for older populations compared to no vaccination", Human Vaccines & Immunotherapeutics, 21(1), art. 2602976. https://doi.org/10.1080/21645515.2025.2602976
- Clarke, C. A., Hubbell, E., Kurian, A. W., Colditz, G. A., Hartman, A.-R. e Gomez, S.
- L. (2020), "Projected reductions in absolute cancer-related deaths from diagnosing cancers before metastasis, 2006-2015", Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 29(5), pp. 895-902. https://doi.org/10.1158/1055-9965. EPI-19-1366.
- Commissione europea, Direzione generale degli Affari economici e finanziari (2024), 2024 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070), Institutional Paper 279, Bruxelles. https://doi.org/10.2765/022983
- El Banhawi, H., Chowdhury, S., Neri, M., Radu, P., Besley, S., Bell, E., Brassel, S. e Steuten, L. (2024), The Socio-Economic Value of Adult Immunisation Programmes, OHE Contract Research Report, Office of Health Economics, Londra. https://www.ohe.org/publications/the-socio-economic-value-of-adult-immunisation-programmes/

- Gasperini, G., Baylor, N., Black, S., Bloom, D. E., Cramer, J., de Lannoy, G., Denoel, P., Feinberg, M., Helleputte, T., Kang, G., Schief, W. R., Stuart, L., Weller, C., Zwierzyna, M. e Rappuoli, R. (2025), "Vaccinology in the artificial intelligence era", Science Translational Medicine, 17(794), eadu3791. https://doi.org/10.1126/scitranslmed.adu3791
- Knudsen, A. B., Trentham-Dietz, A., Kim, J. J., Mandelblatt, J. S., Meza, R., Zauber, A. G., Castle, P. E. e Feuer, E. J. (2023), "Estimated US Cancer Deaths Prevented With Increased Use of Lung, Colorectal, Breast, and Cervical Cancer Screening", JAMA Network Open, 6(11), e2344698. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.44698
- Łyszczarz, B. e Sowa, K. (2022), "Production losses due to mortality associated with modifiable health risk factors in Poland", The European Journal of Health Economics, 23, pp. 33-45. https://doi.org/10.1007/s10198-021-01345-6
- Masters, R., Anwar, E., Collins, B., Cookson, R. e Capewell, S. (2017), "Return on investment of public health interventions: a systematic review", Journal of Epidemiology and Community Health, 71(8), pp. 827-834. https://doi.org/10.1136/jech-2016-208141
- Meslé, M. M. I., Brown, J., Mook, P. et al.; WHO European Respiratory Surveillance Network (2024), "Estimated number of lives directly saved by COVID-19 vaccination programmes in the WHO European Region from December 2020 to March 2023: a retrospective surveillance study", The Lancet Respiratory Medicine, 12(9), pp. 714-727. https://doi.org/10.1016/S2213-2600(24)00179-6
- Ozawa, S., Clark, S., Portnoy, A., Grewal, S., Brenzel, L. e Walker, D. G. (2016), "Return on Investment from Childhood Immunization in Low- and Middle-Income Countries, 2011-20", Health Affairs, 35(2), pp. 199-207. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1086
- Rademacher, J., Therre, M., Hinze, C. A., Buder, F., Böhm, M. e Welte, T. (2024), "Association of respiratory infections and the impact of vaccinations on cardiovascular diseases", European Journal of Preventive Cardiology, 31(7), pp. 877-888. https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwae016
- Rémy, V., Largeron, N., Quilici, S. e Carroll, S. (2015), "The economic value of vaccination: why prevention is wealth", Journal of Market Access & Health Policy, 3, art. 29284. https://doi.org/10.3402/jmahp.v3.29284
- Sah, P., Vilches, T. N., Moghadas, S. M., Pandey, A., Gondi, S., Schneider, E. C. e Galvani, A. P. (2022), "Return on Investment of the COVID-19 Vaccination Campaign in New York City", JAMA Network Open, 5(11), e2243127. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.43127
- Supporting Active Ageing Through Immunisation Partnership (2013), Adult vaccination: a key component of healthy ageing – The benefits of life-course immunisation in Europe, SAATI Report. https://www.ifa-fiv.org/wp-content/uploads/2015/09/SAATI-Report-2013.pdf
- The European House – Ambrosetti (2024), Value of Prevention, Milano.
- Vaccines Europe (2025), Pipeline Review 2025, Bruxelles.

Riferimenti a fonti istituzionali

- Agenzia Italiana del Farmaco (2025), L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale 2024, Roma.
- Assolombarda (2026), La nostra mission, Milano.
- Banca centrale europea (2025), "Time to be strategic: how public money could power Europe's green, digital and defence transitions", 25 luglio 2025.
- Camera dei deputati (2025), Mozioni in materia di iniziative per il rafforzamento delle politiche di prevenzione sanitaria, seduta dell'11 dicembre 2025, Roma.
- Consiglio dell'Unione europea (2025-2026), Attivazione coordinata della clausola di salvaguardia nazionale per la spesa per la difesa, Bruxelles.
- Eurostat (2022), National accounts and GDP: revised annual growth rates for 2020 and 2021, Lussemburgo.
- Istat (2025), Previsioni della popolazione residente e delle famiglie – Base 1° gennaio 2024, Roma.
- Istat (2025), Previsioni delle forze di lavoro al 2050, Roma.
- Istat (2026), Indicatori demografici – Anno 2025, Roma.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze (2026), Documento di finanza pubblica 2026, Roma.
- Ministero della Salute (2025), Coperture vaccinali dell'età pediatrica e dell'adolescenza – Anno 2024, Roma.
- Ministero della Salute (2025), Vaccinazione anti-HPV: coperture per coorte – Anno 2024, Roma.
- Ministero della Salute (2025), Coperture della vaccinazione antinfluenzale – Stagione 2024-2025, Roma.
- Ministero della Salute (2025), Finanziamento del Servizio sanitario nazionale – Anno 2024, Roma.
- Osservatorio Nazionale Screening (2025), I programmi di screening in Italia – Dati 2024, Firenze.
- Parlamento europeo e Consiglio dell'Unione europea (2024), Regolamento (UE) 2024/1263 del 29 aprile 2024 relativo al coordinamento efficace delle politiche economiche e alla sorveglianza di bilancio multilaterale, GU L, 30 aprile 2024.

ASSOLOMBARDA

www.assolombarda.it