



WELFARE,
ITALIA | LABORATORIO
PER LE **NUOVE**
POLITICHE **SOCIALI**

RAPPORTO 2025
THINK TANK "WELFARE, ITALIA"

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1	
L'Osservatorio 2025 del Think Tank "Welfare, Italia"	4
1.1. Il quadro macroeconomico e geopolitico di riferimento	5
1.2. Le dinamiche e le tendenze del sistema del <i>welfare</i> pubblico italiano	8
1.3. Il ruolo del settore privato nel supportare la vocazione universalistica del <i>welfare</i> italiano: il <i>Progress Report</i>	19
1.4. Il Welfare Italia Index come strumento di monitoraggio delle evoluzioni dei sistemi di <i>welfare</i> regionali	26
CAPITOLO 2	
Il ruolo del capitale umano per la crescita del sistema-Paese e del <i>welfare</i>	31
2.1. Le dinamiche sociodemografiche di base dell'Italia	32
2.2. I fattori di sviluppo del capitale umano	41
CAPITOLO 3	
La prevenzione e la complementarità per abilitare il <i>welfare</i> del futuro	58
3.1. La prevenzione come leva strategica per sostenere il <i>welfare</i> del futuro	59
3.2. I modelli di complementarità per la sostenibilità del sistema di <i>welfare</i>	67
3.3. Le opportunità connesse alla valorizzazione della prevenzione e della complementarità	76
CAPITOLO 4	
Le priorità d'azione per sostenere l'evoluzione del sistema di <i>welfare</i>	81
4.1. Il <i>Progress Report</i> delle proposte del Think Tank "Welfare, Italia"	82
4.2. Una strategia italiana per il Capitale umano	85
PRINCIPALI FONTI BIBLIOGRAFICHE DI RIFERIMENTO	94
INDICE DELLE FIGURE	97

INTRODUZIONE

In continuità con le precedenti edizioni del Rapporto del Think Tank “Welfare, Italia”, la presente versione intende approfondire il contesto di riferimento e le sfide evolutive del sistema di *welfare* italiano. In particolare, l’edizione 2025 si pone l’obiettivo di sottolineare l’importanza di mettere il **capitale umano** al centro delle politiche di sviluppo del Paese, superando la visione emergenziale del *welfare* e adottando un approccio proattivo e sistemico che lo valorizzi come *asset* strategico.

Anche nel presente Rapporto, come nelle precedenti edizioni, le analisi intendono valutare lo stato del *welfare* italiano, approfondendo la sua capacità di risposta, attuale e prospettica, alle sfide di carattere congiunturale e strutturale. Si tratta, quindi, di analizzare il livello di equilibrio delle diverse componenti del sistema, messo sotto pressione dalle necessità di risposta ai crescenti bisogni e dalle dinamiche socioeconomiche e demografiche del Paese, ovvero dalle esigenze di sostenibilità economica e finanziaria nel medio-lungo termine.

Rispetto alla struttura del Rapporto, il **Capitolo 1** fornisce l’aggiornamento annuale sui principali indicatori e sulle tendenze del sistema di *welfare* italiano (previdenza, sanità, politiche sociali ed istruzione) in ottica comparata a livello europeo e con un duplice *focus* sul contributo delle componenti pubblica e privata. Nel capitolo, viene inoltre presentato l’aggiornamento del “Welfare Italia Index”, l’indice di monitoraggio dell’efficacia del sistema di *welfare* nelle Regioni italiane, introdotto per la prima volta nell’edizione 2020 del Think Tank “Welfare, Italia” e che quest’anno è stato aggiornato con i dati più recenti.

Il **Capitolo 2** presenta un’analisi del contributo del capitale umano per lo sviluppo del Paese e del suo sistema di *welfare*, approfondendo in primo luogo le dinamiche connesse alla demografia e alle disuguaglianze sociali e territoriali, in quanto determinanti fondamentali del capitale umano. Il capitolo analizza inoltre i fattori di sviluppo del capitale umano, ovvero il sistema formativo, il mercato del lavoro e le politiche di *retention* e *attraction*.

Il **Capitolo 3** analizza il ruolo della prevenzione come leva strategica per rafforzare la tenuta complessiva del sistema di *welfare*, evidenziando come investimenti mirati e strutturali in questo ambito generino benefici sia economici sia sociali. La seconda parte è dedicata alla complementarità tra settore pubblico e privato, intesa come elemento chiave per ampliare l’accesso, migliorare l’efficienza e garantire l’equità dei servizi di *welfare*.

Infine, il **Capitolo 4** presenta il *progress report* delle proposte identificate nelle passate edizioni e delinea i lineamenti fondamentali di una Strategia italiana per il Capitale umano.

Dal punto di vista metodologico, infine, deve essere ribadito come il progetto “Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali”, nasce nel 2010 da Unipol e dal 2019 sia evoluto nel Think Tank “Welfare, Italia” grazie alla *partnership* con TEHA Group. L’iniziativa Think Tank “Welfare, Italia” è stata pertanto concepita con la specifica missione di fornire un contributo concreto alla definizione di una **visione del welfare** come sistema di strumenti, servizi e interventi finalizzati ad offrire ai cittadini le migliori e le più moderne **risposte universalistiche di protezione sociale**, abilitando le condizioni per la piena **autorealizzazione** e un modello di **“welfare di precisione”** con *policy* targettizzate ai bisogni evolutivi dei cittadini. Analogamente alle edizioni precedenti, i lavori del Think Tank “Welfare, Italia” si sono articolati in una serie di attività tra loro collegate che hanno integrato momenti di ascolto, confronto e sensibilizzazione, analisi e proposizione, pervenendo ad aggregare le diverse componenti del sistema di *welfare* pubblico e privato.

Nella sua settima edizione, il lavoro ha previsto:

- la conferma di un **Advisory Board** per elaborare linee strategiche ed operative funzionali a garantire un ridisegno equilibrato del sistema di *welfare* del Paese, secondo modelli inclusivi e sostenibili;
- la realizzazione di **incontri riservati di approfondimento** con attori rilevanti (*business community*, associazioni, rappresentanze, sistema della ricerca e *opinion leader*), per ottenere **elementi e insight** funzionali al perfezionamento delle attività di analisi e ricerca e raccogliere qualificati punti di vista sullo **stato dell'arte e sulle opportunità future** del *welfare*;
- lo sviluppo di uno **scenario strategico** di riferimento, riassunto in un **Rapporto**, che rappresenti uno "strumento di lavoro" per l'individuazione delle esigenze strutturali del sistema del *welfare* del Paese e l'indirizzo delle decisioni strategiche e le *policy* nazionali, anche alla luce di fattori di lungo termine che condizionano lo sviluppo del Paese, quali finanza pubblica, demografia e divari sociali, delle modalità operative per l'evoluzione del *welfare* e delle evidenze emerse da **casi studio** e *benchmark* internazionali;
- l'organizzazione di un **Forum di visibilità e respiro internazionale**, per presentare i risultati e le proposte del lavoro, coinvolgendo la *leadership* politica ed imprenditoriale nazionale, oltre ad attori esteri rilevanti.

Il progetto "Welfare, Italia" è di Unipol, in *partnership* con TEHA Group. L'edizione 2025 ha visto la conferma della composizione dell'*Advisory Board* che ha guidato la messa a punto dei contenuti.

L'*Advisory Board* è composto da:

- **Carlo Cimbri** (Presidente, Unipol)
- **Valerio De Molli** (*Managing Partner & CEO*, The European House - Ambrosetti e TEHA Group)
- **Veronica De Romanis** (Professore di Politica Economica Europea, Stanford University di Firenze e LUISS di Roma)
- **Giuseppe Guzzetti** (Avvocato e filantropo; già Presidente, Fondazione Cariplo)
- **Giuseppe Curigliano** (Professore di Oncologia Medica, Università Statale di Milano; Direttore, Sviluppo di Nuovi Farmaci per Terapie Innovative, Istituto Europeo di Oncologia)
- **Stefano Scarpetta** (Direttore del Dipartimento di *Employment, Labour and Social Affairs*, OCSE)

I lavori dell'iniziativa sono stati supportati da un **Comitato Operativo** di indirizzo, composto da:

- Matteo Laterza (Amministratore Delegato, Unipol)
- Enrico San Pietro (*Group Insurance General Manager*, Unipol Assicurazioni)
- Giovanna Gigliotti (*Deputy Insurance General Manager - Life & Health Officer*, Unipol Assicurazioni)
- Alberto Boidi (*Chief Health Officer*, Unipol Assicurazioni)
- Stefano Genovese (*Head of Institutional & Public Affairs*, Unipol Assicurazioni; Responsabile progetto "Welfare, Italia")
- Lorenzo Tavazzi (*Senior Partner* e Responsabile della *Practice* Scenari e *Intelligence*, TEHA Group)

Il progetto è curato operativamente dal **Gruppo di Lavoro**, composto da:

TEHA Group

- Giulia Tomaselli (*Consultant, Area Scenari e Intelligence*)
- Luca Celotto (*Consultant, Area Scenari e Intelligence*)
- Diego Medagli (*Analyst, Area Scenari e Intelligence*)
- Ines Lundra (*Secretary Leader*)
- Chiara Zaninello (*Secretary Leader*)
- Eleonora Magnani (*Secretary Leader*)
- Walter Adorni (*Responsabile IT*)
- Simone Mancini (*IT Manager*)
- Fabiola Gnocchi (*Responsabile Comunicazione*)
- Erika Panuccio (*Content and Social Media Manager*)
- Annalisa Pinto (*Coordinamento grafiche e documentazione*)

Unipol Assicurazioni

- Elisabetta Pugliese (*Institutional & Public Affairs, Unipol Assicurazioni*)
- Simona Grimaudo (*Institutional & Public Affairs, Unipol Assicurazioni*)
- Daniela Cortellessa (*Institutional & Public Affairs, Unipol Assicurazioni*)
- Chiara Antonini (*Institutional & Public Affairs, Unipol Assicurazioni*)
- Vincenza Occhionero (*Institutional & Public Affairs, Unipol Assicurazioni*)
- Marco Traverso (*Institutional & Public Affairs, Unipol Assicurazioni*)
- Paolo Esposito (*Institutional & Public Affairs, Unipol Assicurazioni*)
- Dino Noviello (*Institutional & Public Affairs, Unipol Assicurazioni*)

Tra le attività svolte, il progetto si è avvalso di un costruttivo scambio di opinioni e di punti di vista con selezionati *business leader*, rappresentanti delle Istituzioni e *stakeholder* di riferimento. Si ringraziano per i contributi e i suggerimenti offerti:

- Diego Ballarin (*Direttore Generale, Prevedi*)
- Alfonso Celotto (*Professore di Diritto Costituzionale, Università degli Studi Roma Tre; avvocato cassazionista*)
- Ferruccio De Bortoli (*Editorialista, Corriere della Sera; Presidente, Casa Editrice Longanesi*)
- Arancha Gonzalez Laya (*Dean, Paris School of International Affairs - PSIA, SciencesPo*)
- Stefan Olsson (*Deputy Director-General, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Commissione Europea*)
- Anna Maria Selvaggio (*Direttore Generale, Fondo Fonte*)
- Paolo Sestito (*Capo del Dipartimento Pianificazione, Organizzazione e Bilancio, Banca d'Italia*)

I dati contenuti nel presente Rapporto sono aggiornati a ottobre 2025. I contenuti del presente Rapporto sono riferibili esclusivamente al lavoro di analisi e di ricerca di TEHA Group e possono non coincidere con le opinioni e i punti di vista delle persone intervistate e coinvolte nell'iniziativa.

L'OSSERVATORIO 2025 DEL THINK TANK «WELFARE, ITALIA»

Il primo capitolo del Rapporto 2025 del Think Tank “Welfare Italia” intende proporre un’analisi dell’attuale contesto macroeconomico e geopolitico e fornire l’aggiornamento annuale sui principali indicatori del sistema di *welfare* italiano in ottica comparata con i principali Paesi europei e tra le Regioni italiane.

In apertura, viene proposta una lettura del quadro macroeconomico e geopolitico, a livello italiano ed europeo, con particolare attenzione alle possibili implicazioni sull’economia e sulla società nazionale.

La seconda sezione analizza il sistema di *welfare* italiano, che si sviluppa – nella declinazione adottata dal Think Tank “Welfare, Italia – su 4 componenti: sanità, politiche sociali, previdenza e istruzione.

La terza sezione analizza nel dettaglio i pilastri che sostengono il sistema di *welfare* italiano fornendo i dati a consuntivo ed evidenziando le principali tendenze e le stime di spesa per il 2025. All’interno della presente sezione, inoltre, vengono approfondite le modalità attraverso cui il settore privato contribuisce alla sostenibilità complessiva del sistema di *welfare* del Paese supportandone la sua vocazione universalista.

Infine, l’ultima sezione è dedicata all’aggiornamento del “Welfare Italia Index”, ovvero l’indice di monitoraggio dell’efficacia del sistema di *welfare* nelle Regioni italiane, introdotto per la prima volta nell’edizione 2020 del Forum “Welfare Italia” e che oggi rappresenta uno strumento indispensabile per la comprensione delle attuali dinamiche territoriali.

Nel 2024, secondo le ultime stime elaborate dal Fondo Monetario Internazionale (FMI)¹, la crescita del PIL mondiale si è attestata al 3,3%, valore in diminuzione di 0,2 punti percentuali rispetto alla crescita registrata nel 2023 (pari al 3,5%). Per la chiusura del 2025 si prevede una crescita globale leggermente inferiore rispetto all'anno precedente e pari al 3,0%.

Le **economie avanzate** presentano un tasso di crescita sostanzialmente immutato negli anni 2023 e 2024 pari all'1,8% mentre, per gli anni successivi, è prevista una crescita in leggera diminuzione: 1,5% nel 2025 e 1,6% nel 2026. All'interno di questo gruppo di Paesi gli **Stati Uniti** registrano la crescita più alta pari, nel 2024, al 2,8%, anche se in leggera flessione (-0,1 p.p.) rispetto al 2023 (2,9%). Il tasso di crescita del **Giappone** (pari, nel 2024, allo 0,2%) registra una diminuzione rispetto all'anno precedente (-1,2 p.p.), mentre risultano in leggera crescita il **Regno Unito** (+0,7 p.p.) e il Canada (+0,1 p.p.).

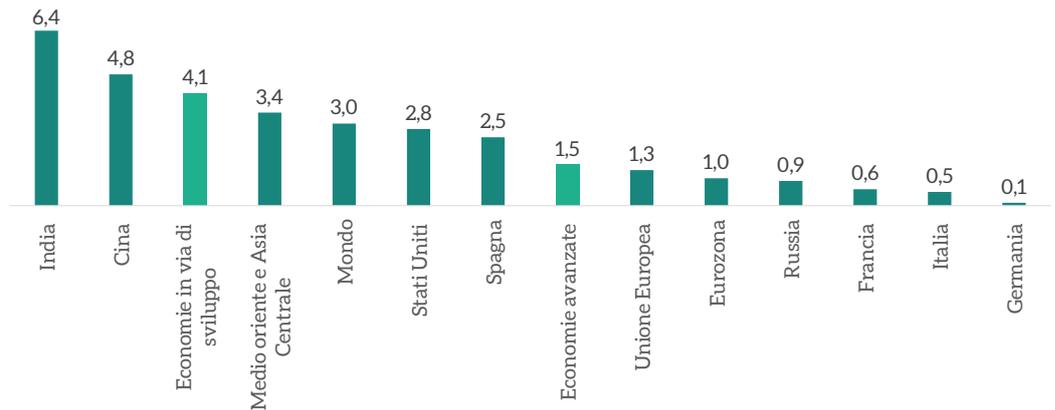
Considerando l'**Eurozona**, sempre secondo le stime fornite dal Fondo Monetario Internazionale, si prevede per il 2025 una crescita dell'**1,0%**, in lieve aumento rispetto al tasso di crescita registrato nel 2024 (+0,9%) e nel 2023 (+0,5%). Tra le principali economie dell'Eurogruppo, anche nel 2024 è la Spagna a registrare il **tasso di crescita più alto** e pari al **3,2%**, a seguire Francia (1,1%) e Italia (+0,7%) mentre per la **Germania si registra ormai da due anni un rallentamento del PIL**, come evidenzia la contrazione dello 0,2% registrata nel 2024 e del -0,3% nel 2023. Le **motivazioni** alla base di questa **flessione del PIL** sono diverse, a partire dalla **crecente concorrenza internazionale**: i produttori asiatici, in particolare cinesi e sudcoreani, stanno guadagnando quote di mercato crescenti in **filiere e produzioni industriali chiave** come le auto elettriche, le batterie e i semiconduttori, riducendo la capacità competitiva delle imprese tedesche. A questo si aggiunge la **sfida della transizione energetica e verde**: il passaggio accelerato alla **mobilità elettrica** ha messo sotto pressione l'industria automobilistica, storicamente pilastro dell'*export*, con un impatto diretto sull'occupazione (nel 2025 il settore ha perso circa 51.500 posti di lavoro, pari al 6,7%)². Non meno rilevanti sono gli effetti derivanti dalle **tensioni geopolitiche e tariffarie**: i nuovi dazi statunitensi hanno ostacolato le **esportazioni** verso uno dei mercati più importanti, contribuendo a un calo del 10% delle vendite verso gli USA e del 14% verso la Cina. Proprio la **domanda globale in rallentamento**, soprattutto nel mercato cinese e in altri Paesi emergenti, si traduce in minori ordinativi per i beni industriali tedeschi. Nel complesso, il fatturato industriale è sceso del 2,1% nel 2025 e l'economia ha registrato una contrazione del PIL dello 0,3% nel secondo trimestre dello stesso anno, segno di una fragilità che rischia di trasformare la Germania **da locomotiva a freno alla crescita europea**.

Per quanto riguarda invece l'aggregato relativo alle **economie emergenti** (EMDE, *Emerging Market and Developing Economies*), la crescita nel 2024 è stata del **4,3%**, inferiore di 0,4 punti percentuali rispetto al 4,7% del 2023. All'interno di questo gruppo di Paesi, nel 2024 è soprattutto l'**Asia** a trainare la crescita, in particolare **Cina (+5,0%)** e **India (+6,5%)**. Anche nel 2025 questa macro-area è stimata registrare importanti tassi di crescita, con un valore del +6,4% per l'India e del +4,8% per la Cina.

¹ Fondo Monetario Internazionale, *World Economic Outlook Update*, "Global Economy: Tenuous Resilience amid Persistent Uncertainty", luglio 2025.

² Reuters: *German industry sheds almost 250,000 jobs in worsening downturn, study shows*, 2025.

Figura 1.1 Previsioni di crescita del PIL. (variazioni percentuali), 2025. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Fondo Monetario Internazionale, 2025.



Per quanto riguarda gli **scambi commerciali internazionali**, come evidenzia il Report “Global Trade Outlook and Statistic - 2025”³ redatto dall’Organizzazione Mondiale del Commercio, il volume del commercio mondiale di merci dovrebbe subire una **contrazione dello 0,2%** nel 2025, quasi **tre punti percentuali in meno** rispetto alle proiezioni iniziali, che stimavano una crescita di circa il **+2,7%**. Secondo l’Organizzazione mondiale del Commercio la **principale causa del rallentamento del commercio globale** nel 2025 è rappresentata dalla combinazione di due elementi: la **forte escalation dei dazi commerciali** e l’**accresciuto clima di incertezza nelle politiche commerciali** (*Trade Policy Uncertainty*, TPU). A pesare sulle prospettive globali di crescita, inoltre, vi è il quadro di forte incertezza alimentato dall’attuale **panorama geopolitico globale** all’interno del quale è possibile individuare numerosi **fronti di crisi**.

Il **conflitto russo-ucraino** resta il principale **fronte di instabilità** dell’ordine europeo. La guerra in Ucraina è entrata, a oltre tre anni dall’invasione russa, in una fase di “**stallo dinamico**”. Mosca, infatti, consolida il controllo sui territori già occupati nel Donbass e lungo la fascia costiera, mentre Kiev continua a resistere con **creescenti difficoltà**, anche a causa della scarsità di munizioni e di difese aeree.

L’altro fronte di crisi è quello **medio-orientale**. Il conflitto tra **Israele e Hamas** resta **uno dei principali focolai di instabilità globale**. Dopo la recrudescenza delle ostilità nell’autunno 2023 e i successivi tentativi di tregua mediati da Egitto, Qatar e Stati Uniti, la situazione sul campo è progressivamente peggiorata.

Il **riassetto dello scenario geopolitico** ha posto al centro del dibattito pubblico il **tema della sicurezza** e la relativa necessità per i Paesi europei di **aumentare le spese per la difesa**. L’Europa, a partire dall’invasione russa dell’Ucraina sta riportando la sicurezza al **centro della sua agenda politica e del suo posizionamento strategico**, nel 2023 la spesa per la difesa dell’UE-27 era pari a circa **281 miliardi** (1,6% del PIL) e nel 2024 undici Stati membri, tra cui l’Italia, risultano ancora **sotto l’obiettivo del 2% del PIL indicato in ambito NATO**.

Per rispondere al nuovo scenario, la Commissione europea ha presentato il piano **Readiness2030**, una tabella di marcia per rafforzare le capacità militari e la base industriale europea, spingendo gli approvvigionamenti in Europa e la creazione di un vero **mercato unico per la difesa**. Il piano prevede fino a **800 miliardi di Euro** attivabili su più canali: da un lato, **650 miliardi** come massimo potenziale di maggior spesa nazionale in quattro anni (fino a +1,5% di PIL all’anno rispetto ai livelli attuali), che verrebbe esclusa dal calcolo del

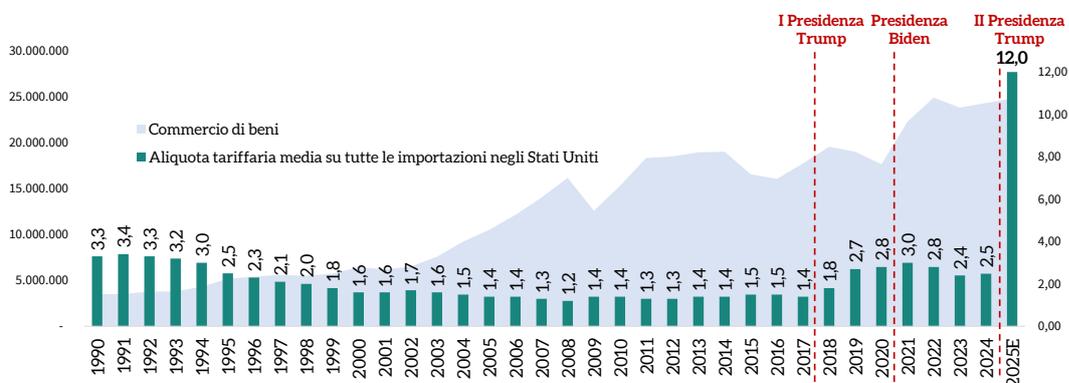
³ Organizzazione Mondiale del Commercio, *Global Trade Outlook and Statistics*, aprile 2025.

deficit grazie a una *escape clause* del Patto di stabilità; dall'altro, **150 miliardi** di prestiti UE tramite il nuovo strumento **SAFE (EU-bonds)**⁴, più la possibilità di riallocare una quota dei **fondi di coesione** verso **filieri tecnologiche e difesa** e la **mobilitazione di capitale privato** (*Savings & Investments Union*⁵ e la Banca Europa degli Investimenti). Per l'Italia, portare la spesa per la difesa al **2%** (o addirittura al **5%** ipotizzato in alcuni dibattiti internazionali) comporterebbe un **incremento annuo** compreso **tra 11 e 77 miliardi di Euro**, a valori 2024. L'Italia, inoltre, prevede di includere nel **perimetro delle spese per la difesa** voci oggi fuori dal bilancio come ad esempio (pensioni militari, spazio, Guardia costiera, alcune spese della Protezione civile). In ogni caso, le nuove esigenze securitarie europee, l'incremento delle spese militari, i contributi a programmi UE come **SAFE** e più in generale il rispetto dei **target NATO** – rischiano di generare in Italia un **trade-off** tra **sicurezza e welfare**.

Tuttavia, oltre alla **dimensione della sicurezza**, il sistema di *welfare* italiano, ma più in generale quello europeo, è attualmente minacciato da un **altro fattore di rischio** rappresentato dal **commercio internazionale**.

Infatti, a partire dall'insediamento del Presidente Donald Trump alla Casa Bianca è partita una **stretta tariffaria** su più fronti. Tra la fine gennaio e l'inizio di febbraio sono stati annunciati **nuovi dazi** su *chip/semiconduttori* e *farmaci* e sono stati firmati ordini esecutivi che impongono dazi contro Cina, Canada e Messico (con una sospensione iniziale di 30 giorni per questi ultimi due Paesi). A partire dal 4 febbraio, sono entrati in vigore dazi del 10% sulle importazioni dalla Cina e sono stati innalzati i dazi su **acciaio e alluminio**. A metà febbraio la stretta tariffaria è stata ampliata al settore *automotive* con un dazio del **25%** su auto e relative componenti, la medesima soglia viene indicata anche per **semiconduttori e prodotti farmaceutici**. A marzo il perimetro è stato esteso ai *partner europei*, con dazi fino al **25%** su **acciaio e alluminio** di origine UE e la minaccia di tariffe al **200%** su **vino, champagne e altri prodotti alcolici**. Tra **fine luglio e agosto** il negoziato con l'UE si è chiuso con un'intesa che **stabilizza gli scambi** attraverso una **tariffa di base universale al 15%** tra UE-USA.

Figura 1.2 Aliquota tariffaria media su tutte le importazioni negli Stati Uniti e commercio di beni globale (asse sx: trilioni di dollari; asse dx: valori percentuali), 1990-2025E*. (*) Aliquota media prevista per il 2025 al 31 agosto 2025. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Tax Foundation, U.S. Census Bureau e Yale Budget Lab, 2025.



A partire dal «**Liberation Day**» del 2 aprile 2025, le entrate doganali statunitensi derivanti dai dazi hanno subito un'accelerazione significativa: a giugno, il gettito ha già raggiunto gli **87,2 miliardi di Dollari**, superando l'intero ammontare raccolto nel 2024 (pari a 78,9

⁴ Il SAFE (*Security Action for Europe*) è un nuovo strumento UE per finanziare la difesa comune e prevede l'emissione fino a €150 miliardi di EU-Bonds e EU-Bills entro il 2030. I fondi raccolti sono concessi come prestiti agli Stati membri, beneficiando della tripla A dell'UE, di condizioni di mercato competitive, scadenze lunghe e alta liquidità. Tramite SAFE amplia il ruolo dell'UE come emittente di *safe assets* europei (titoli ad alta qualità creditizia, robustezza e liquidità, paragonabili ai Bund tedeschi), rafforzando il mercato comune dei capitali.

⁵ Il *Savings & Investments Union* (SIU) è l'iniziativa dell'UE (lanciata ufficialmente il 19 marzo 2025) per creare un mercato finanziario integrato a livello europeo che colleghi efficacemente i risparmi dei cittadini a investimenti produttivi, sostenendo crescita, innovazione e transizioni verdi e digitali.

miliardi di Dollari). Se il ritmo di crescita delle entrate tariffarie osservato tra maggio e giugno dovesse proseguire nella seconda metà del 2025, il gettito da dazi doganali potrebbe raggiungere tra i **207 e i 250 miliardi di Dollari**, triplicando i valori del 2024.

In seguito all'accordo commerciale tra Stati Uniti e Unione europea del 28 luglio 2025, e della successiva dichiarazione del 21 agosto 2025, le esportazioni dall'Unione europea sono soggette fino a **75,8 miliardi di Euro** di oneri tariffari, un valore **tredici volte superiore** rispetto ai 5,9 miliardi di Euro versati nel 2024. L'Italia, dopo la Germania risulta il **2° Paese più colpito in Europa** e potrebbe subire un incremento dei dazi fino a **9 miliardi di Euro**.

In conclusione, i nuovi dazi introdotti dall'amministrazione Trump produrranno effetti rilevanti **sia sul mercato interno americano sia sull'export italiano**. Nel breve periodo, l'aumento medio dei prezzi dei beni importati – stimato intorno al **15%** – sarà trasferito in larga parte sui **consumatori statunitensi**, con un impatto inflattivo diffuso. Parallelamente, nel caso di una **maggiore elasticità della domanda statunitense**, le esportazioni italiane verso gli USA potrebbero registrare una contrazione fino a **9 miliardi di euro**, difficilmente compensabile in tempi rapidi attraverso la diversificazione dei mercati di sbocco. Nel medio-lungo termine, l'espansione della produzione domestica americana rischia di consolidare questa tendenza, riducendo stabilmente la domanda di beni importati dall'Italia. In sintesi, lo scenario più probabile è quindi un *mix* dei due effetti: **costi crescenti per i consumatori statunitensi e una contrazione significativa delle opportunità di export per le imprese italiane**.

1.2

LE DINAMICHE E LE TENDENZE DEL SISTEMA DEL WELFARE PUBBLICO ITALIANO

1.2.1

Le componenti del sistema di welfare

In Italia, tradizionalmente, la definizione di *welfare* risulta composta da 3 “pilastri”:

- **Sanità:** le politiche sanitarie hanno come obiettivo principale la **tutela della salute dei cittadini**, promuovendola, preservandola e, quando necessario, favorendone il recupero. Tale principio trova fondamento nell'articolo 32 della Costituzione che riconosce la **salute come diritto fondamentale**, garantito attraverso prestazioni a carattere **universalistico**. L'attuale assetto nasce con la **Legge n. 833 del 1978**, che ha istituito il **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**. Tale riforma ha rappresentato un passaggio cruciale per il sistema di *welfare* italiano, in quanto ha introdotto il **principio di universalità** nell'assistenza sanitaria, modernizzandone profondamente l'assetto complessivo. Attualmente, il SSN è finanziato principalmente attraverso la fiscalità generale dello Stato.
- **Politiche sociali:** rappresentano una componente essenziale del *welfare*, il cui obiettivo è favorire l'inclusione e ridurre le disuguaglianze. Per raggiungere questi obiettivi si ricorre a strumenti come i sussidi di disoccupazione, gli interventi di sostegno alle famiglie, le misure assistenziali e i programmi di *housing* sociale. Il finanziamento avviene anche tramite il **Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS)**, alimentato dalla fiscalità generale, che sostiene un sistema di **Piani Sociali Regionali e Piani Sociali di Zona**. Questi ultimi hanno il compito di coordinare, a livello territoriale, una rete integrata di servizi rivolti alle persone in difficoltà, con l'obiettivo di promuovere l'inclusione e migliorare la qualità della vita. Le prestazioni legate alla disoccupazione sono invece erogate dall'**INPS**, che rappresenta l'ente di riferimento per questa tipologia di tutele.

- **Previdenza:** le **prestazioni previdenziali** si concentrano principalmente sul sistema pensionistico che eroga pensioni in cambio del versamento di contributi previdenziali obbligatori da parte dei lavoratori. A differenza della sanità e delle politiche sociali, finanziate tramite la fiscalità generale, il sistema previdenziale pubblico si regge sulla **contribuzione sociale** ed è organizzato secondo il modello a ripartizione. Tale meccanismo si fonda su un vero e proprio **“patto intergenerazionale”**, in base al quale i contributi versati dai lavoratori attivi vengono utilizzati per finanziare le pensioni percepite dagli attuali pensionati.

A partire dal Rapporto 2021, infine, il Think Tank “Welfare, Italia” ha introdotto un quarto “pilastro”, ovvero quello relativo all’**Istruzione**, in quanto – a nostro avviso - rappresenta una componente fondamentale di cui il Paese dispone per contrastare criticità strutturali – quali un ascensore sociale da tempo bloccato, l’aumento delle disuguaglianze, un elevato tasso di *drop-out* scolastico – e le relative conseguenze sulla tenuta socioeconomica del Paese.

Figura 1.3. I quattro pilastri del welfare italiano. Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.



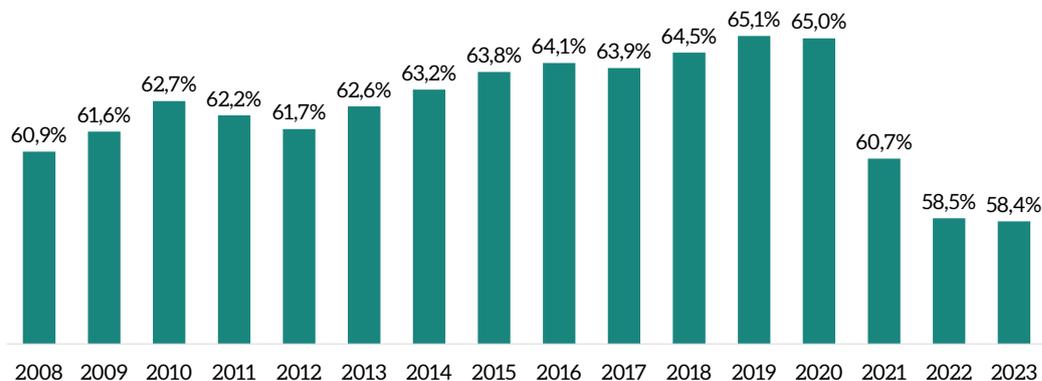
1.2.2

Aggiornamento dei dati dell’Osservatorio del Think Tank “Welfare Italia”: numeri chiave e tendenze in atto in Italia ed Europa

Nel 2019 il Think Tank “Welfare, Italia” ha attivato un Osservatorio per monitorare su base annua i **numeri chiave e le tendenze del sistema di welfare italiano**, confrontandolo con i Paesi *benchmark* dell’Eurozona. Il presente Capitolo contiene un aggiornamento puntuale dei diversi indicatori, a partire dalla componente pubblica del *welfare*.

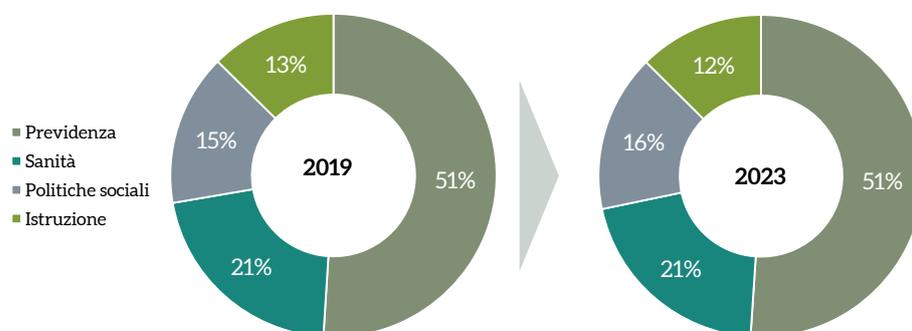
Considerando il sistema di *welfare* italiano, la spesa complessiva in *welfare* nel 2023 è stata pari a **668,7 miliardi di Euro**, in aumento del 4,2% rispetto al 2022 (641,7 miliardi di Euro) e pari al **58,4%** della spesa pubblica totale. Tale valore **risulta lievemente inferiore di 0,1 p.p.** rispetto all’anno precedente quando il rapporto era pari al 58,5%, risultando il **più basso registrato** a partire dal 2008.

Figura 1.4. Peso della spesa in welfare sul totale della spesa pubblica in Italia. (valori percentuali), 2008-2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



Analizzando nel dettaglio le singole componenti della spesa in *welfare*, quella relativa alla **previdenza** assorbe nel 2023 il **51%** delle risorse, stabile in termini di peso relativo rispetto al 2019. Dalla figura 1.5 si evince, inoltre, un leggero incremento della **spesa in politiche sociali** (+1,0 p.p. sul totale della spesa in *welfare* rispetto ai valori del 2019) e un decremento della spesa in **istruzione**, la quale passa dal 13% del 2019 al 12% del 2023 (-1,0 p.p.). Risulta **stabile**, infine, la quota relativa alla **spesa sanitaria** pari al **21%** del totale.

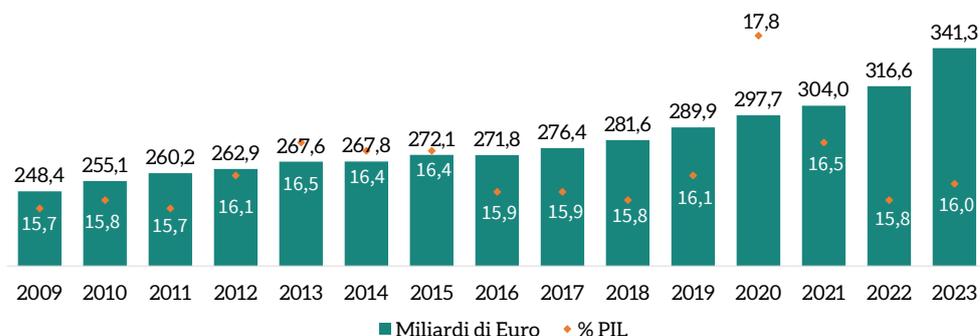
Figura 1.5. Ripartizione della spesa in welfare in Italia nelle quattro diverse componenti (valori in percentuale sul totale), 2019 e 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



Spostando l'analisi sul più ampio contesto europeo, la struttura della spesa in *welfare* in Italia presenta notevoli differenze rispetto al resto dell'Eurozona. In particolare, è possibile osservare come nell'Area Euro, nel 2023, la **spesa previdenziale** pesa per il **38,9%** del totale della spesa in *welfare*, ben **12,1 p.p. in meno** rispetto al valore italiano. L'elevata concentrazione di risorse nella componente previdenziale, nel contesto italiano, genera **sbilanciamenti relativamente alle altre voci di spesa del welfare**, ovvero: -7,0 p.p. di spesa in politiche sociali rispetto alla media europea (23,0%), -2,5 p.p. in sanità (23,5%) e -2,6 p.p. in istruzione (14,6%).

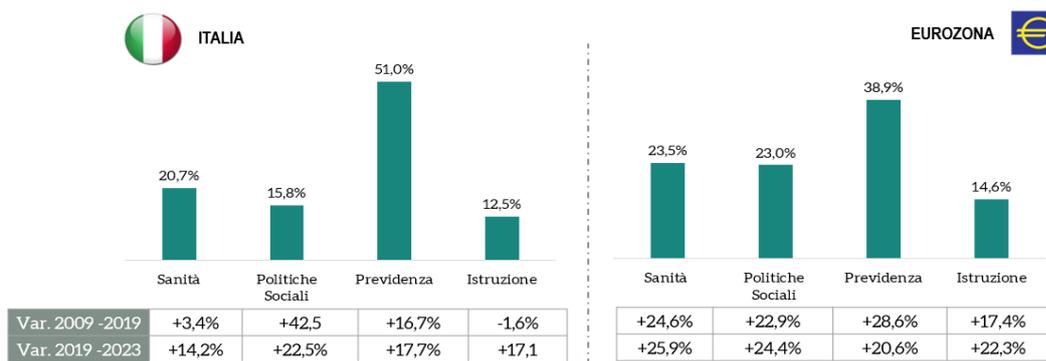
Con riferimento a quest'ultima componente, ovvero all'**istruzione**, l'Italia nel decennio 2009-2019 ha registrato una riduzione di spesa dell'1,6%, in netto contrasto rispetto al contesto europeo che invece, nel medesimo periodo, ha registrato un incremento del 17,4%. Inoltre, nel quinquennio 2019-2023 sebbene l'Italia abbia riportato un incremento di spesa del 17,1% per questa voce, la **performance di spesa** resta **inferiore** rispetto alla media europea del 22,3%.

Figura 1.6. Andamento della spesa previdenziale (valori in miliardi di Euro e in percentuale al PIL), 2009-2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



Nel periodo 2009-2019 la voce di spesa che in Italia ha registrato il maggior incremento è quella relativa alle **politiche sociali** +42,5%, quasi il doppio rispetto al 22,9% registrato nell'Eurozona e +22,5% tra il 2019 e il 2023, un valore leggermente inferiore rispetto al +24,4% registrato nell'Eurozona. Anche le altre due componenti del *welfare* in Italia registrano nel periodo 2019 - 2023 degli incrementi inferiori rispetto alla media dell'Eurozona. In particolare, con riferimento alla **sanità**, nel periodo 2019 - 2023 l'Italia riporta un incremento del +14,2%, **11,7 p.p. in meno** rispetto alla media dell'Eurozona (+25,9%), mentre la variazione della spesa in **previdenza** risulta inferiore di **3 punti percentuali** rispetto alla media dell'Eurozona (17,7% vs 20,6%).

Figura 1.7. Ripartizione della spesa in *welfare* in Italia e nell'Eurozona al 2022 e variazione percentuale del valore assoluto (variazione percentuale), 2009-2019 e 2019-2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



Dopo aver analizzato l'andamento e la composizione della spesa in *welfare* nel suo complesso, le sezioni successive approfondiranno le **quattro componenti della spesa**, illustrandone l'evoluzione nel tempo e i principali profili critici, dapprima in riferimento al contesto nazionale e successivamente attraverso un confronto con i principali *benchmark* europei.

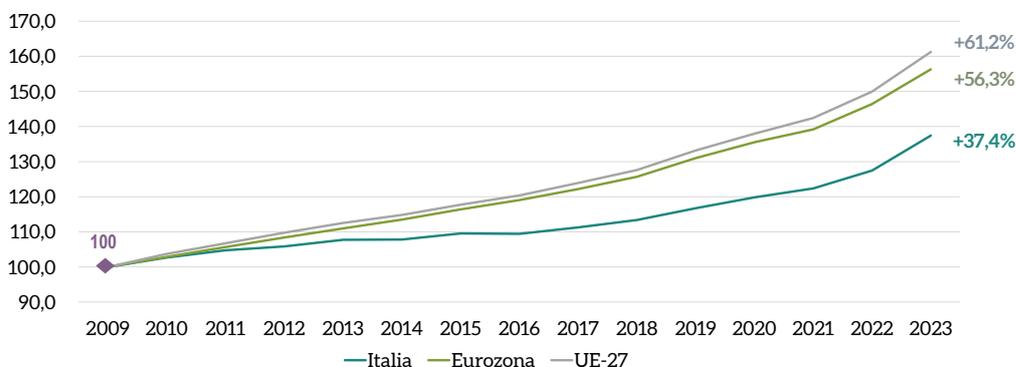
Previdenza

Nel 2023 la **spesa previdenziale italiana** è aumentata del **7,8%** rispetto all'anno precedente, registrando un valore pari a **341,3 miliardi di Euro**. Tale incremento è il risultato di una **combinazione di diversi elementi**, tra cui le rivalutazioni legate all'inflazione, l'invecchiamento demografico e il conseguente aumento dei pensionati (anche per via delle politiche di pensionamento anticipato). In termini assoluti la spesa previdenziale nell'ultimo decennio è cresciuta del **27,5%**, passando dai 267,8 miliardi del 2014 ai 341,3 miliardi del 2023. In termini relativi, invece, il peso della spesa previdenziale sul PIL ha registrato delle oscillazioni: nel quinquennio 2014-2018 è leggermente diminuito, passando dal 16,4% al 15,8% mentre nei successivi cinque anni 2019-2023 - a parte l'incremento del periodo 2019 - 2020 (quando il peso sul PIL è passato dal 16,1% al 17,8% per via del crollo del

PIL derivante dalla pandemia) - la quota della spesa previdenziale sul PIL ha avviato un **graduale percorso di diminuzione** tornando, nel 2023, ai valori registrati nel 2019 (16,1%).

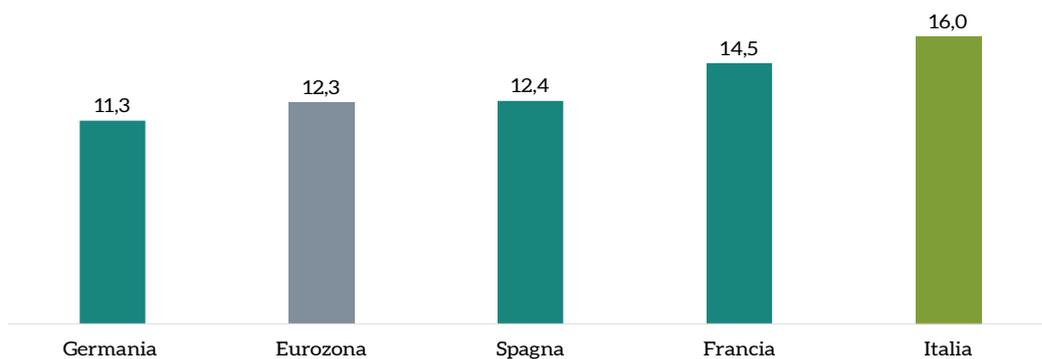
Come è possibile osservare dalla Figura 1.8, nel periodo 2009-2023 in Italia il tasso di crescita della spesa previdenziale è stato pari al **37,4%**, mentre quello registrato dall'Eurozona e dall'Unione Europea è stato rispettivamente del 56,3% e del 61,2%.

Figura 1.8 Andamento della spesa previdenziale (2009=100), 2009-2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



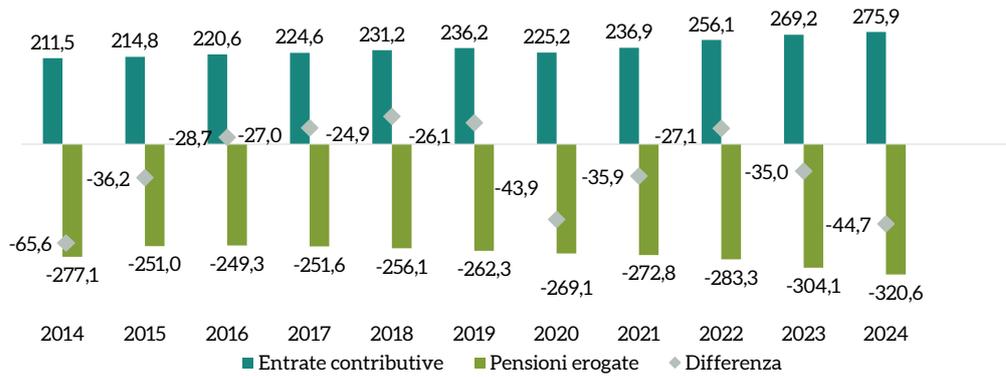
Nonostante tale andamento, occorre osservare come l'Italia resta il **primo tra i Big-4 europei** per incidenza della spesa previdenziale sul PIL, con un valore pari al 16,0%, superiore di 3,7 punti percentuali rispetto all'Eurozona (12,3%) e 4,7 punti percentuali rispetto alla Germania (11,3%).

Figura 1.9. Peso della spesa in previdenza nei Paesi europei (valori in percentuale del PIL), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025



Il disequilibrio esistente in Italia nella spesa per il *welfare*, che privilegia la **componente previdenziale**, produce impatti significativi sulle risorse statali. Infatti, sebbene il sistema previdenziale preveda un bilanciamento tra i contributi versati e le pensioni erogate, esso risulta costantemente caratterizzato da un *deficit*. Ciò comporta una **continua necessità di risorse finanziarie**, provenienti dalla fiscalità generale, per soddisfare le esigenze della componente previdenziale del *welfare*. Infatti, come si evince dal Rendiconto Generale 2024 dell'INPS, il valore delle pensioni erogate nel 2024 è stato pari a **320 miliardi di Euro**, in crescita del **5,4%** rispetto all'esercizio precedente, pari a un aumento di **16,5 milioni** rispetto al 2023. Nel 2024 il differenziale tra entrate contributive e pensioni erogate è stato pari a **44,7 miliardi di Euro** in aumento rispetto al valore registrato nel 2023 di **35 miliardi**. Complessivamente, nel periodo 2014-2024, il sistema previdenziale ha dovuto attingere risorse dalla fiscalità generale accumulando un *deficit* di circa **400 miliardi di Euro**

Figura 1.10. Valore delle pensioni erogate e delle entrate contributive (valori in miliardi di Euro), 2014-2024. Fonte TEHA Group su dati INPS, 2025. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



Sanità

La spesa sanitaria pubblica in Italia è gestita principalmente attraverso il **Sistema Sanitario Nazionale (SSN)** basato su un sistema di **decentramento regionale**. Tale modello prevede una netta suddivisione di competenze tra livello centrale, rappresentato dallo Stato, e il livello regionale, in capo alle singole Regioni. A livello centrale, lo Stato ha il compito di definire i **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**, ovvero le prestazioni sanitarie e i servizi considerati imprescindibili per garantire un accesso equo e uniforme alla salute su tutto il territorio nazionale. I LEA coprono una **vasta gamma di servizi**, dalla prevenzione alle cure ospedaliere, dalle prestazioni ambulatoriali alle terapie riabilitative, e sono finanziati principalmente attraverso la **fiscalità generale**. Sebbene lo Stato stabilisca i criteri e gli obiettivi generali, è alle **Regioni** che spetta il compito di **organizzare, pianificare e gestire** l'erogazione dei servizi sanitari in base alle esigenze specifiche del proprio territorio. Inoltre, le Regioni sono chiamate a **monitorare e controllare l'efficienza e la qualità dei servizi erogati**, garantendo che i LEA siano rispettati e che gli *standard* previsti siano mantenuti. In tal modo, mentre lo Stato centrale si occupa della definizione delle politiche sanitarie, le Regioni sono responsabili della loro attuazione concreta, assicurando che ogni cittadino, indipendentemente dalla sua posizione geografica, abbia accesso a un sistema sanitario di qualità.

Nel 2023 la spesa sanitaria in Italia ha raggiunto i **138,3 miliardi di Euro**, un valore superiore dell'1,1% rispetto al 2022 e pari al 6,5% del PIL, in diminuzione di 0,3 p.p. rispetto al 2022 (6,8%). Rispetto al 2019, anno in cui la spesa sanitaria era pari a 121,1 miliardi di Euro, il livello di spesa risulta più alto del 14,2%, mentre **la percentuale sul PIL ha registrato una progressiva diminuzione** passando dal 7,8% del 2020 al 6,5% del 2023, per via dell'**effetto di dinamica relativa tra numeratore** (spesa sanitaria) e denominatore (PIL): infatti, mentre la spesa sanitaria registra una crescita nel periodo considerato del +6,5%, il PIL nominale è

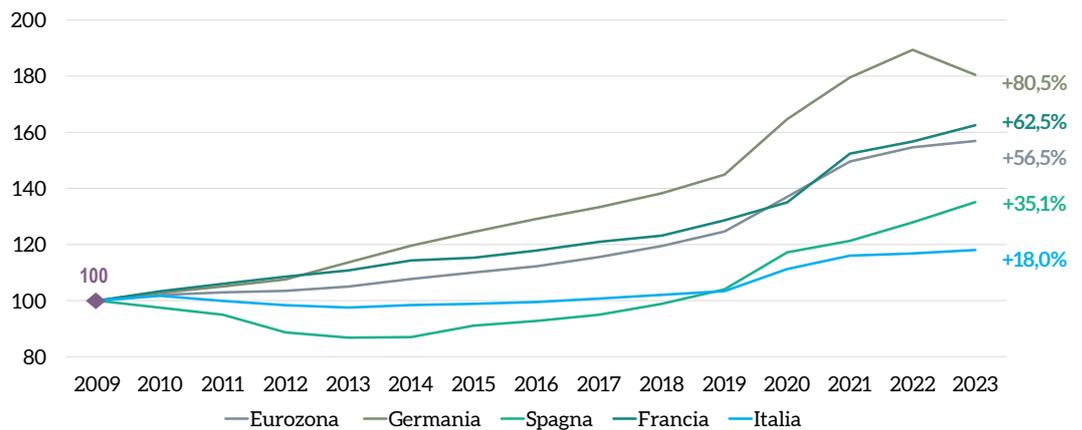
Figura 1.11. Andamento della spesa sanitaria in Italia (valori in miliardi di Euro e in percentuale al PIL), 2009-2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



creciuto nel medesimo periodo del **27,6%**. Nel complesso, dal 2009 al 2023 la spesa sanitaria è aumentata di **21,1 miliardi di Euro (+18,0%)**.

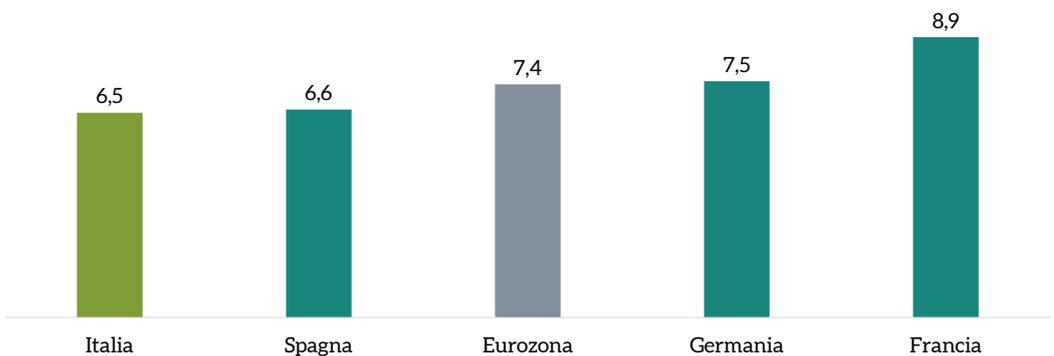
Tra i Paesi *benchmark*, la Germania è il Paese che ha fatto registrare l'aumento maggiore nel periodo 2009-2023 (+80,5%), seguita dalla Francia (+62,5%). Tra i Big-4 europei, l'Italia ha registrato nel periodo 2009-2023 l'andamento di **crescita della spesa sanitaria più basso** (+18,0%), ovvero 17,1 p.p. in meno rispetto alla media spagnola (+35,1%) e 4,5 volte inferiore rispetto a quella tedesca (+80,5%) e 3,5 volte inferiore rispetto a quella francese (+62,5%). Nel 2023 tra i Big-4 europei che hanno registrato una variazione percentuale della spesa sanitaria **superiore alla media** dell'Eurozona (pari all'1,5% tra 2022 e 2023), risultano Spagna (+5,7%) e Francia (+3,7%). Registra una variazione inferiore l'Italia (+1,1%) mentre risulta negativa quella della Germania (-4,7%).

Figura 1.12. Andamento della spesa sanitaria nei Big-4 europei e nell'Eurozona (numeri indice 100=2009), 2009-2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



Nel confronto con i principali *peer* europei l'Italia, nel 2023, riporta un **peso della spesa sanitaria sul PIL** pari al **6,5%**, **posizionandosi all'ultimo posto** con un valore inferiore di 0,9 p.p. rispetto alla media dell'Eurozona (7,4%). Francia e Germania, rispettivamente con l'8,9% e il 7,5% registrano un **gap** con la media dell'Eurozona rispettivamente di 0,1 p.p. e 1,5 p.p.

Figura 1.13. Valore della spesa sanitaria nei Big-4 europei e nell'Eurozona (valori in percentuale del PIL), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



Politiche sociali

La terza componente del *welfare* per peso relativo sulla spesa totale è costituita dalle **politiche sociali**, le cui risorse sono aumentate dai 60,5 miliardi di Euro del 2009 ai **105,6 miliardi** del 2023, con un incremento del **74,6%**. Tuttavia, a partire dal 2020, la spesa in politiche sociali, sia in termini assoluti sia in termini di peso sul PIL, ha avviato un percorso di **progressiva diminuzione**: in termini assoluti, la diminuzione è stata pari a **10,7 miliardi**

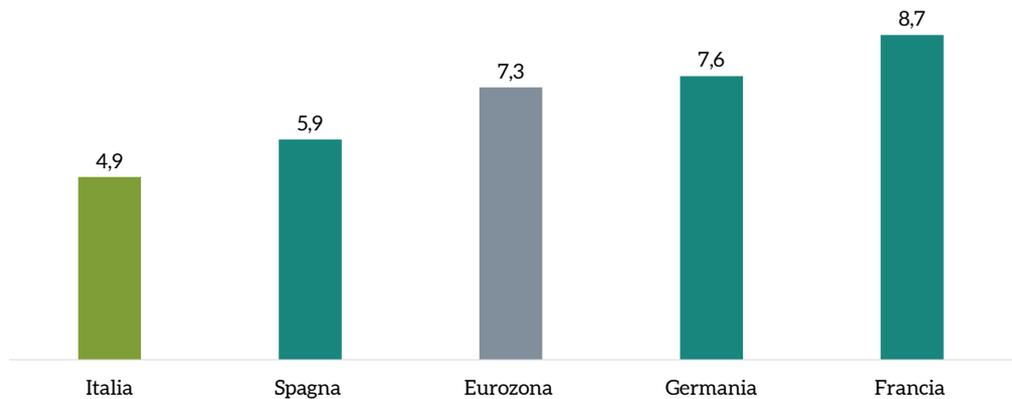
di Euro e in termini relativi sul PIL di 2 punti percentuali. A contribuire a tale diminuzione vi è stata la **revisione di alcune misure nazionali** tra cui, ad esempio, la **rimodulazione del Reddito di Cittadinanza** e il passaggio all'Assegno di inclusione, oltre naturalmente al venire meno di alcune misure emergenziali introdotte in risposta al COVID-19.

Figura 1.14. Andamento della spesa in politiche sociali in Italia (valori in miliardi di Euro e in percentuale del PIL) 2009-2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



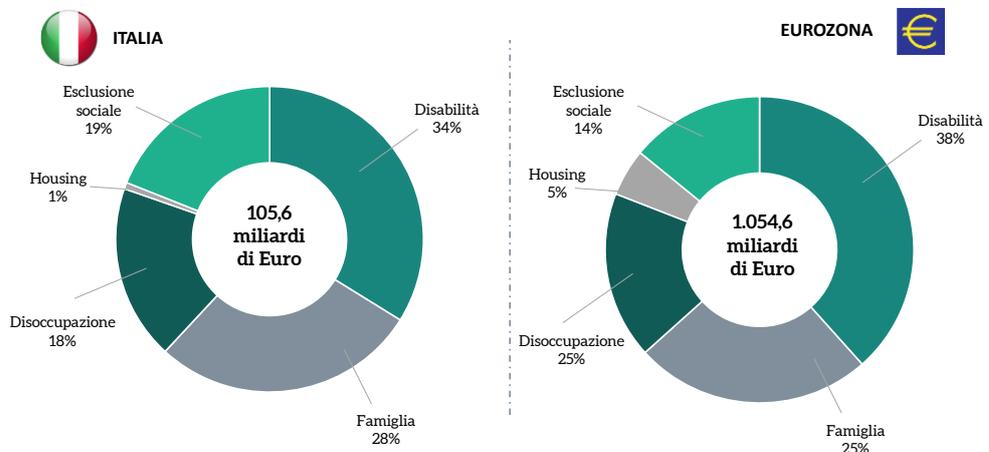
Dal confronto con i Big-4 europei, l'Italia è **ultima** nel 2023 per peso della **spesa in politiche sociali** rispetto al PIL, con un valore pari al 4,9%, inferiore di 2,4 p.p. rispetto alla media dell'Eurozona (7,3%) e di 3,8 p.p. rispetto alla Francia (8,7%).

Figura 1.15. Peso della spesa in politiche sociali nei Big-4 europei e nell'Eurozona (valori in percentuale del PIL), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



Dall'analisi e dal confronto della **suddivisione della spesa in politiche sociali** in Italia rispetto all'Eurozona, emerge un ruolo meno attivo del nostro Paese con riferimento alla voce **housing** (1% vs 5%), **disoccupazione** (18% vs 25%) e **disabilità** (34% vs 38%). Al contrario, l'Italia alloca **maggiori risorse rispetto alla media dell'Eurozona** in voci di spesa quali, ad esempio, le politiche per la **famiglia** (28% vs 25%) e l'**esclusione sociale** (19% vs 14%).

Figura 1.16. Suddivisione della spesa in politiche sociali (percentuale sul totale), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



Istruzione

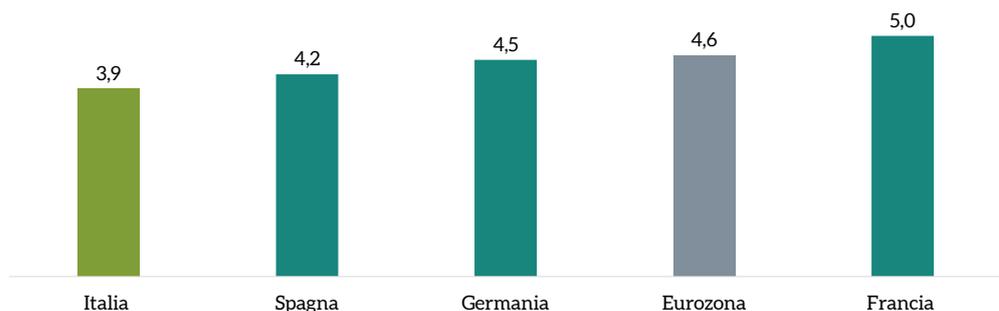
A partire dall'edizione 2021, il Think Tank "Welfare, Italia" ha deciso di superare la definizione tradizionale di *welfare* comprendente le voci di Previdenza, Sanità e Politiche Sociali, aggiungendo una quarta componente, ovvero quella dell'**istruzione**. Investire in istruzione, infatti, significa **ridurre le disuguaglianze di partenza**, favorire l'inclusione e garantire ai cittadini **migliori opportunità di accesso al lavoro e alla mobilità sociale**. Inoltre, un sistema educativo solido sostiene la **coesione sociale** e contribuisce alla sostenibilità complessiva del sistema di *welfare*.

Figura 1.17. Andamento della spesa in istruzione in Italia (valori in miliardi di Euro e in percentuale del PIL), 2009-2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



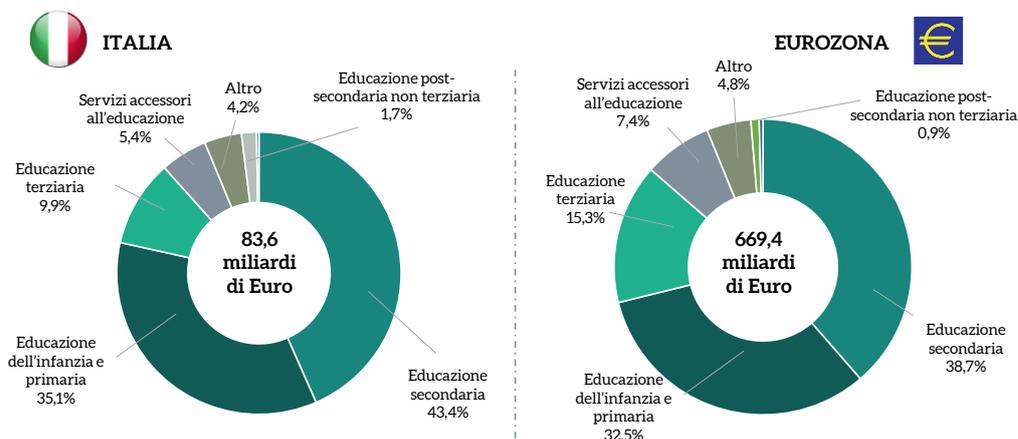
Al 2023 la componente dell'istruzione in Italia vale il 12,5% della spesa in *welfare* (in lieve diminuzione di 0,2 p.p. rispetto al 12,3% del 2022). Osservando il *trend* della spesa in istruzione è possibile osservare come, a partire dal 2009, anno in cui le risorse dedicate sono state pari a 72,5 miliardi di Euro, la componente ha subito una **progressiva diminuzione**, raggiungendo il **valore più basso della serie storica** nel 2014 (66,8 miliardi di Euro). Negli anni successivi al 2014, si registra un *trend* in progressiva crescita della spesa in valori assoluti, raggiungendo gli **83,6 miliardi nel 2023** (4,5% in più rispetto al 2022). Complessivamente nel periodo 2009-2023 la spesa in istruzione è cresciuta del **15,3%**, ma il suo peso sul PIL è **diminuito di 0,7 p.p.**, passando dal 4,6% del 2009 al 3,9% del 2023. Nel confronto con i principali Paesi europei, l'Italia si conferma nel 2023 **ultima per peso relativo della spesa in istruzione in rapporto al PIL (3,9%)**.

Figura 1.18. Peso della spesa in istruzione nei Big-4 europei e nell'Eurozona (valori in percentuale del PIL), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



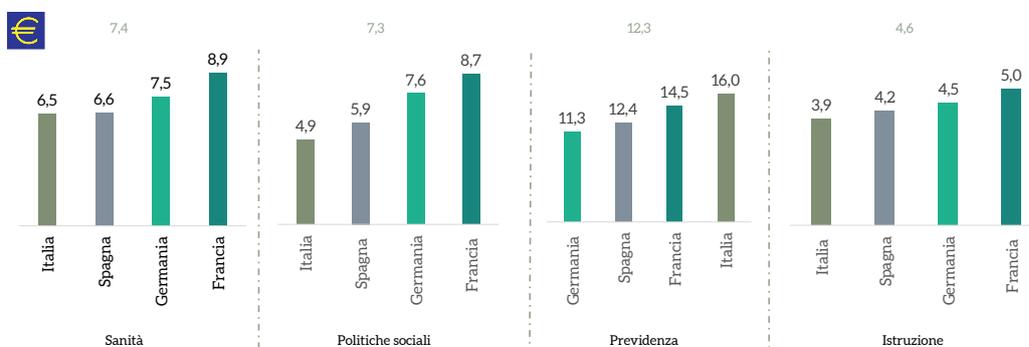
Analizzando la composizione della spesa in istruzione, è possibile osservare come, sia in Italia sia nell'Eurozona, la maggior parte delle risorse sono assegnate alla componente relativa all'**educazione secondaria**, seguita da quella dell'infanzia e dalla terziaria. Queste tre voci rappresentano nel 2023 in Italia e in Eurozona rispettivamente il 78,5% e il 71,2% delle risorse totali destinate all'istruzione. Occorre osservare, inoltre, come la spesa dell'Italia risulti superiore nei **livelli di istruzione iniziali** (scuola dell'infanzia, primaria e secondaria) mentre, con riferimento all'**educazione terziaria**, il Paese spende una percentuale pari al 9,9%, inferiore di 5,4 p.p. rispetto alla media europea (15,3%).

Figura 1.19. Suddivisione della spesa in istruzione (percentuale sul totale della spesa in istruzione), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025. N.B. "Altro" include la spesa in istruzione non definibile dal livello e quella non classificabile altrove.



In sintesi, considerando il totale della spesa in *welfare* nei Big-4 europei, l'Italia registra un eccessivo "sbilanciamento" relativamente alla **componente previdenziale**, risultando anche nel 2023 con il 16,0% al **primo posto nell'Eurozona** ed occupa, invece, l'ultimo o il penultimo posto con riferimento alle 3 restanti voci della spesa in *welfare* per peso relativo sul PIL.

Figura 1.20. Peso della spesa in *welfare* in Italia e in confronto ai principali partner europei nelle quattro componenti (percentuale sul PIL), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



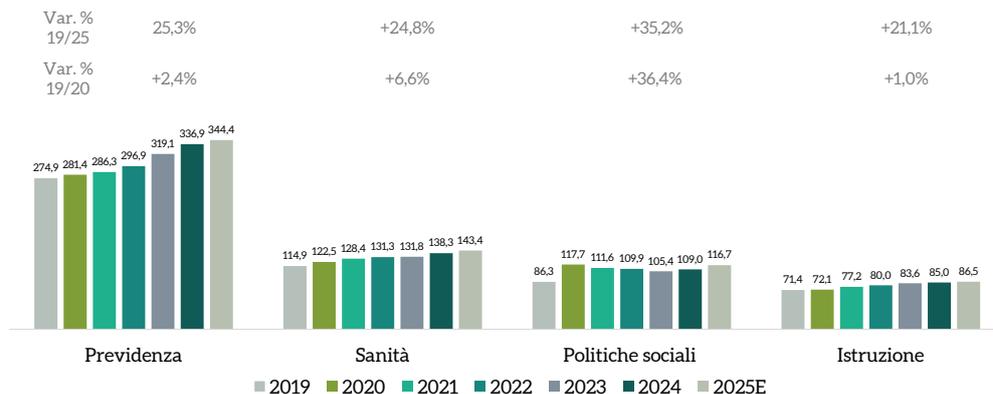
1.2.3

Le stime del Think Tank "Welfare, Italia" per la spesa in *welfare* nel 2025

Dopo aver effettuato l'analisi del sistema di *welfare* italiano e delle sue componenti nel più ampio contesto europeo, la seguente sezione del Capitolo si focalizza sull'Italia, riportando le stime e le traiettorie evolutive per il *welfare* nel 2025. In particolare, per l'analisi previsionale sono stati presi come punto di partenza i dati a consuntivo al 2024 per le componenti della previdenza, delle politiche sociali e della sanità contenuti nell'ultimo Documento di Economia e Finanza (DEF) dell'aprile 2025, mentre i dati dal 2019 al 2023 sono ripresi dai Documenti di contabilità pubblica degli scorsi anni⁶. I dati sulla spesa in istruzione per il 2024 e il 2025 rappresentano invece delle stime effettuate applicando il CAGR (*Compound Annual Growth Rate*) della serie di dati dal 2011-2023 contenuti nel database di Eurostat.

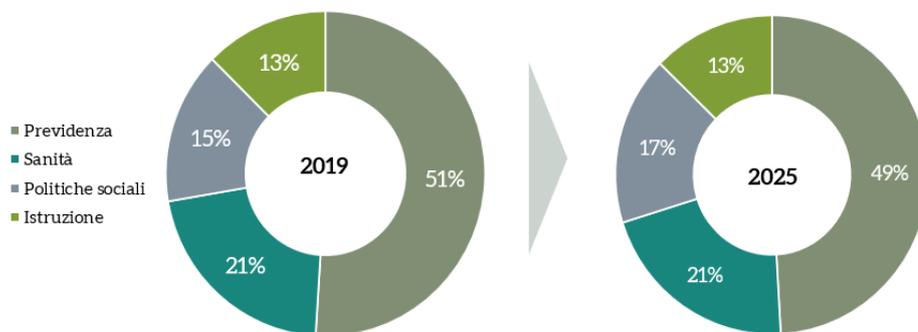
⁶ I dati delle diverse componenti del *welfare* presentati nel presente paragrafo sono stati considerati a partire dai Documenti di Economia e Finanza del periodo 2019-2025 e differiscono per motivi tecnici derivanti da una differente contabilizzazione dai valori Eurostat illustrati in precedenza nel Capitolo.

Figura 1.21. Andamento della spesa pubblica di welfare (miliardi di Euro e variazione percentuale) 2019-2025. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Documento di Economia e Finanza 2025 ed Eurostat. N.B per la voce istruzione non sono disponibili le previsioni al 2024 e 2025. I dati al 2024 e 2025 rappresentano una previsione calcolata sulla base del CAGR 2011-2023



Considerando le previsioni relative alla chiusura di anno 2025, dall'Osservatorio del Think Tank "Welfare, Italia" emerge come, nel periodo 2019-2025, la spesa in welfare sia aumentata in tutte le sue componenti: politiche sociali (+35,2%), sanità (+24,8%), previdenza (25,3%) e istruzione (+21,1%).

Figura 1.22. Ripartizione della spesa in welfare in Italia nelle quattro diverse componenti (percentuale sul totale della spesa), 2019 e 2025. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



Analizzando le cause che hanno determinato l'incremento della spesa occorre considerare, in primo luogo, la componente delle **politiche sociali**. Per il 2025 le stime contenute nel Documento di Economia e Finanza 2025 prevedono un incremento della componente del **+7,0%** rispetto al 2024. La previsione, nello specifico, considera le disposizioni contenute nella Legge di Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027 (L.207/2024), in particolare:

- istituzione di una **somma integrativa** destinata a lavoratori con **retribuzioni basse** (in sostituzione parziale della decontribuzione 2024) erogata in base agli scaglioni di reddito;
- rifinanziamento 2025 della **carta "Dedicata a te"** destinata alle famiglie a basso reddito;
- misure per la **natalità/maternità**: nello specifico è previsto un contributo **una tantum di 1.000 Euro** per ogni figlio nato o adottato dal 2025 a condizione che il nucleo familiare di appartenenza del genitore richiedente presenti un **valore ISEE non superiore a 40.000 Euro**. Sono previsti, inoltre, rafforzamenti per **congedi parentali** e **supporto economico** destinato al pagamento delle **rette degli asili nido**;
- **proroga per gli accessi 2025 dell'APE sociale** (nella versione ridefinita con la Legge di Bilancio 2024);

- **Revisione delle prestazioni** relative all' **Assegno di inclusione (ADI) e Supporto per la formazione e il lavoro (SFL)** che sono stati in parte potenziati (soglie ISEE più alte, aumento importi/durata del SFL).

Per quanto riguarda la **spesa previdenziale** nel 2025 è previsto un incremento del 2,2% rispetto al 2024, passando dai 336,9 miliardi di Euro ai **344,4 miliardi di Euro**. L'aumento nello specifico considera: il numero di pensioni di nuova liquidazione, i tassi di cessazione stimati, la rivalutazione delle pensioni in essere ai prezzi (per l'anno 2025 pari a 0,8%), la ricostituzione degli importi delle pensioni in essere. Le previsioni per l'anno 2025 tengono altresì conto **degli interventi contenuti nella Legge di bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027** (legge n.207 del 2024) le cui disposizioni in materia pensionistica prevedono **interventi a favore delle pensioni basse** e dei pensionati in condizioni disagiate, la **proroga di Quota 103** (62 anni + 41 di contributi) e di **Opzione donna**.

Infine, la **spesa sanitaria** prevista per il 2025 è pari a **143,4 miliardi di Euro**, in aumento del 3,7% rispetto al 2024. Nello specifico, l'incremento tiene conto:

- della crescita del 3,7% dei redditi da lavoro dipendente del personale del SSN, influenzata dagli oneri correlati al rinnovo contrattuale del personale degli enti del SSN per il triennio 2025 - 2027;
- di un incremento della spesa in consumi intermedi del +4,1% rispetto al 2024, (l'incremento riguarda i prodotti farmaceutici per i quali si stima una crescita del +6,3%). Si prevede, inoltre, un incremento relativo alle altre voci dei consumi intermedi derivante dai costi legati all'attuazione delle misure del PNRR (Missione 6 Salute), dai maggiori oneri per prestazioni aggiuntive, incarichi libero-professionali e lavoro autonomo, anche affidati a personale in pensione;
- di un incremento del +3,3% delle prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi rispetto al 2024, in particolare l'assistenza medico-generica risulta in crescita del +5,2% rispetto al 2024, mentre le prestazioni sociali in natura acquistate da produttori *market* aumentano del 3,4% rispetto al 2024.

1.2

IL RUOLO DEL SETTORE PRIVATO NEL SUPPORTARE LA VOCAZIONE UNIVERSALISTICA DEL WELFARE ITALIANO: IL PROGRESS REPORT

Il sistema di *welfare* italiano si fonda su una vocazione universalistica: il suo obiettivo primario è garantire a tutti i cittadini condizioni di vita dignitose e un eguale accesso ai servizi di protezione e assistenza, indipendentemente dalle condizioni sociali, dal reddito o dalla posizione occupazionale.

Accanto a questa **dimensione pubblica**, negli ultimi decenni si è sviluppata e consolidata una **componente privata** che, senza sostituirsi allo Stato, ne affianca e integra l'azione. In questo processo hanno assunto un ruolo crescente diversi attori: imprese, assicurazioni, banche, fondazioni, cooperative, imprese sociali, gruppi di volontariato e altre realtà del Terzo Settore, nonché associazioni datoriali, organizzazioni sindacali ed enti bilaterali. Questa pluralità di soggetti contribuisce in maniera significativa al rafforzamento del sistema di *welfare*, favorendo il **benessere complessivo della popolazione**.

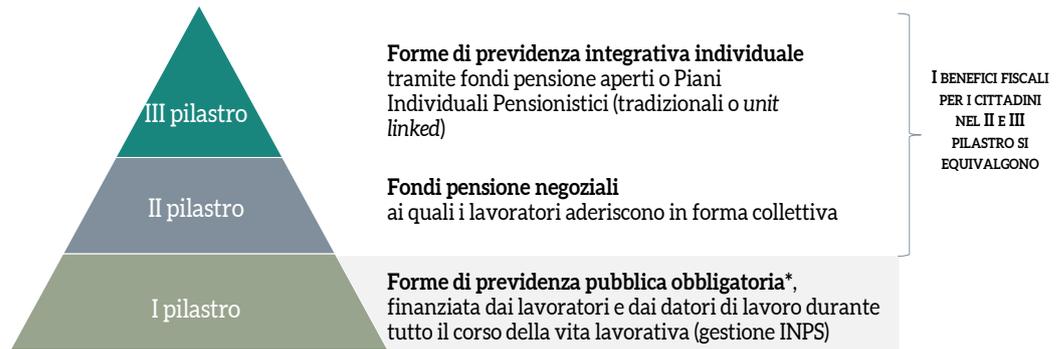
Il *welfare* italiano si presenta dunque come un sistema a **doppia componente - pubblica e privata** - in cui l'azione congiunta dei due pilastri consente di rispondere sia ai bisogni "tradizionali" (quelli che hanno guidato lo sviluppo del *welfare* soprattutto nel secondo dopoguerra), sia alle nuove esigenze determinate dalle trasformazioni sociali ed economiche intervenute nel tempo.

In ciascuna delle principali aree del *welfare* - previdenza, politiche sociali, sanità e istruzione - è possibile riscontrare un significativo intervento integrativo del privato, che verrà approfondito nelle sezioni successive.

Previdenza

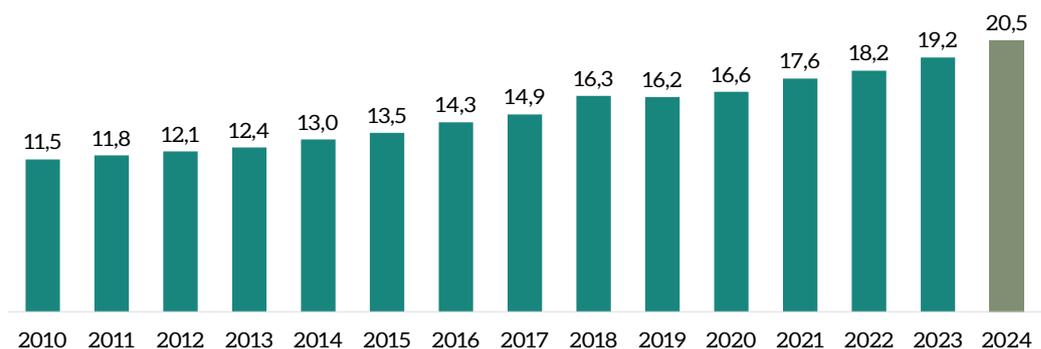
Il sistema previdenziale italiano si articola su **tre pilastri**, in cui alla componente obbligatoria si affianca quella complementare. Il **I pilastro** coincide con la previdenza pubblica obbligatoria a ripartizione – gestita dall’INPS – finanziata dai contributi versati da lavoratori e datori di lavoro lungo l’intera vita attiva (le pensioni correnti sono pagate con i contributi dei lavoratori in servizio). Il **II pilastro** riguarda i **fondi pensione negoziali**, ai quali si aderisce in forma collettiva. Il **III pilastro** comprende le **forme di previdenza integrativa individuale**, attivate tramite fondi pensione aperti o **Piani Individuali Pensionistici (PIP)**, anche nelle versioni tradizionali o *unit linked*. Come evidenziato nella figura, i **benefici fiscali** riconosciuti nel **II** e nel **III pilastro** risultano sostanzialmente equivalenti.

Figura 1.23. I tre pilastri che compongono il sistema previdenziale italiano. (*) Il sistema a ripartizione prevede che le pensioni erogate siano pagate con i contributi di chi è in servizio in quel momento. In definitiva, l’onere pensionistico è ripartito sui lavoratori correnti. Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.



Pur rimanendo contenuti rispetto alla componente pubblica, i contributi alle diverse forme di previdenza complementare mostrano un andamento in crescita pressoché continua, con la sola lieve flessione nel 2019, e nel **2024** hanno raggiunto **20,5 miliardi di Euro**. Ciò equivale in termini assoluti a **+1,3 miliardi** rispetto al 2023 (**+6,8%** su base annua) e a **+9,0 miliardi** rispetto al 2010 (**+78%**). Rispetto al 2022, l’aumento complessivo al 2024 è pari a **+2,3 miliardi (+12,6%)**.

Figura 1.24. Contributi in forme di previdenza integrativa privata in Italia (valori in miliardi di Euro), 2010-2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati COVIP, 2025.

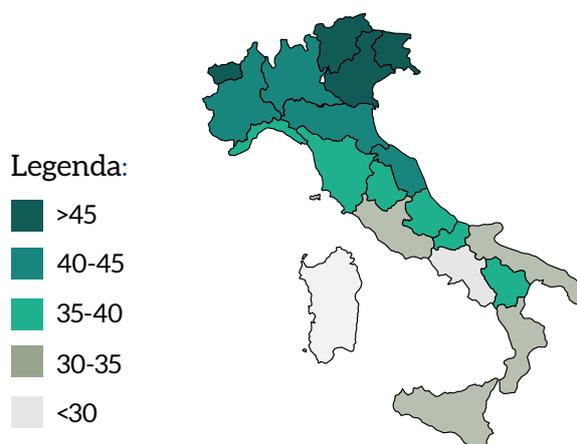


Al 2024, secondo i dati forniti dalla Commissione di vigilanza sui fondi pensione (COVIP), sono presenti **291 fondi** (nel 2023 erano 302), così distribuiti: 33 fondi negoziali, 38 fondi aperti, 151 fondi preesistenti (ovvero istituiti prima del decreto legislativo 124/1993) e 69 Piani Individuali Pensionistici (PIP) che comprendono un totale di **10,9 milioni di posizioni in essere** (+4,3% vs 2023) e **9,7 milioni di iscritti** (+4,2% vs 2023). Ad aver registrato nel 2024 la variazione maggiore di iscritti rispetto al 2023 sono i **fondi aperti** (+7%), i **fondi negoziali**

(+5,5%) e a seguire i Piani Individuali Pensionistici “nuovi” (+2,5%) e i fondi preesistenti (+0,9%).

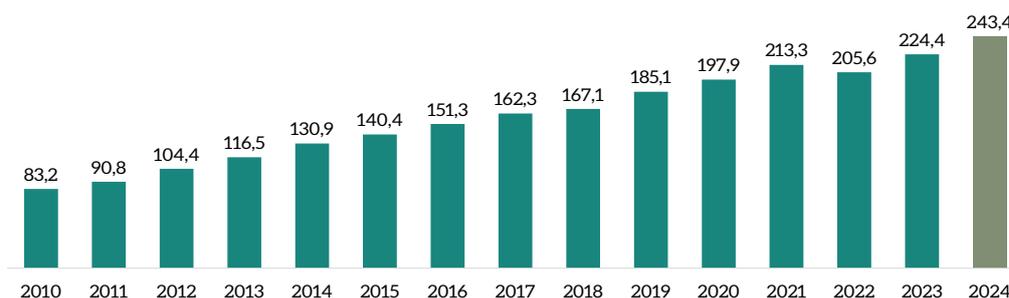
Nel 2024 il tasso di partecipazione nazionale a tali forme complementari si attesta al **38,3%** della forza lavoro (nel 2023 era 36,9% e nel 2022 34,7%), coinvolgendo 25,6 milioni di persone, per un totale di **9,7 milioni di lavoratori** che partecipano a tali forme complementari. Tuttavia, il tasso di partecipazione risulta disomogeneo all’interno del Paese. Analizzando i dati a livello regionale, infatti è possibile osservare notevoli **differenze territoriali**: il tasso di partecipazione della regione *best performer*, ovvero il Trentino-Alto Adige, è pari al 62,8%, 34,4 p.p. in più rispetto alla regione *worst performer*, ovvero la Campania, che riporta un tasso di partecipazione del 28,5%. Infine, considerando gli individui che nel 2024 hanno effettivamente versato contributi nei fondi previdenziali a cui hanno aderito, il tasso di partecipazione si ferma al **27,6%**, in crescita di 0,9 punti percentuali rispetto all’anno precedente (26,7%).

Figura 1.25. Tasso di partecipazione a forme pensionistiche complementari (iscritti in percentuale delle forze lavoro), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati COVIP, 2025.



Per quanto riguarda invece le **risorse complessivamente destinate alla previdenza complementare**, nel 2024 tale valore è pari a **243,4 miliardi di Euro**, in aumento del 8,5% rispetto al 2023, anno in cui si è registrato un ammontare complessivo di risorse pari a 224,4 miliardi di Euro.

Figura 1.26. Risorse destinate alla previdenza complementare in Italia (miliardi di Euro), 2010-2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati COVIP, 2025.

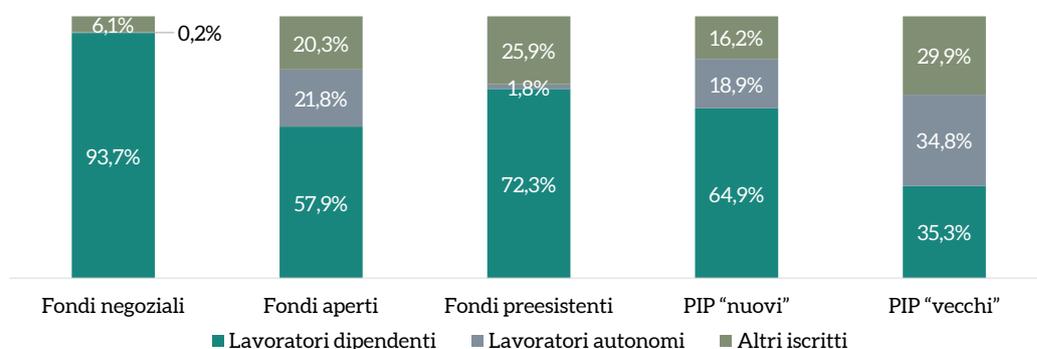


Tale ammontare è ripartito tra le diverse tipologie di fondi esistenti:

- l’incidenza dei **fondi preesistenti**, forme pensionistiche complementari istituite prima del decreto legislativo 124 del 1993, è pari al 2024 al **28,6%** (-1,3 p.p. rispetto al 2023);
- l’incidenza dei **fondi negoziali**, istituiti nell’ambito della contrattazione collettiva, raggiunge il **30,6%** (+0,4 p.p. rispetto al 2023);

- i **fondi aperti**, forme pensionistiche complementari istituite da enti quali banche e imprese di assicurazioni e aperti all'adesione su base sia individuale che collettiva, pesano nel 2024 il **15,3%** del totale (+0,8 p.p. rispetto al 2023);
- i **Piani Individuali Pensionistici di tipo assicurativo** (PIP “nuovi” e “vecchi”), istituiti da imprese di assicurazioni e che possono raccogliere adesioni solo su base individuale, che raggiungono il **25,4%** (+0,1p.p. rispetto al 2023).

Figura 1.27. Condizione professionale degli iscritti della previdenza complementare per tipologia di forma in Italia (valori percentuali sul totale), 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati COVIP, 2025.

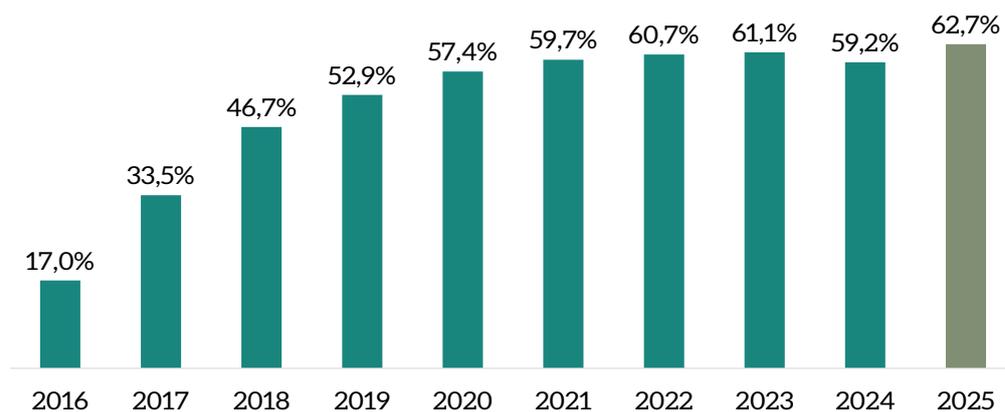


Politiche Sociali

Nel valutare il ruolo del privato nell’offerta di politiche sociali, è importante considerare anche gli interventi messi in campo dalle imprese tramite il **welfare aziendale**, cioè l’insieme di iniziative e misure, di natura contrattuale o unilaterale, con cui il datore di lavoro sostiene il benessere del lavoratore e della sua famiglia.

A luglio 2025, la **quota di contratti attivi** che include misure *di welfare aziendale* è del **62,7%**, **+3,5 p.p.** rispetto al 2024 e **+45,7 p.p.** rispetto al 2016; secondo l’ultimo Rapporto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali⁷, i contratti attivi depositati complessivamente ammontano a **15.628**.

Figura 1.28. Contratti che prevedono misure di welfare aziendale in Italia (valori in percentuale del totale dei contratti attivi), 2016-2025. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2025.

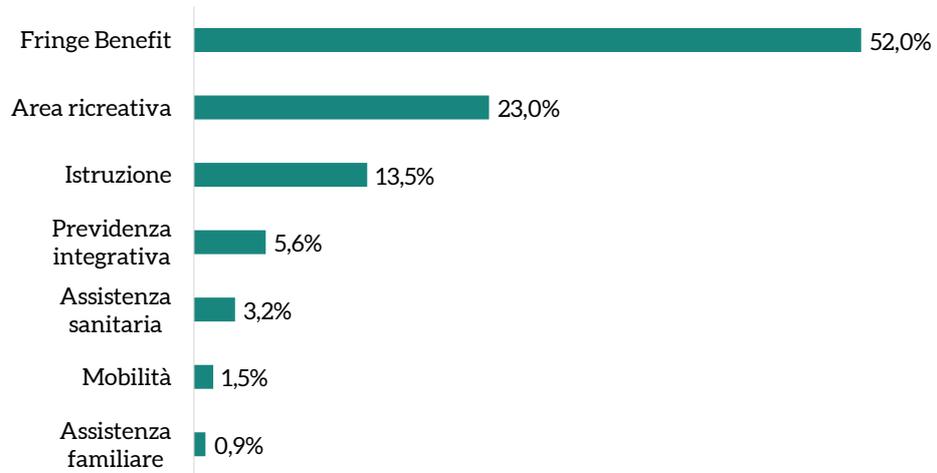


Invece, con riferimento alle **macrocategorie** di servizi di *welfare aziendale*, i *fringe benefit* (con il 52%) risultano nel 2024 in forte aumento rispetto al 2023, segnando una crescita di 21 p.p., mentre l’area ricreativa con il 23% e l’istruzione con il 13,5% diminuiscono

⁷ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Report deposito contratti, 15 luglio 2025.

rispettivamente di 6,5 e 6,1 p.p. Con più distacco le restanti categorie di spesa in *welfare* sono la previdenza integrativa (5,6% del totale), l'assistenza sanitaria (3,2%), la mobilità (1,5%) e l'assistenza familiare (0,9%).

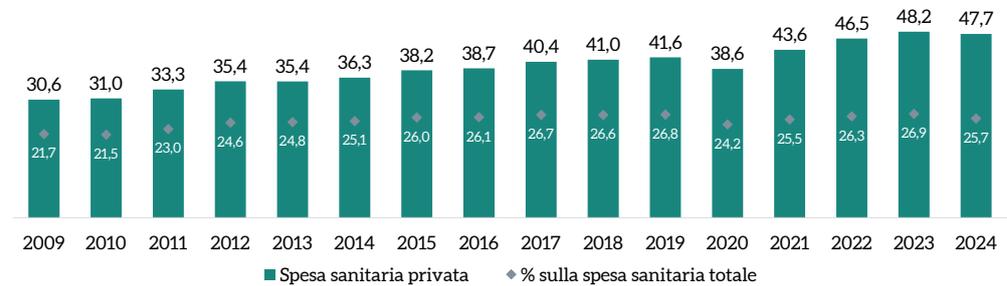
Figura 1.29.
Macrocategorie di servizi di welfare aziendale (valori percentuali sul totale), 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Edenred, 2025.



Sanità

La sanità integrativa fornisce un sostegno rilevante alla sanità pubblica pari, nel 2024, al 25,7% del totale della spesa sanitaria del Paese. Tale percentuale, tuttavia, risulta inferiore di 1,1 p.p. rispetto ai valori pre-COVID-19 (26,8% nel 2019), in diminuzione di 1,2 p.p. rispetto al 2023, quando era tornata sui livelli pre-pandemia.

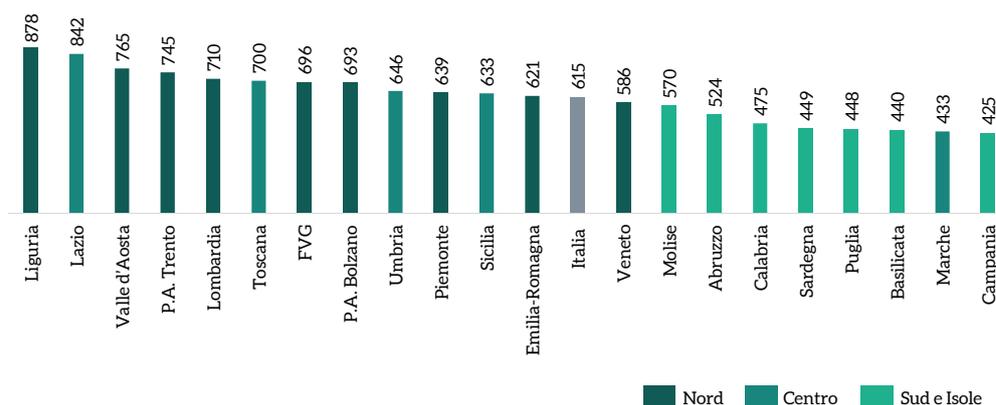
Figura 1.30. Spesa sanitaria privata e percentuale rispetto alla spesa sanitaria totale (miliardi di Euro e valore percentuale), 2009-2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OECD, 2025.



In valori assoluti, la spesa sanitaria privata nel 2023 aveva superato i livelli *pre-COVID-19*, raggiungendo il valore più alto della serie storica pari a **48,2 miliardi di Euro** secondo i prezzi correnti, in aumento del +2,1% rispetto al 2022; nel 2024, invece, il valore della spesa privata si è attestato a **47,7 miliardi di Euro** (-1% rispetto all'anno precedente).

Come è stato osservato per la spesa previdenziale, anche la spesa sanitaria privata presenta notevoli **eterogeneità a livello regionale**. Nel 2023, la spesa media italiana, pari a 615 Euro pro-capite, risulta in diminuzione dell'1,5% rispetto all'anno precedente. Analizzando i

Figura 1.31. Spesa sanitaria privata pro-capite nelle Regioni italiane (Euro pro-capite), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Ragioneria Generale dello Stato, 2025.

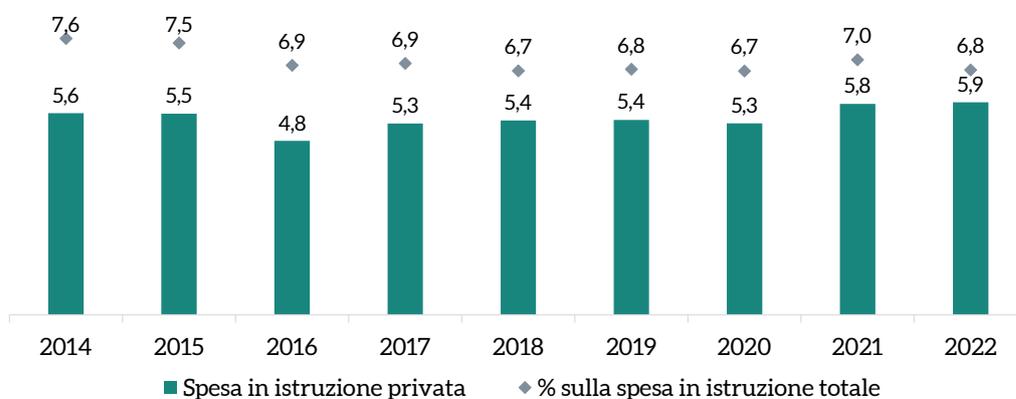


valori regionali si nota una considerevole differenza tra Nord e Sud: infatti, tutte le Regioni del Nord Italia si posizionano sopra la media, mentre tutte le Regioni meridionali registrano una spesa sanitaria privata *pro capite* inferiore alla media. La Regione con la **spesa più alta** è la **Liguria** (878 Euro *pro capite*), mentre quella con la **spesa più bassa** è la **Campania** (425 Euro *pro capite*).

Istruzione

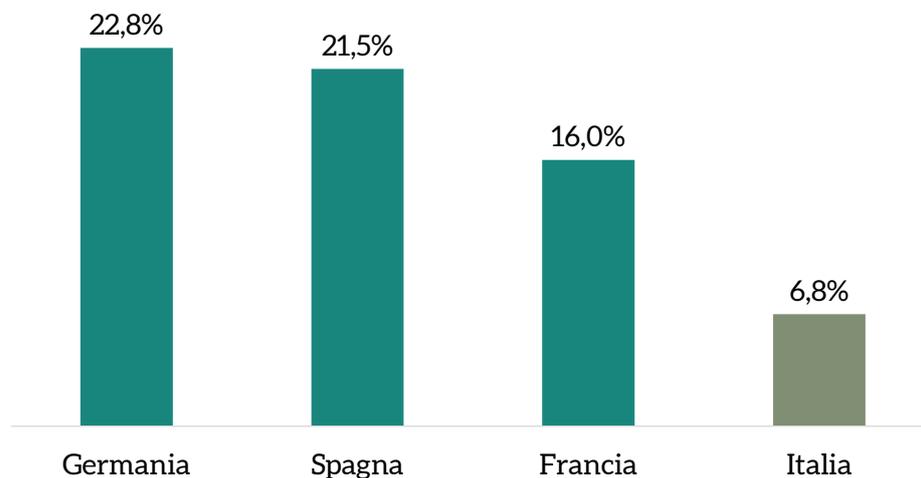
Anche il quarto pilastro del *welfare* italiano, ovvero l'istruzione, presenta una componente privata. Nel 2022 - secondo gli ultimi dati disponibili sul *database* Eurostat - questa vale circa **5,9 miliardi di Euro**, segnando un aumento molto contenuto (0,7%) rispetto al 2021, e rappresenta il **6,8%** della spesa totale in istruzione, in calo di 0,2 p.p. rispetto al 2021, confermando un *trend* tendenzialmente stabile.

Figura 1.32. Spesa in istruzione privata totale e percentuale della spesa privata rispetto alla spesa in istruzione totale (miliardi di Euro e valore percentuale), 2014-2022. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



Rispetto ai principali Paesi europei, per quanto riguarda il **peso della spesa in istruzione privata sul totale**, l'Italia riporta dei **gap** sostanziali. In Italia la spesa in istruzione privata, pari al 6,8% del totale, ha un valore 2,4 volte inferiore rispetto a quello francese (pari al 16,0%), 3,2 volte inferiore a quello spagnolo (21,5%) e 3,4 volte inferiore rispetto a quello tedesco (22,8%).

Figura 1.33. Percentuale della spesa privata sul totale nei Big-4 europei (valori percentuali), 2021.
Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2024.



Terzo Settore

Il Terzo Settore svolge un ruolo fondamentale nel complementare l'offerta di *welfare* grazie alla sua **capillarità sul territorio** e alla sua **capacità di raggiungere le aree più periferiche ed in difficoltà**:

- 360 mila ETS (fra associazioni, fondazioni e cooperative sociali) in aumento del 21% rispetto a 10 anni fa;
- 919 mila persone impiegate e 4,6 milioni di persone che svolgono attività volontaristica in maniera continuativa;
- 60.000 tra progetti, iniziative e attività realizzate per un totale di 14 milioni di persone raggiunte;
- la distribuzione del personale dipendente è concentrata in settori quali assistenza sociale e protezione civile (49,0%), istruzione e ricerca (14,5%), sviluppo economico e coesione sociale (11,4%) e sanità (10,8%);
- beni e servizi prodotti per un controvalore di più di 80 miliardi di Euro;
- una istituzione su sette orienta la propria attività e deroga a servizi a categorie di persone con specifici disagi.

Nel 2017 è stato pubblicato il **Codice del Terzo settore** nel quale sono stati introdotti - nel rapporto tra pubblica amministrazione e Terzo Settore - i concetti di "coprogettazione", "coprogrammazione", "amministrazione condivisa". Questi concetti sono stati riaffermati con più forza dalla **sentenza della Corte costituzionale** (sentenza m. 131 del 2020 e dalle sentenze del 2021 e 2024). La sentenza n. 131 del 2020 ha affermato un legame diretto con l'articolo 55 del codice del terzo settore e l'art. 118 della Costituzione che afferma che le amministrazioni pubbliche devono favorire "l'autonoma iniziativa dei singoli cittadini e associati per lo svolgimento di attività di interesse generale sulla base del principio di sussidiarietà". In sintesi, il codice del terzo settore e le sentenze affermano che il perseguimento del bene comune non è di competenza esclusiva degli enti pubblici (stato, comuni, città metropolitane, regioni e province) ma anche di competenza degli enti del terzo settore, sottolineando il ruolo fondamentale della collaborazione tra enti pubblici e privato sociale.

Ne deriva che il *welfare* italiano è chiamato a rinnovarsi per rispondere alle sfide del XXI secolo. Solo attraverso una **visione complessiva e inclusiva** e una **cultura della sussidiarietà** si potrà garantire un sistema universale e sostanziale capace di promuovere coesione sociale e sviluppo economico avendo al centro la persona umana.

1.3

IL WELFARE ITALIA INDEX COME STRUMENTO DI MONITORAGGIO DELLE EVOLUZIONI DEI SISTEMI DI WELFARE REGIONALI

Nel 2020 il Think Tank “Welfare, Italia” ha messo a punto uno **strumento di monitoraggio**, basato su KPI (*Key Performance Indicator*) quantificabili, monitorabili e riproducibili nel tempo, relativi alla **capacità di risposta del sistema di welfare nei territori**, attraverso una vista sintetica declinata su base regionale. Il **livello regionale** è stato assunto come ambito ideale in cui focalizzare le analisi perché le Regioni non solo detengono la responsabilità diretta nell'attuazione delle politiche sanitarie e nella gestione delle risorse necessarie per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese, ma sono anche rappresentative delle differenze esistenti negli altri ambiti.

1.3.1

Il Welfare Italia Index in sintesi

Come già esplicitato nel Rapporto 2020, il Welfare Italia Index si compone di due dimensioni funzionali a raffigurare gli attributi che caratterizzano la capacità di risposta del sistema territoriale di *welfare*:

- dimensione di **input**, ovvero indicatori di spesa in *welfare* che raffigurano quante risorse sono allocate in un determinato territorio;
- dimensione di **output**, ovvero indicatori strutturali che rappresentano il contesto socio-economico in cui si inserisce la spesa in *welfare*.

Il Welfare Italia Index è, pertanto, uno strumento originale che valuta, all'interno di un **indicatore sintetico, sia aspetti legati alla spesa in welfare sia aspetti legati ai risultati che questa spesa produce**. In questi termini, l'indicatore sintetico consente di identificare a livello regionale, i punti di forza e le aree di criticità in cui è necessario intervenire.

Sono presi in considerazione indicatori riguardanti le politiche sociali, la sanità, la previdenza, l'educazione e la formazione, ambito inserito tra i pilastri del sistema di *welfare* complessivo del Paese dal Think Tank “Welfare, Italia” nell'edizione 2021, anche alla luce di quanto osservato durante la crisi COVID-19.

Figura 1.34. Indicatori considerati nel Welfare Italia Index 2025. Nota: in corsivo i KPI modificati rispetto all'edizione 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.

Indicatori di spesa (input)			Indicatori strutturali (output)		
1. Spesa sanitaria pubblica pro capite	5. Spesa regionale per le politiche del lavoro	8. Contributo medio in forme pensionistiche integrative	1. Meridiano Sanità Index (area "Stato di salute della popolazione")	4. Giovani NEET su pop. giovane regionale	9. Numero di pensioni di vecchiaia ogni 100 abitanti
2. Spesa sanitaria privata pro capite	6. Spesa previdenziale su popolazione anziana	9. Spesa pubblica per consumi finali per l'istruzione e la formazione (% del PIL)	2. Meridiano Sanità Index (area "Efficacia, efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria")	5. Cittadini inattivi su popolazione in età lavorativa	10. Partecipazione a forme pensionistiche complementari
3. Spesa in protezione sociale (% del PIL)	7. Contributi sociali riscossi dagli enti di previdenza (% del PIL)	10. Spesa media regionale per utente fruitore degli asili nido	3. Tasso di disoccupazione	6. Part-time femminile involontario	11. Tasso di dispersione scolastica
4. Importo medio di Assegno di Inclusione				7. Percentuale di famiglie in povertà relativa	12. Posti asilo nido autorizzati ogni 100 bambini
				8. Percentuale di famiglie in deprivazione abitativa	

Il Welfare Italia Index aggrega **22 Key Performance Indicator⁸** provenienti da **database regionali e nazionali** e riguardanti tutte le Regioni italiane e le due Province Autonome di Trento e Bolzano. Attraverso tale processo viene così confrontata la risposta - in termini di risorse spese e indicatori strutturali - del *welfare* dei diversi territori regionali italiani. Per ulteriori dettagli e informazioni rispetto alla composizione e i passaggi metodologici dell'Indice si rimanda alla metodologia descritta nel Rapporto 2020 del Think Tank "Welfare, Italia".

1.3.2

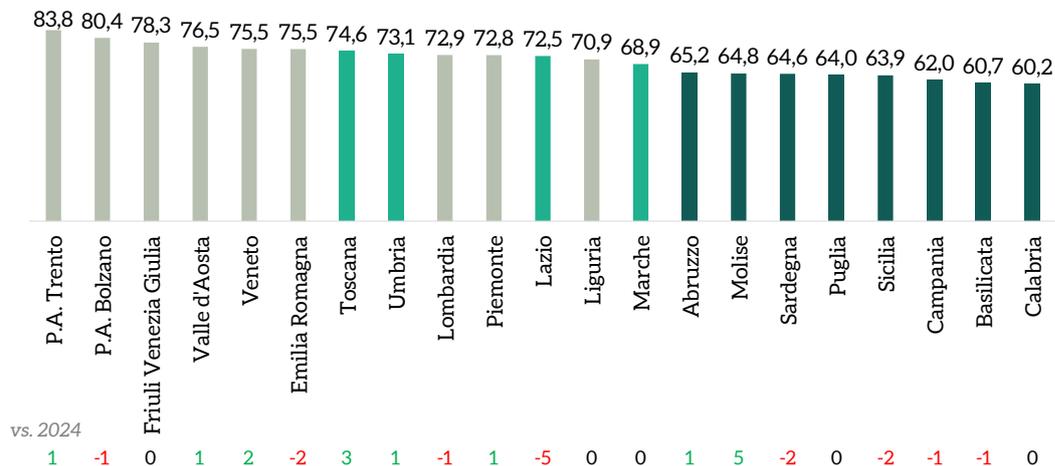
I risultati del Welfare Italia Index 2025

Nel Welfare Italia Index 2025 (Figura 1.34), l'amministrazione territoriale con il punteggio più elevato è la **P.A. di Trento (83,8 punti)**, seguita dalla **P.A. di Bolzano (80,4 punti)** e dal **Friuli-Venezia Giulia (78,3)**. Dal lato opposto del *ranking*, si posizionano la Campania (62,0 punti), la Basilicata (60,7 punti) e la Calabria (60,2 punti). Anche in questa edizione del Welfare Italia Index, si conferma un'ampia differenza di punteggio tra la Regione *best* e *worst performer* (**23,6 punti di differenza**).

Un ulteriore aspetto di rilievo è la forte polarizzazione **tra Regioni delle diverse macro-aree del Paese**: di fatto, il posizionamento delle Regioni segue l'ordine Nord-Centro-Sud, con le Regioni del Nord Italia che si confermano nella parte superiore della classifica e quelle del Sud nella parte inferiore. Allo stesso tempo, è interessante notare come il *gap* tra la migliore Regione dell'Italia Meridionale e Insulare - ovvero l'Abruzzo (14° con 65,2 punti) - rispetto alla Regione prima in classifica a livello nazionale sia pari a 18,6 punti, in aumento rispetto all'edizione 2024 (15,3 punti); per contro, risulta invece pari a 5,0 punti la differenza rispetto all'ultima Regione (in leggera diminuzione rispetto al *gap* di 6,4 punti dell'anno precedente).

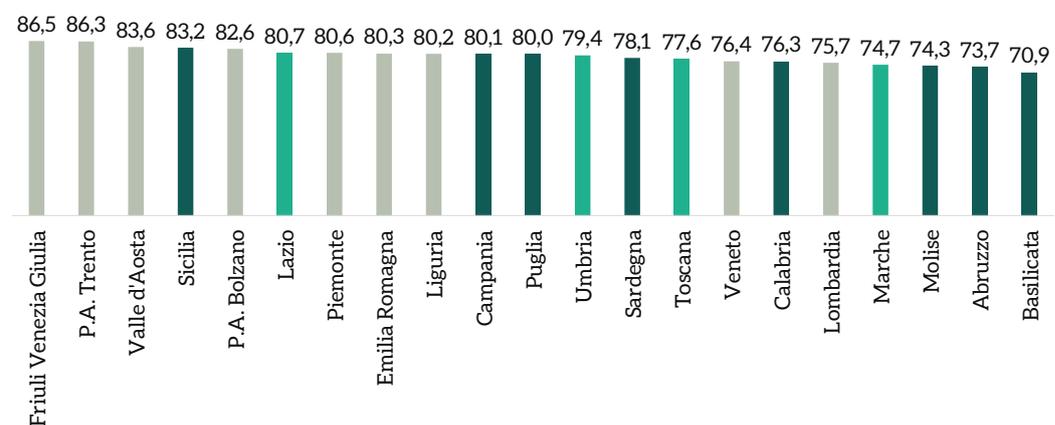
⁸ Rispetto alle edizioni precedenti, si segnala la seguente modifica agli indicatori: il KPI "Spesa in interventi e servizi sociali pro capite" è stato sostituito da "Spesa in protezione sociale (% del PIL)" e il KPI "Numero di pensionati ogni 100 abitanti" è stato sostituito da "Numero di pensioni di vecchiaia ogni 100 abitanti". Per calcolare le variazioni rispetto alle edizioni precedenti, sono stati ricalcolati a ritroso gli indici sintetici; per questo motivo, i numeri illustrati possono differire da quelli presentati nei Rapporti precedenti.

Figura 1.35. Classifica del Welfare Italia Index 2025 (valore indice su una scala da 0=min a 100=max). Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.



Per un maggiore approfondimento dell'evoluzione rispetto all'edizione 2024 dell'Indice si rimanda al paragrafo successivo. In questo quadro complessivo è, inoltre, possibile osservare il ranking nelle due dimensioni di *input* e *output* che costituiscono l'Indice. Con riferimento agli **indicatori di spesa**, come indicato nella nota metodologica, si precisa che questi incorporano un fattore di correzione al margine: i territori che spendono meno in assoluto ricevono uno score penalizzante rispetto agli altri, ma anche quelli che presentano livelli oltre il 90° percentile della distribuzione ricevono un punteggio meno premiante. Il grafico evidenzia alcune variazioni interessanti rispetto alla classifica complessiva e una complessiva **eterogeneità territoriale**: Regioni come Campania e Sicilia mostrano un forte differenziale positivo (rispettivamente +9 e +14 posizioni nell'Indice di spesa rispetto all'Indice complessivo), posizionandosi tra le prime 10 della classifica; al contrario, registrano un differenziale negativo aree come Abruzzo, Lombardia e Veneto (-6, -8 e -10 posizioni rispettivamente). Complessivamente, al primo posto si posiziona il Friuli Venezia Giulia con 86,5 punti, seguito da P.A. di Trento (86,3 punti) e Valle d'Aosta (83,6 punti), mentre nella parte inferiore della classifica si posizionano Molise (74,3 punti), Abruzzo (73,7) e Basilicata (70,9).

Figura 1.36. Score regionale della dimensione relativa agli indicatori di spesa del Welfare Italia Index 2025 (valore indice su una scala da 0=min a 100=max). Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.

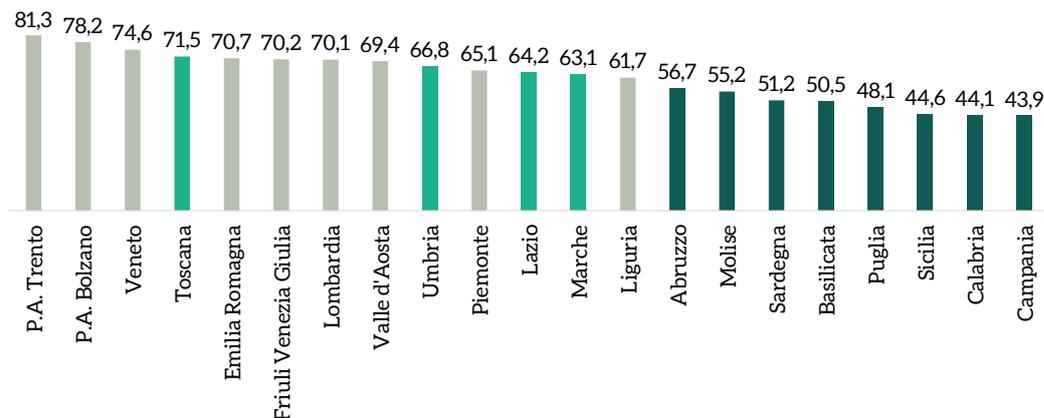


Dal punto di vista della dispersione dei punteggi deve, inoltre, essere sottolineato che la **distanza tra best e worst è lievemente superiore** a quanto registrato nel Welfare Italia Index 2024 nel suo complesso: la differenza tra la prima e l'ultima Regione nel ranking degli indicatori di spesa è di **15,6 punti** (era 14,1 nell'edizione precedente), anche per effetto del fattore correttivo introdotto negli indicatori di spesa.

A differenza di quanto accade nella dimensione relativa alla spesa, la **dispersione** dei punteggi relativi agli indicatori strutturali risulta più elevata, sebbene inferiore di quella evidenziata dal Welfare Italia Index 2024, con una distanza tra la prima e l'ultima Regione pari a **37,4 punti** (era pari a 38,9 nell'edizione precedente). La dispersione in questa componente dell'Indice testimonia l'**elevata differenza** nell'efficienza di spesa dei sistemi

di *welfare* italiani tra Nord, Centro e Sud del Paese. In particolare, la classifica relativa agli indicatori strutturali vede la **P.A. di Trento al primo posto con 81,3 punti**, davanti alla P.A. di Bolzano (78,2 punti) e al Veneto (74,6 punti). Nelle ultime tre posizioni si trovano invece la **Sicilia (44,6 punti)**, la **Calabria (44,1 punti)** e la **Campania (43,9 punti)**.

Figura 1.37. Score regionale della dimensione relativa agli indicatori strutturali del Welfare Italia Index 2025 (valore indice su una scala da 0=min a 100=max). Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.

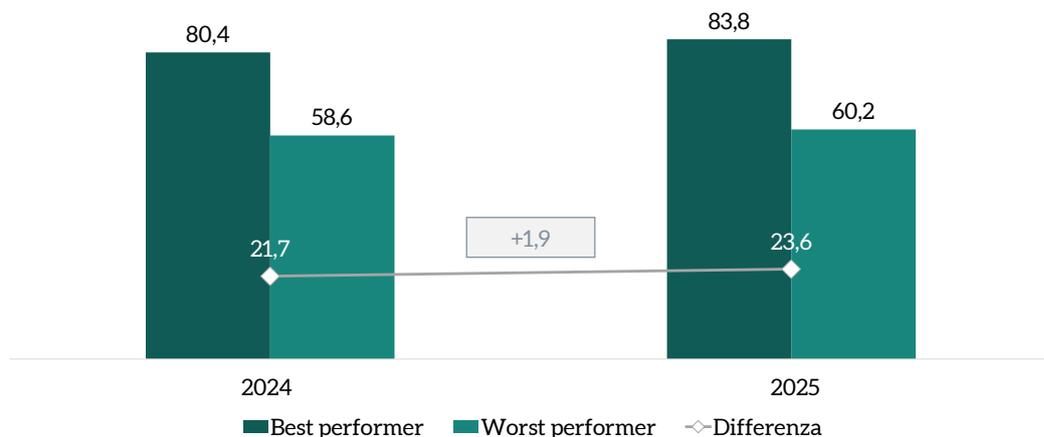


1.3.3

Il confronto con il Welfare Italia Index 2024

L'edizione 2025, rispetto ai dati 2024, conferma la polarizzazione nella **capacità di risposta** del sistema di *welfare* delle Regioni italiane. Il **divario** tra Regione *best* e *worst* cresce e si assesta infatti a **23,6 punti percentuali** (nel 2024 era pari a 21,7 punti). Inoltre, è interessante notare come all'ultimo posto nelle due edizioni 2024 e 2025 del Welfare Italia Index si confermi il medesimo territorio, ovvero la Calabria.

Figura 1.38. Confronto tra Regione *best* e *worst* performer nel Welfare Italia Index 2024 vs. 2025 (valori indice su una scala da 0=min a 100=max e differenza in punti percentuali). Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.



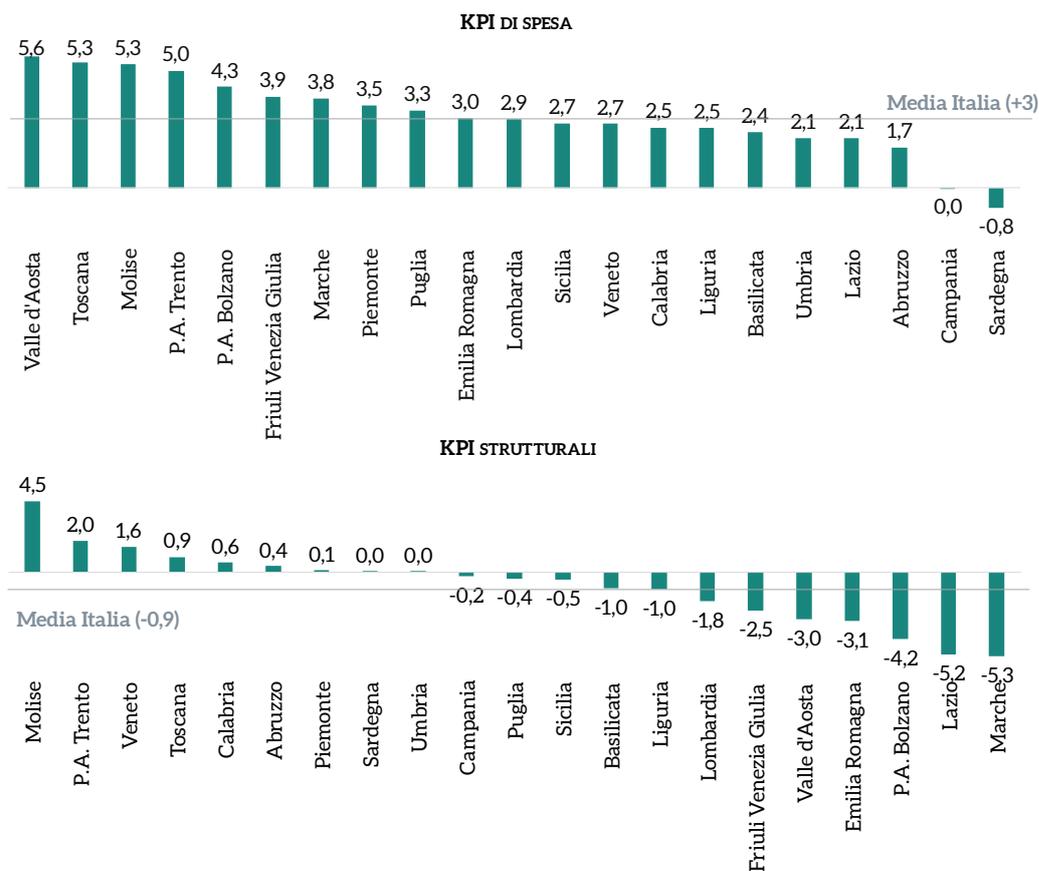
Osservando la classifica del Welfare Italia Index 2025 rispetto all'edizione 2024, è possibile mettere in evidenza alcuni **cambiamenti di posizionamento** delle Regioni italiane. Partendo dall'alto: al primo posto si è verificato uno scambio tra la P.A. di Trento e quella di Bolzano (ora 1° e 2° rispettivamente); l'Emilia-Romagna perde due posizioni, mentre il Veneto ne guadagna due; particolarmente positivo il miglioramento della Toscana (+3), mentre più critica la variazione del Lazio (-5). Nella parte bassa della classifica, si registra un miglioramento del Molise (+5 posizioni), a discapito delle altre Regioni del Sud.

Analizzando nel dettaglio la **variazione dei punteggi** delle singole Regioni con riferimento agli indicatori di spesa e strutturali dell'Indice, emerge un quadro di **lieve aumento nell'ambito della spesa**, interpretabile anche alla luce dei programmi di investimento a livello italiano ed europeo, come il PNRR e più in generale la programmazione europea 2021-2027; al contrario, si registra un lieve peggioramento negli indicatori di *output*, riconducibile agli impatti del rallentamento economico e delle spinte inflazionistiche.

Nel dettaglio, la variazione media negli **indicatori di spesa** è pari a +3,0 punti, in un intervallo che va dal +5,6 della Valle d'Aosta al -0,8 della Sardegna, per un *gap* complessivo di 6,4 punti. Tra gli indicatori di spesa si segnalano i miglioramenti della Valle d'Aosta nell'importo medio di Assegno di Inclusione (+99 Euro, ovvero +19%) e nella spesa previdenziale media (+109 Euro pro capite, ovvero +9%); la Sardegna registra peggioramenti nella spesa sanitaria privata pro capite (-117 Euro, ovvero -21%) e nella spesa per utente fruitore degli asili nido (-328 Euro, ovvero -6%).

Tra gli **indicatori strutturali** si registra una variazione media pari a -0,9, con una differenza tra *best* e *worst performer* pari a 9,8 punti, determinata dal +4,5 del Molise e dal -5,3 delle Marche. In particolare, tra gli indicatori strutturali, il miglioramento del Molise è giustificato dalla diminuzione del tasso di disoccupazione (-1,7 p.p.), del tasso di giovani NEET (-1,1 p.p.) e del tasso di *part-time* involontario (-4,8 p.p.); per quanto riguarda le Marche, hanno registrato un aumento nella povertà relativa (+3,1 p.p.) e nella dispersione scolastica (+3,0).

Figura 1.39. Variazione degli score della dimensione relativa agli indicatori di spesa e strutturali del Welfare Italia Index 2024 vs. 2025 (punti percentuali). Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.



2

IL RUOLO DEL CAPITALE UMANO PER LA CRESCITA DEL SISTEMA- PAESE E DEL *WELFARE*

Il secondo capitolo del Rapporto 2025 del Think Tank “Welfare, Italia” presenta un’analisi del contributo del capitale umano per lo sviluppo del Paese e del suo sistema di *welfare*.

La prima sezione fornisce un quadro socioeconomico del Paese, partendo dalla demografia, per poi analizzare le disuguaglianze sociali e territoriali, considerando questi elementi come la struttura che determina le caratteristiche del capitale umano a disposizione.

La seconda sezione, invece, analizza lo stato del capitale umano e i suoi fattori di sviluppo, concentrandosi sull’istruzione e le competenze, sullo stato del mercato del lavoro e sulla capacità di attrazione di talenti, proponendo, inoltre, alcuni *benchmark* internazionali come modelli di riferimento da seguire per intervenire sulle principali criticità.

All'interno dell'attuale sistema economico, sempre più caratterizzato da una **continua innovazione** dei processi produttivi, le **competenze** e il **capitale umano** rappresentano un'**infrastruttura immateriale** indispensabile, capace di alimentare la **produttività dei fattori**, favorire la diffusione tecnologica, e quindi sostenere la **crescita economica**.

Tuttavia, la disponibilità di competenze e di capitale umano non dipende esclusivamente dall'aggiornamento dei sistemi formativi. Essa è, infatti, fortemente condizionata anche dalla **struttura demografica di un Paese**, che rappresenta la **base quantitativa e qualitativa** da cui attingere per alimentare il capitale umano. La dimensione complessiva della popolazione, la sua distribuzione per età e genere, i tassi di natalità e mortalità, nonché l'intensità e la natura dei flussi migratori, determinano non solo l'entità della forza lavoro disponibile, ma anche la sua **composizione in termini di competenze e potenziale innovativo**. In un contesto di progressivo **invecchiamento della popolazione** e di **riduzione delle coorti giovanili**, come quello che caratterizza gran parte delle economie avanzate, diventa cruciale interrogarsi sulla capacità del sistema di **valorizzare il proprio capitale umano**. Allo stesso tempo, i **movimenti migratori internazionali** possono costituire un fattore di riequilibrio, portando con sé ulteriori opportunità, ma pongono anche sfide di integrazione sociale e lavorativa, nonché di adeguamento delle competenze. In questo senso, la **demografia** rappresenta un vero e proprio vincolo - o potenziale motore - dello sviluppo economico: essa definisce la quantità di lavoratori attivi, influenza la sostenibilità complessiva del *welfare*, orienta la domanda di competenze e incide sulla capacità di un Paese di sfruttare pienamente le opportunità offerte dal progresso tecnologico.

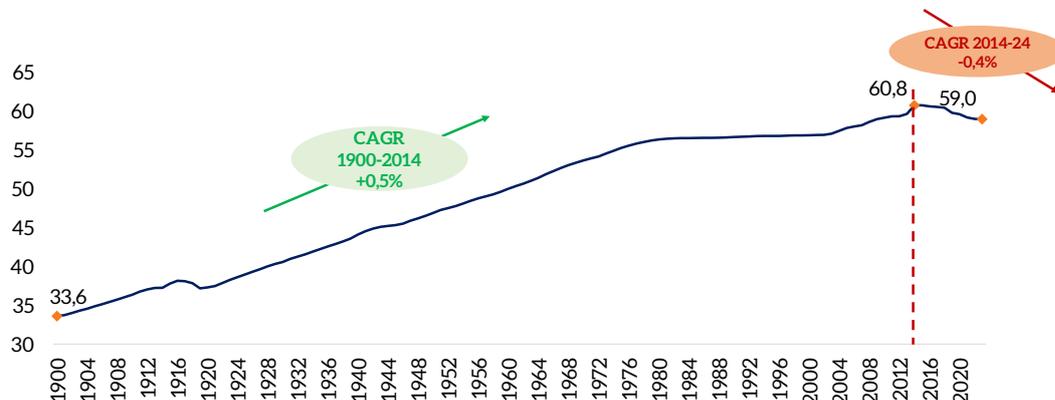
La seguente sezione approfondisce le dinamiche sociodemografiche dell'Italia, delineando i maggiori profili di criticità e quantificando le implicazioni sui diversi territori attraverso l'analisi dell'innovativo **indice di rischio SDE** (Sociale Demografico ed Economico) delle Province sviluppato dal Think Tank "Welfare, Italia". A seguire, vengono analizzati i **fattori di sviluppo del capitale umano** che ne possono sostenere la piena valorizzazione.

2.1

LE DINAMICHE SOCIDEMOGRAFICHE DI BASE DELL'ITALIA

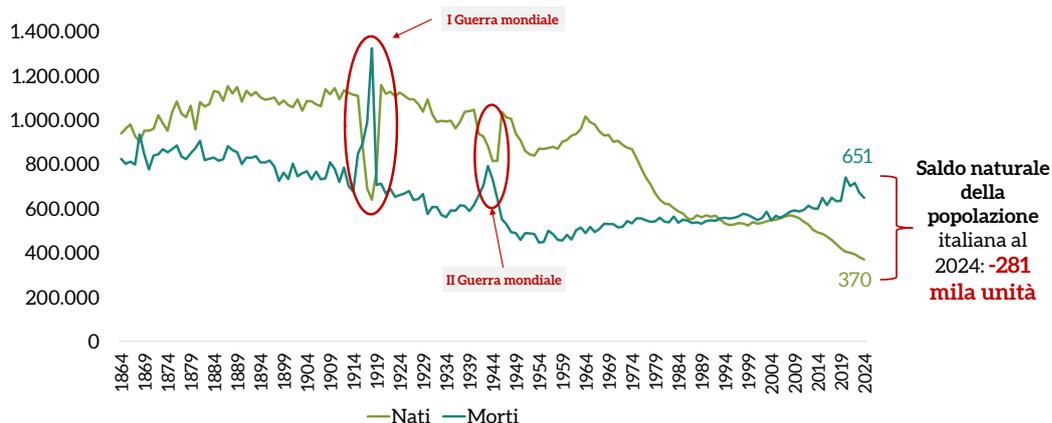
Il **legame tra capitale umano e demografia** emerge chiaramente osservando l'evoluzione della popolazione italiana nell'ultimo secolo. Dopo una fase di crescita pressoché costante, che dall'inizio del Novecento ha portato la popolazione residente da circa 34 milioni a oltre 60 milioni di persone, a partire dal 2014 si è registrato un punto di svolta: la crescita ha lasciato spazio a una **fase di progressiva contrazione**. A testimonianza di ciò, il **tasso annuo di crescita medio**, che tra il 1900 e il 2014 si attestava intorno allo **+0,5%**, si è infatti trasformato in un **tasso di decrescita** pari a **-0,4%** nell'ultimo decennio. Questo cambiamento determina non solo una **cesura demografica**, ma anche un **potenziale freno alla disponibilità di capitale umano**, poiché la diminuzione della popolazione incide direttamente sulla **quantità di forza lavoro disponibile** e sulla capacità del Paese di alimentare **processi di innovazione e sviluppo**.

Figura 2.1. Popolazione residente in Italia (milioni di persone), 1900 - 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.



Il calo della popolazione italiana osservato dal 2014 è strettamente connesso al progressivo deterioramento del **saldo naturale**, ossia la differenza tra nascite e decessi. Se in passato il numero dei nati superava stabilmente quello dei morti, garantendo un ricambio demografico positivo, dal **2006** la situazione si è invertita: ogni anno in Italia muoiono più persone di quante ne nascono. La Figura 2.2 evidenzia chiaramente questa dinamica: dopo decenni di equilibrio, i due andamenti si sono incrociati e la forbice si è progressivamente allargata. Nel 2024 il saldo naturale ha raggiunto un **deficit di -281 mila unità**, con appena **370 mila nascite** a fronte di oltre **650 mila decessi**. Si tratta di un dato che non ha precedenti nella storia recente e che riflette non solo il **processo di graduale invecchiamento della popolazione**, ma anche il persistente **calo della natalità**, legato a fattori economici, sociali e culturali.

Figura 2.2. Andamento di nati e morti in Italia (valori in migliaia), 1862 - 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.



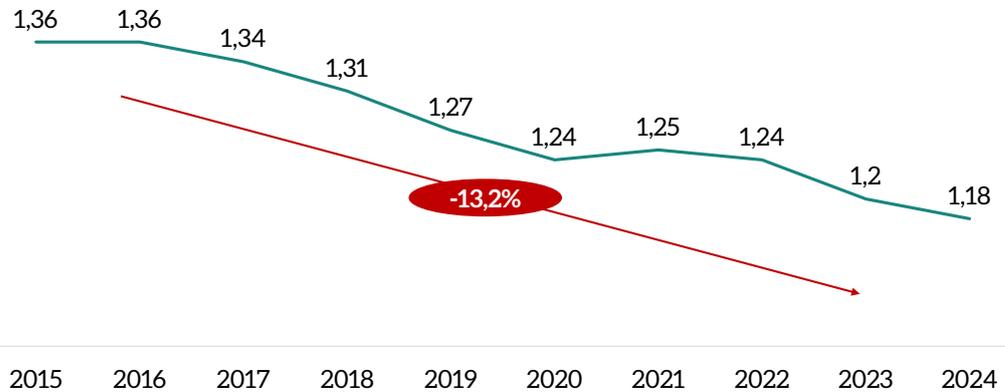
Alla radice del **progressivo calo demografico** vi è la costante **riduzione della natalità**. Negli ultimi dieci anni, il tasso di fertilità in Italia è sceso da 1,36 figli per donna nel 2015 a 1,18 nel 2024, registrando un calo del **-13,2%** e toccando un nuovo minimo storico. Questo livello non solo è nettamente inferiore alla soglia di sostituzione generazionale (pari a 2,1 figli per donna), ma rappresenta anche un valore tra i più bassi a livello mondiale.

Occorre sottolineare che il calo delle nascite, oltre che dalla ormai stabile bassa tendenza ad avere figli, è anche causato dai **mutamenti strutturali della popolazione femminile** in età feconda, convenzionalmente fissata tra i 15 e i 49 anni. Le donne comprese in questa fascia di età sono sempre meno numerose. Oggi, quelle nate negli anni del **baby-boom** (dalla seconda metà degli anni Sessanta alla prima metà dei Settanta) hanno ormai superato la soglia convenzionale dei 49 anni. Gran parte di quelle che ancora sono in età feconda appartengono all'epoca del cosiddetto **baby-bust**, ovvero sono nate nel corso del ventennio 1976-1995 durante il quale la fecondità è scesa da oltre 2 al minimo storico di 1,19 figli per donna.

Inoltre, la diminuzione dei nati è attribuibile per la quasi totalità al **calo delle nascite da coppie di genitori entrambi italiani**, che costituiscono oltre i tre quarti delle nascite totali.

I nati da genitori italiani, pari a 298.948 nel 2023, sono circa 12 mila in meno rispetto al 2022 (-3,9%) e 181 mila in meno rispetto al 2008 (-37,7%). I nati da coppie in cui almeno uno dei genitori è straniero sono invece 80.942, in calo dell'1,5% sul 2022 e del 25,1% rispetto al 2012, anno in cui si è registrato il numero massimo. A diminuire sono state in particolar modo le nascite da genitori entrambi stranieri, in calo del 3,1% sul 2022 e del 35,6% nel confronto con il 2012 (-28.447 unità).

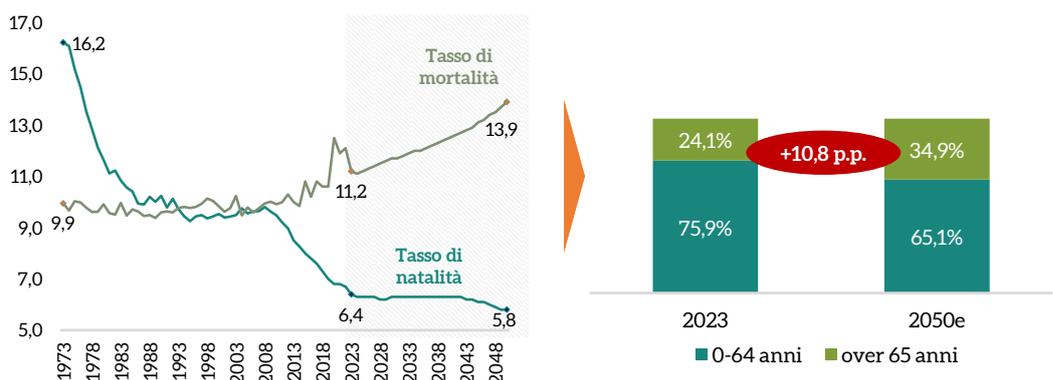
Figura 2.3. Tasso di fertilità in Italia (numero medio di figli per donna), 2015 - 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.



La conseguenza diretta di queste dinamiche è un **sistema demografico squilibrato**: da un lato, le nascite si attestano su livelli sempre più ridotti, dall'altro la popolazione anziana cresce in maniera significativa. L'Italia, infatti, è oggi il **secondo Paese più anziano al mondo dopo il Giappone**, con un quarto della popolazione di età pari o superiore ai 65 anni e oltre **4,5 milioni di ultraottantenni**. Questo squilibrio rappresenta un **vincolo cruciale per la disponibilità di capitale umano** e per la sostenibilità economica e sociale del Paese.

Le tendenze demografiche già in atto sono destinate ad accentuarsi nei prossimi decenni. Le **proiezioni demografiche** indicano, infatti, un **ulteriore divario tra tasso di natalità e tasso di mortalità**: mentre le nascite continueranno a diminuire (circa 5,8 per mille abitanti nel 2050), il tasso di mortalità è previsto in costante aumento, raggiungendo quasi 14 per mille abitanti nello stesso anno. Ne deriverà un **forte invecchiamento della popolazione**: la quota di over 65, pari al **24,1% nel 2023**, salirà al **34,9% entro il 2050**, con un incremento di oltre 10 punti percentuali. In altre parole, in poco più di una generazione, oltre un terzo della popolazione italiana sarà anziana, mentre la componente in età attiva (0-64 anni) scenderà al 65,1%.

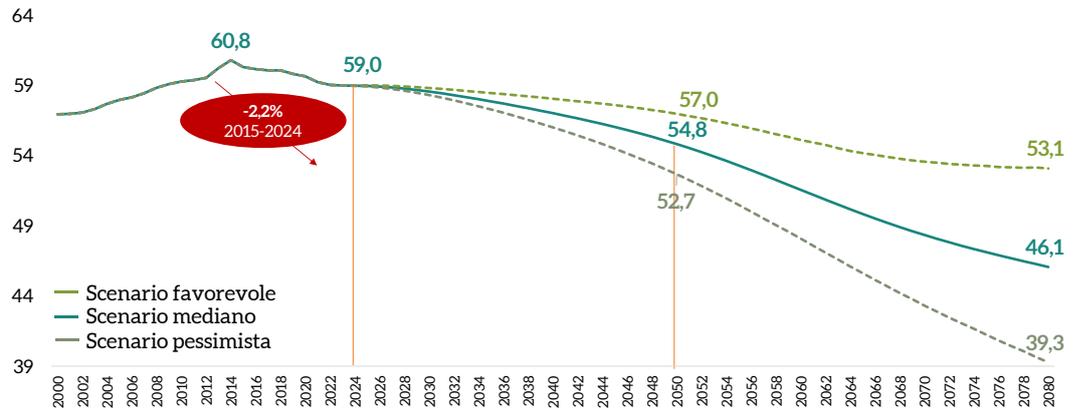
Figura 2.4. A sinistra, tasso di natalità e mortalità italiano (per 1.000 abitanti), 1973-2050e.; a destra, Composizione della popolazione italiana per fascia d'età (% sul totale), 2023 e 2050e. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati «Meridiano Sanità», 2025.



Le dinamiche descritte non rappresentano un fenomeno temporaneo, ma delineano uno scenario di lungo periodo particolarmente critico. Secondo le previsioni Istat, la popolazione italiana è destinata a diminuire progressivamente in tutte le ipotesi considerate. Nello **scenario mediano**, si passerebbe da circa **59 milioni di abitanti nel 2024** a **54,8 milioni nel 2050** e **46,1 milioni nel 2080**, riportando il Paese a livelli demografici

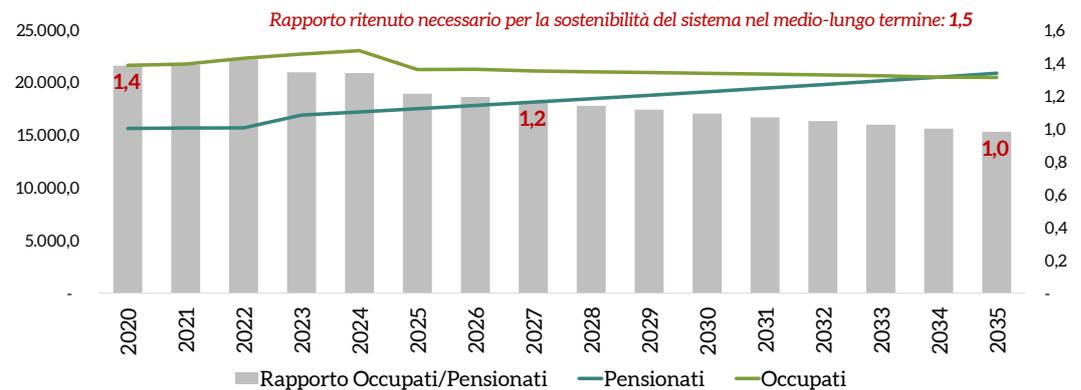
analoghi a quelli degli anni Cinquanta. Nello **scenario pessimistico**, la discesa sarebbe ancora più marcata, con appena **52,7 milioni di italiani nel 2050** e meno di **40 milioni entro il 2080**: un calo di oltre un terzo della popolazione attuale.

Figura 2.5. Andamento della popolazione in Italia (milioni di abitanti), 2000-2080E. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.



Seguendo il *trend* attuale, quindi, nel **2035 il numero di pensionati supererà quello degli occupati**: una previsione che evidenzia per il futuro una **forte pressione sulla sostenibilità complessiva del sistema di welfare**. Già attualmente, infatti, il **tasso tra occupati e pensionati** ha un valore di circa **1,4**, inferiore al limite considerato di equilibrio dell'**1,5**. Da un punto di vista economico questo significa che il sistema pensionistico sarà **sempre più gravante per il bilancio pubblico**, considerando che già oggi **parte della spesa pensionistica ricade sulla tassazione generale** in quanto non può essere sostenuta interamente dalle contribuzioni.

Figura 2.6. Numero di occupati e pensionati (valori in migliaia, asse di sinistra) e rapporto tra occupati e pensionati in Italia (asse di destra), 2020-2035E. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.



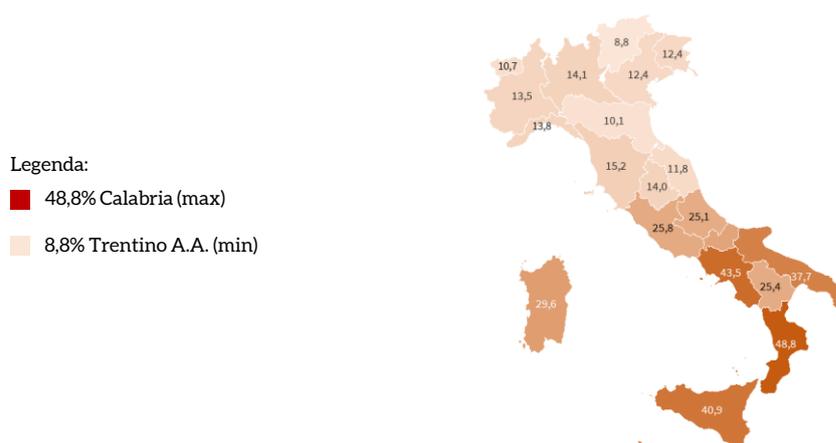
Oltre alla composizione demografica della popolazione, anche le **dinamiche socioeconomiche** del Paese influenzano profondamente le opportunità di sviluppo del capitale umano. È, dunque, di particolare interesse analizzare le **disuguaglianze sociali**, che spesso generano in partenza differenze di opportunità molto significative, impattando negativamente sulla capacità del Paese di sviluppare lo **stock di capitale umano**.

Analizzando, per esempio, la quota di **persone a rischio povertà ed esclusione sociale**⁹ emerge come in Italia, nel 2024, tale percentuale ammontava al **23,1%** collocando il Paese al **7° posto tra i valori più elevati in Unione Europea** dopo Bulgaria (30,3%), Romania (27,9%), Grecia (26,9%), Spagna (25,8%), Lituania (25,8%) e Lettonia (24,3%). A livello territoriale, inoltre, emergono notevoli divari, con **percentuali superiori alla media**

⁹ Rischio definito dalla presenza di almeno una delle tre seguenti condizioni: essere a rischio di povertà, trovarsi in grave deprivazione materiale e sociale, o vivere in famiglie a bassa intensità di lavoro.

nazionale nelle regioni del Mezzogiorno: Calabria (48,8%), Campania (43,5%), Sicilia (40,9%), Puglia (37,7%), Sardegna, Molise (25,1), Lazio (25,8%) e Basilicata (25,4%).

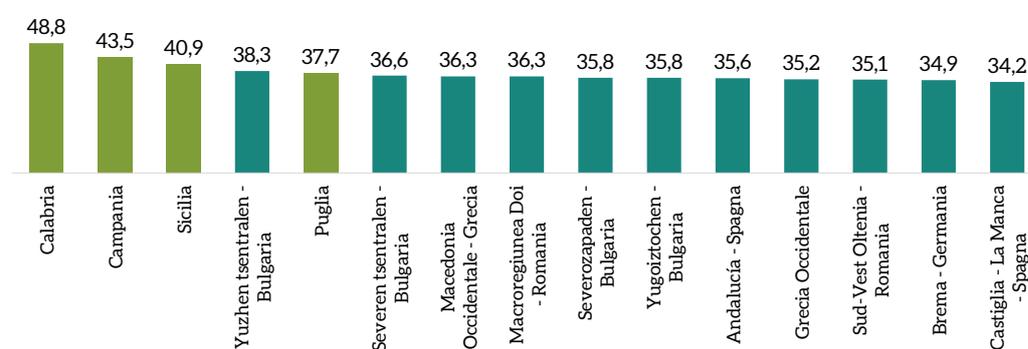
Figura 2.7. Persone a rischio povertà ed esclusione sociale in Italia (valori %), 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



Legenda:
■ 48,8% Calabria (max)
■ 8,8% Trentino A.A. (min)

L'Italia, sempre con riferimento al rischio di povertà ed esclusione sociale, registra anche il **differenziale territoriale tra regioni più alto** tra i Paesi big-4 europei: tra il **Trentino-Alto Adige best performer** (8,8%) e la **Calabria worst performer** (48,8%) esiste un **delta di 40 p.p.**, circa il **doppio** della differenza registrata in Spagna (20,8%) e Germania (19,7%) e quasi **quattro volte** quella **francese** (11,0 p.p.). Comparando tra loro le regioni dell'Unione Europea, invece, emerge che 4 delle 5 peggiori (su 242 totali) per rischio povertà ed esclusione sociale sono collocate nel Sud Italia, ovvero Calabria (1° posto), Campania (2° posto), Sicilia (3° posto) e Puglia (5° posto).

Figura 2.8. Persone a rischio povertà ed esclusione sociale - Worst-15 regioni europee (valori %), 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.

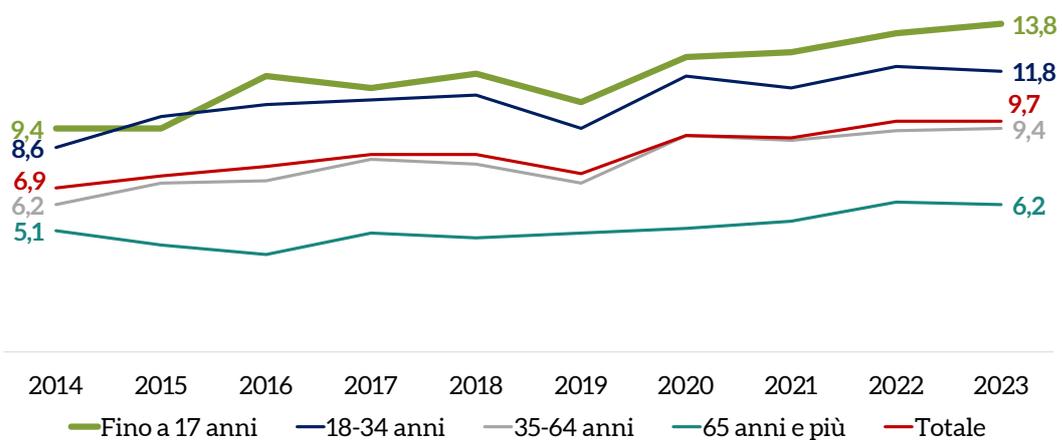


Un altro indicatore da considerare per avere un quadro completo della struttura socioeconomica del Paese è quello relativo alla **povertà assoluta**¹⁰. Nel 2023, infatti, in Italia risultavano in **condizione di povertà assoluta** circa **5,7 milioni di individui** (il **9,7%** del totale dei residenti) e di questi **1,3 milioni erano minori** (pari al **13,8%** dei minori residenti), in **aumento del 47% rispetto al 2014**. L'incremento del fenomeno della **povertà assoluta**, che interessa in misura crescente i **minori**, pone con urgenza la necessità di **strumenti** capaci di agire non solo sul **piano del sostegno economico**, ma anche su quello delle **opportunità educative e sociali**. In questa prospettiva, il **Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile** costituisce uno strumento chiave in grado di mobilitare **risorse pubbliche e private** e di attivare reti territoriali per ridurre le disuguaglianze e

¹⁰ La stima della povertà assoluta diffusa dall'Istat definisce povera una famiglia con una spesa per consumi inferiore o uguale al valore monetario di un paniere di beni e servizi considerati essenziali per evitare gravi forme di esclusione sociale. Il valore monetario del paniere di povertà assoluta viene annualmente rivalutato alla luce della dinamica dei prezzi e confrontato con i livelli di spesa per consumi delle famiglie.

prevenire forme di esclusione sociale di lungo periodo. Un ulteriore tema critico è quello relativo alla **cittadinanza** e alle **disuguaglianze tra cittadini italiani e stranieri**: la povertà assoluta colpisce il **35% degli stranieri**, cinque volte più della media tra gli **italiani (7%)**.

Figura 2.9. Individui in condizione di povertà assoluta per fasce d'età in Italia (valori % sui residenti), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.



Focus – Il ruolo del Terzo Settore e del Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile

Il Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile è stato istituito con la Legge di Stabilità 2016 (L. 208/2015) e reso operativo dal Protocollo d'intesa del 29 aprile 2016 tra Governo e Fondazioni di origine bancaria (Acri). È alimentato dai versamenti delle Fondazioni, agevolati da un credito d'imposta, con una dotazione che nel tempo ha superato gli **800 milioni di Euro**.

Il Fondo, nello specifico, si pone **tre principali obiettivi**:

- migliorare le **opportunità educative** per i bambini e i ragazzi che vivono in situazioni di povertà economica e sociale;
- contrastare le **disuguaglianze educative**, prevedendo il rischio di esclusione sociale;
- supportare la **crescita formativa e culturale** attraverso progetti educativi mirati.

Con la Legge di conversione del **Decreto Milleproroghe** (*Legge 21 febbraio 2025, n. 15*) il **credito d'imposta è stato rifinanziato fino al 2027** con un ridimensionamento rispetto agli anni precedenti, per un valore complessivo di 9 milioni di Euro.

La gestione operativa del Fondo è affidata all'**impresa sociale Con i Bambini**, interamente partecipata da Fondazione CON IL SUD, mentre gli indirizzi sono definiti da un Comitato paritetico tra Governo, Fondazioni e Terzo settore. Dal 2016 al 2025 Con i Bambini ha attivato **23 bandi** e selezionato oltre **800 progetti** per circa **500 milioni di Euro** di contributi, coinvolgendo **650.000 minori** e **~14.000 organizzazioni pubbliche e private**. Con i Bambini è oggi un **attore di riferimento del Terzo settore**, capace di mobilitare reti territoriali e "comunità educanti" su scala nazionale con un approccio che integra scuola, servizi, famiglie e terzo settore, puntando a rimuovere ostacoli economici, sociali e culturali che limitano le opportunità educative dei minori.

I progetti intervengono su **prima infanzia (0-6)**, **dispersione scolastica**, **povertà educativa digitale**, **benessere psicologico degli adolescenti**, **tutela di minori vittime di maltrattamenti** e **orfani di femminicidio**, **inclusione di minori stranieri non accompagnati**, oltre a interventi in aree fragili e iniziative in cofinanziamento con altri enti erogatori. Tra i bandi più significativi è opportuno sottolineare **Prima Infanzia (2017)**, con 80 progetti per 62,2 milioni di Euro, e **BenEssere** dedicato agli adolescenti, con 51 progetti per 30 milioni di Euro.

Parallelamente ai bandi, Con i bambini ha promosso quattro edizioni (2017, 2019, 2021, 2023) dell'iniziativa '**Iniziative in cofinanziamento**', che prevede il sostegno a interventi di contrasto della povertà educativa attraverso la **partecipazione finanziaria di altri enti cofinanziatori**, erogatori del 50% delle spese previste. Lo strumento del cofinanziamento ha l'obiettivo di **attrarre risorse finanziarie, aggiuntive** rispetto a quelle garantite dal Fondo, da parte di enti erogatori privati con lo scopo di sostenere congiuntamente interventi di contrasto della povertà educativa che si caratterizzano per **sperimentalità e innovazione**. Complessivamente, dalla pubblicazione del primo bando, il contributo conferito dagli enti cofinanziatori degli interventi è stato di **41 miliardi di Euro**, a dimostrazione dell'affidabilità e attrattività del Fondo.

Fonte: elaborazione TEHA Group su fonti varie, 2025.

Come sottolineato nei paragrafi precedenti, le **dinamiche demografiche e sociali**, se non gestite adeguatamente, determineranno in futuro situazioni di particolare pressione per il sistema di *welfare* del Paese. Tuttavia, occorre considerare come tali tendenze dispiegheranno i propri effetti in maniera differenziata tra i **diversi territori del Paese**. Con

l'obiettivo di fotografare il **rischio connesso alle prospettive socioeconomiche delle province italiane**, il Think Tank "Welfare, Italia" ha realizzato un **indicatore composito** che tiene in considerazione le previsioni demografiche dei territori e le loro *performance* economiche.

Prima di approfondire i dettagli metodologici e i risultati, è utile osservare come varieranno le principali variabili demografiche (nascite, immigrazioni ed emigrazioni¹¹) nelle province italiane, secondo lo scenario mediano di Istat¹². In particolare, considerando il periodo tra il 2024 e il 2035, le prime province per aumento in termini percentuali delle **nascite** saranno Trento (+27,1%), Aosta (+25,4%), Mantova (+24,9%), Pavia (+24,7%) e Ferrara (+23%). Considerando la variazione in termini assoluti, le prime province per aumento saranno Milano (+3.200), Roma (+3.200), Torino (+1.700), Brescia (+1.600) e Bergamo (+1.500). Sempre con riguardo alle nascite, le prime cinque province per diminuzione in termini percentuali saranno Catanzaro (-19,6%), Reggio Calabria (-19,5%), Vibo Valentia (-18,5%), Potenza (-17,3%) e Cosenza (-17,0%). In termini assoluti, le più ampie variazioni negative sono attese nelle province di Napoli (-2.300), Salerno (-780), Cosenza (-750), Palermo (-740) e Reggio Calabria (-730). Di fatto, emergono dinamiche opposte tra il Centro-Nord del Paese e il Sud, con Campania e Calabria che registrano valori particolarmente critici.

Osservando poi la componente connessa alle **dinamiche migratorie in ingresso**, occorre sottolineare come per nessuna provincia si stimi un aumento degli ingressi. In generale, le province per cui si attende la diminuzione minore in termini percentuali sono Trento (-3,0%), Monza (-3,3%), Varese (-3,8%), Lecco (-3,9%) e Como (-4,0%), mentre considerando le variazioni in termini assoluti le province meno impattate saranno Sondrio (-340), Belluno (-340), Gorizia (-350), Rieti (-350) e Aosta (-370). Tra i territori che, al contrario, subiranno in maniera più rilevante la diminuzione degli ingressi, in termini percentuali rientrano Ragusa (-19,8%), Matera (-18,1%), Reggio Calabria (-18,1%), Campobasso (-18,1%) e Cosenza (-17,9%), mentre in termini assoluti Milano (-9.500), Napoli (-8.300), Roma (-7.100), Torino (-6.100) e Catania (-3.900). Anche in questa dimensione demografica il Sud registra tendenze particolarmente negative. Queste dinamiche, anche se meno intense, sono presenti anche nel resto del Paese, per esempio nel Centro (come nelle Marche) e nel Nord-Ovest (come in Piemonte).

Considerando, infine, le **dinamiche migratorie in uscita**, le province che si stima registreranno la diminuzione più marcata in termini percentuali sono Sud Sardegna¹³ (-17,4%), Oristano (-17,1%), Nuoro (-16,9%), Potenza (-15,9%) ed Enna (-15,8%). Mentre in termini assoluti le province più interessate saranno Napoli (-8.800), Palermo (-3.500), Catania (-3.500), Salerno (-2.900) e Bari (-2.600). Tra i territori per i quali sono attese le diminuzioni più importanti in termini percentuali rientrano Parma (+2,5%), Bologna (+2,0%), Piacenza (+1,8%), Ravenna (+1,6%) e Forlì-Cesena (+1,2%), mentre le variazioni in termini assoluti interesseranno Bologna (+650), Parma (+320), Modena (+260), Piacenza (+170) e Ravenna (+150). Di fatto, per le province del Sud si stima una diminuzione delle uscite verso altri territori italiani o verso l'estero, mentre per l'area del Centro-Nord del Paese – *in primis* l'Emilia-Romagna – si prevede un aumento. Tali dinamiche, tuttavia, vanno lette congiuntamente all'evoluzione della base demografica complessiva: in virtù dell'aumento della popolazione (previsto per esempio in Emilia-Romagna) – a parità di

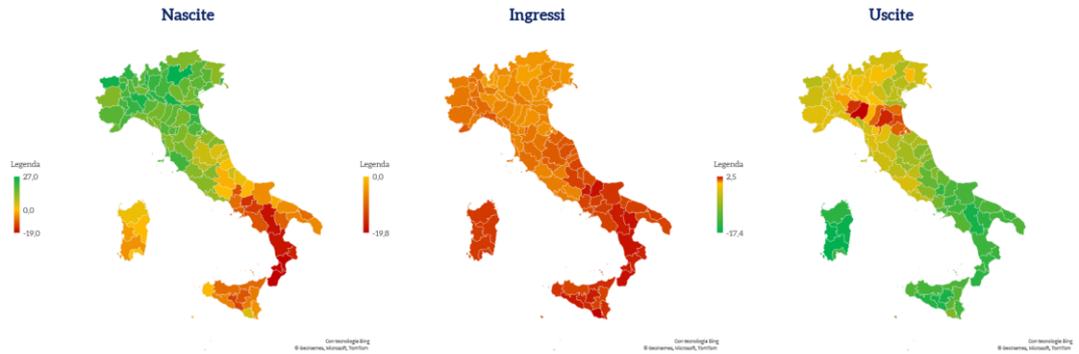
¹¹ Si fa riferimento alle iscrizioni e alle cancellazioni anagrafiche, connesse al trasferimento da/verso altre province italiane o territori esteri.

¹² Tale scenario è quello ritenuto più probabile per l'evoluzione demografica. Il set di variabili di input viene identificato prendendo a riferimento il valore mediano tra tutte le simulazioni a livello delle singole componenti demografiche (fecondità, mortalità, migrazioni).

¹³ La Provincia è stata soppressa nel 2025 e sostituita dalle 2 Province del Sulcis Iglesiente e del Medio Campidano. Le presenti analisi si basano sulle aggregazioni territoriali disponibili sul database Istat.

incidenza delle uscite sul totale della popolazione – naturalmente aumenteranno le uscite (in valore assoluto).

Figura 2.10. Variazione stimata del numero di nascite, iscrizioni anagrafiche e cancellazioni anagrafiche nelle province italiane tra 2024 e 2035 (percentuale). Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.



Parallelamente alle dinamiche demografiche, per valutare le prospettive di sviluppo di un territorio occorre considerare anche la sua capacità di generare valore e crescita economica. In questa prospettiva, è stato analizzato il tasso di crescita medio annuo del PIL delle province italiane tra il 2013 e il 2022. Da questa analisi, emerge come le province a più alta crescita nell'ultimo decennio sono state principalmente quelle del Centro-Nord Italia. In particolare, le prime province per maggiore crescita in termini percentuali sono state Siracusa (+4,8%), Bolzano (+3,3%), Milano (+3,3%), Modena (+3,1%) e Brescia (+3,1%). Al contrario, le prime province per minore crescita in termini percentuali sono state Caltanissetta (+0,9%), Pescara (+0,9%), Benevento (+1,0%), Catanzaro (+1,2%), Fermo (+1,2%).

Figura 2.11. Tasso di crescita annuo composto del PIL nelle province italiane tra il 2013 e il 2022 (valori percentuali). Nota: valori del PIL a prezzi correnti. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.

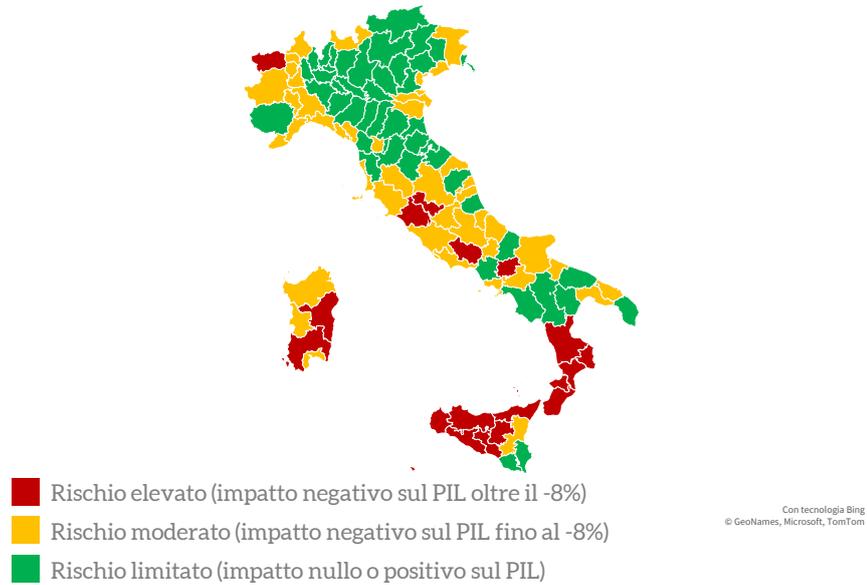


Con l'obiettivo di fotografare il rischio connesso alle prospettive socioeconomiche delle province italiane, è stato quindi realizzato un indicatore composito – l'**Indice di rischio SDE delle province** – che tiene in considerazione le previsioni demografiche dei territori e la loro *performance* economiche. L'indicatore è calcolato a partire da due variabili: **crescita economica** (tasso di crescita medio annuo composto del PIL pro capite registrato nel periodo 2013-2022) e **crescita demografica** (tasso di crescita medio annuo composto della popolazione previsto nel periodo 2024-2035). Per valutare gli impatti sulla crescita, sono stati elaborati due scenari di andamento del PIL: uno **scenario potenziale** (applicando il tasso di crescita medio annuo composto del PIL registrato dall'Italia nel periodo 2013-2022) e uno **scenario tendenziale** (considerando il tasso di crescita medio annuo composto del PIL pro capite registrato dalla provincia nel periodo 2013-2022 e la variazione prevista della popolazione al 2035). Successivamente, sulla base della differenza più bassa (rischio minore) o più alta (rischio maggiore) tra lo scenario potenziale e quello tendenziale – ovvero sulla base della perdita di PIL potenziale – è associato un **valore da 0 (rischio minimo) a 1 (rischio massimo)** a ciascuna provincia.

Dalle elaborazioni, emerge come secondo l'Indice di rischio SDE delle province italiane vi sono **18** province a **rischio elevato**, **41** province a **rischio moderato** e **48** province a **rischio**

limitato. In particolare, nelle province a rischio moderato, la perdita di PIL potenziale potrebbe arrivare fino a -8%, per un valore complessivo di -30 miliardi di Euro. Nelle province a rischio elevato, invece, la perdita di PIL potenziale al 2035 potrebbe essere tra -8% e -15%, per un valore complessivo di -15 miliardi di Euro.

Figura 2.12. Indice di rischio SDE (Sociale Demografico Economico) delle province italiane, 2025. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.



2.2

I FATTORI DI SVILUPPO DEL CAPITALE UMANO

Il capitale umano è alla **base della sostenibilità del welfare** poiché svolge un **duplice ruolo**: da un lato è l'**input** che alimenta la crescita attraverso il lavoro e le contribuzioni, dall'altro rappresenta l'**utente finale** che, nel corso della vita, accede ai servizi e ai sostegni erogati dal sistema. Per questo motivo, è necessario considerare le **politiche per il capitale umano** al centro dell'agenda politica nazionale, come strumento chiave per **valorizzare le competenze del Paese** e massimizzare il **potenziale di produttività di ogni individuo**. Per valorizzare al meglio il ruolo del capitale umano, tuttavia, è necessario investire sui fattori che permettono il suo pieno sviluppo: **educazione e sviluppo di competenze nell'arco della vita, politiche di attrazione di talenti, competitività del mercato del lavoro e prevenzione e invecchiamento attivo.**

Figura 2.13. La definizione e i fattori di sviluppo del capitale umano nella prospettiva del Think Tank "Welfare, Italia". Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.



La prospettiva dell'esperto

“L'Italia, pur essendo tra i Paesi più avanzati, fatica a valorizzare il proprio capitale umano. Investiamo poco nella formazione e non valorizziamo adeguatamente le competenze. La carenza di forza lavoro giovane è evidente, ma abbiamo difficoltà a integrare i lavoratori che comunque importiamo ed esportiamo quelli più qualificati. Per uscire da questa situazione, è necessario investire nelle capacità di base e adottare un cambiamento, culturale ed economico, che premi il merito nel mondo del lavoro e valorizzi i giovani. La scuola deve concentrarsi sulla qualità dell'insegnamento e rendere più fluidi i passaggi verso il lavoro. Il ruolo del privato è fondamentale per valorizzare i percorsi post-secondari brevi, dove l'Italia è in ritardo rispetto agli altri Paesi.”

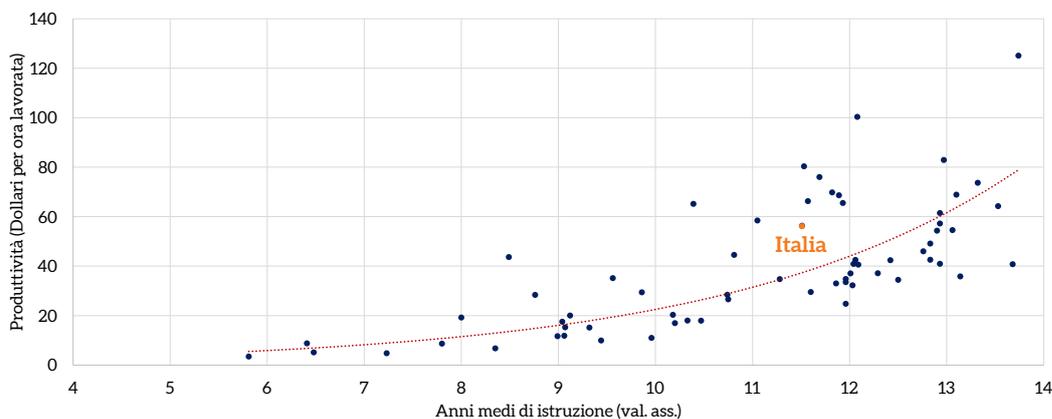
Paolo Sestito

*Capo del Dipartimento Pianificazione, Organizzazione e Bilancio, Banca d'Italia
Già Commissario straordinario e Presidente, INVALSI
Co-autore, “Il capitale umano” (con P. Cipollone), il Mulino, 2010*

Esiste, a livello sistemico, una **correlazione positiva** tra **anni medi di istruzione e livelli di produttività del lavoro**, a conferma del **ruolo strategico** svolto dal capitale umano nei processi di crescita economica. Inoltre, occorre osservare come la **valorizzazione del capitale umano** incide su **numerose dimensioni della vita di un individuo**. Dal punto di vista del mercato del lavoro, i figli di genitori con un **basso livello di istruzione** registrano un **tasso di abbandono scolastico** del **23,9%**, rispetto al **5%** di chi ha genitori un **titolo di studio secondario di secondo grado** e solo l'**1,6%** di chi ha genitori con una laurea. Inoltre, il **tasso di occupazione** di chi ha una **formazione inferiore** (pari al **55,0%**) risulta **inferiore di 19 punti percentuali** rispetto a chi ha un **titolo di studio secondario di secondo grado** (**74%**) e di **41 punti percentuali** rispetto a chi possiede una **laurea** (**84,7%**). Dal punto di vista della ricchezza, il **reddito medio annuo** di chi ha un **basso livello di istruzione** è di **18,7 mila Euro**, inferiore del **21,4%** rispetto a chi ha un **diploma di scuola superiore** (**23,8 mila Euro**) e del **41%** rispetto a chi possiede una **laurea** (**31,9 mila euro**). Occorre osservare, inoltre, come le persone con una **bassa istruzione** hanno un **rischio di povertà o esclusione sociale** del **38%**, rispetto al **20%** di chi ha il **diploma di scuola superiore** e all'**11%** di chi ha una laurea. Considerando, infine, la dimensione della **salute**, gli adulti con il massimo livello di istruzione secondaria di primo grado registrano un **rischio di mortalità**¹⁴ superiore di circa **9 punti percentuali** rispetto a chi ha il **diploma di scuola superiore** e di **19 punti percentuali** rispetto a chi ha una laurea. La molteplicità di questi fattori evidenzia come la **valorizzazione del capitale umano** attraverso l'**istruzione** può **ridurre le disuguaglianze sociali ed economiche** e migliorare la qualità della vita di un individuo sotto **diverse dimensioni**.

¹⁴ Mortalità per tutte le cause in media per tutte le fasce d'età. Dati stimati nei Paesi a medio-alto reddito.

Figura 2.14. Relazione tra anni medi di istruzione e produttività a livello globale (%), ultimi dati disponibili. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Our World in Data, 2025.

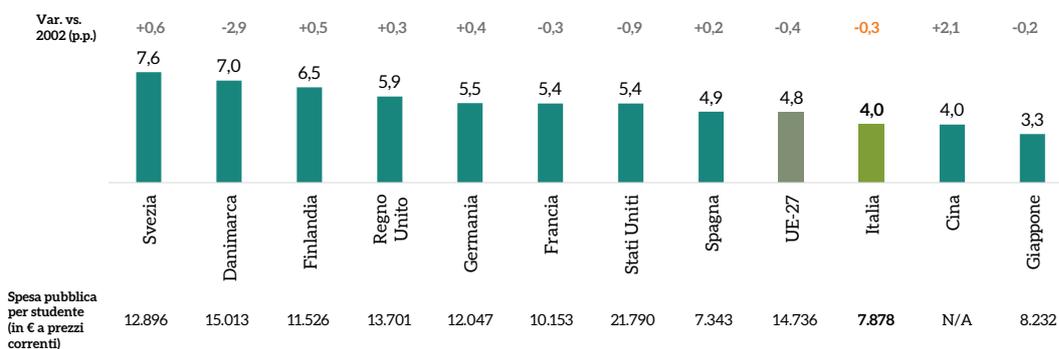


2.2.1

ISTRUZIONE E FORMAZIONE DI COMPETENZE

Partendo dal ruolo dell'educazione e dello sviluppo di competenze, in primo luogo occorre osservare come l'Italia destini all'istruzione circa il **4,0% del PIL** (pari, in valori assoluti, a circa **78 miliardi di Euro**) un valore non solo inferiore alla media europea (4,8%), ma anche significativamente più basso rispetto a Paesi che storicamente hanno costruito la propria competitività sul capitale umano e sull'innovazione, come Svezia (7,6%), Danimarca (7,0%) e Finlandia (6,5%). Ancora più evidente è il confronto se si considera la **spesa pubblica per studente** che in Italia si attesta intorno ai **7.878 Euro**, mentre in Paesi come la Germania, il Regno Unito o la Francia oscilla tra i 10.000 e i 13.700 Euro, con punte oltre i 15.000 in Danimarca.

Figura 2.15. Spesa pubblica in istruzione in Italia e in una selezione di Paesi benchmark (valori % sul PIL), 2022. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Banca Mondiale, OCSE e Istat, 2025.

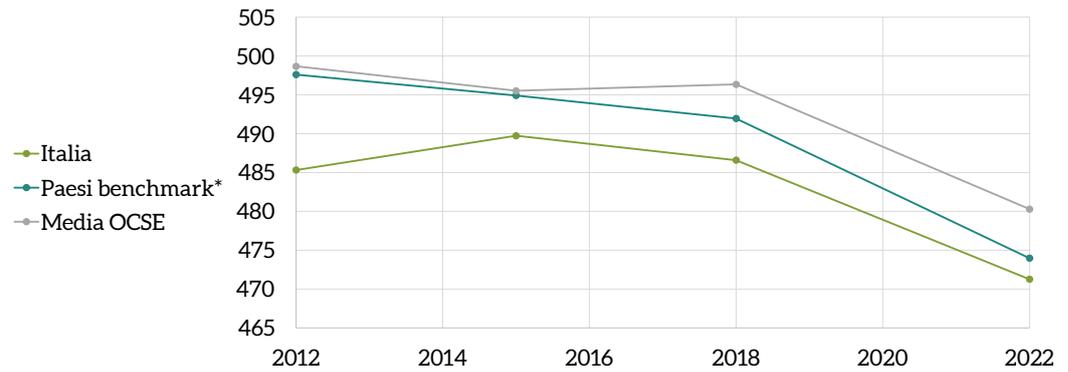


I riflessi di una spesa in istruzione sotto alla media possono essere rilevati in diversi ambiti della formazione, *in primis* nelle *performance* scolastiche. Le prime **divergenze in materia di competenze** rispetto alla **media OCSE** e ai **competitor europei**, infatti, sono visibili già dai **risultati dei test PISA**¹⁵, specialmente se si prendono in considerazione le materie scientifiche.

Per quanto riguarda i **test di matematica** i risultati degli studenti italiani nel 2022 erano **inferiori alla media OCSE** dell'**1,9%** e alla media dei **competitor europei** - Spagna, Francia e Germania - dello **0,6%**. Considerando, invece, l'andamento dei risultati nel **decennio 2012-2022**, risulta che le *performance* in matematica degli studenti italiani siano peggiorate di **14 punti** (-3%); tale risultato è, tuttavia, migliore rispetto al calo di **18 punti** (-4%) della media OCSE e a quello di **24 punti** (-5%) dei **competitor europei**.

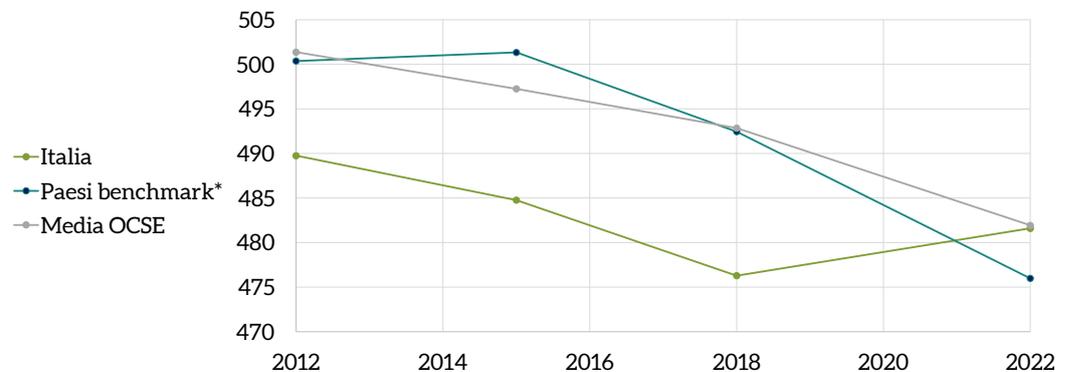
¹⁵ Il Programma PISA - *Programme for International Student Assessment* - è un'indagine internazionale promossa dall'OCSE che misura le competenze degli studenti quindicenni dei Paesi aderenti.

Figura 2.16. Score PISA medio nella matematica in Italia, nei Paesi Benchmark* e in media nei Paesi OCSE (score**), 2012-2022. (*) Francia, Germania e Spagna in qualità di competitor. (**) Gli score sono scalati per adattarsi a distribuzione gaussiana, con media pari a 500 punti e deviazione standard di 100 punti. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OCSE, 2025.



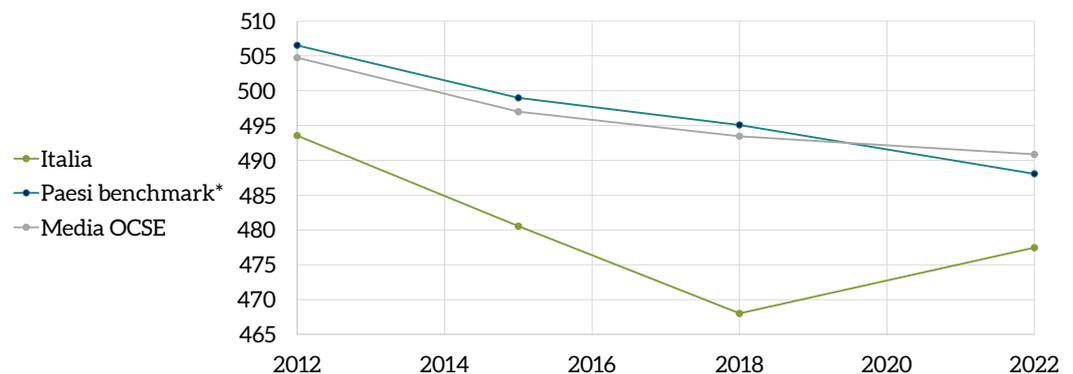
Analizzando, invece, i **test nelle abilità di lettura**, i risultati degli studenti italiani nel 2022 erano **migliori rispetto alla media dei competitor europei dell'1,2%**. Considerando, invece, l'andamento dei risultati nel **decennio 2012-2022**, risulta che le **performance di lettura** degli studenti italiani siano peggiorate di **8 punti (-2%)**, contro un calo di **19 punti (-4%)** della media OCSE e a quello di **24 punti (-5%)** dei competitor europei.

Figura 2.17. Score PISA medio nella lettura in Italia, nei Paesi Benchmark* e in media nei Paesi OCSE (score**), 2012-2022. (*) Francia, Germania e Spagna in qualità di competitor. (**) Gli score sono scalati per adattarsi a distribuzione gaussiana, con media pari a 500 punti e deviazione standard di 100 punti. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OCSE, 2025.



Infine, i **test nelle scienze** mostrano che gli studenti italiani nel 2022 erano **peggiori rispetto alla media dei competitor europei del 2,2%** e rispetto alla **media OCSE del 2,7%**. Al contempo, l'andamento dei risultati nel **decennio 2012-2022** evidenzia che le **performance nelle scienze di lettura** degli studenti italiani sono peggiorate di **16 punti (-3%)**, contro un calo di **14 punti (-3%)** della media OCSE e di **18 punti (-5%)** dei competitor europei.

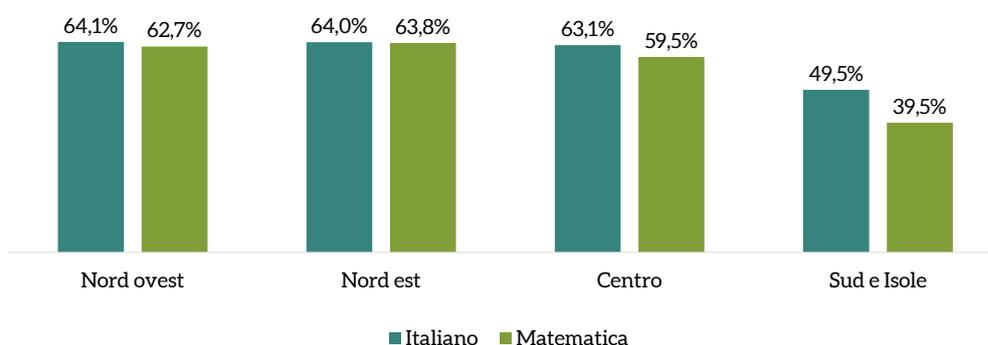
Figura 2.18. Score PISA medio nelle scienze in Italia, nei Paesi Benchmark* e in media nei Paesi OCSE (score**), 2012-2022. (*) Francia, Germania e Spagna in qualità di competitor. (**) Gli score sono scalati per adattarsi a distribuzione gaussiana, con media pari a 500 punti e deviazione standard di 100 punti. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OCSE, 2025.



Una delle novità introdotte nelle rilevazioni PISA riguarda la valutazione del pensiero creativo¹⁶. Anche in questo caso, il valore medio dell'Italia – pari a 31 (in un range da 0 a 60) – è inferiore rispetto a quello della media OCSE.

Le evidenze raccolte dai risultati PISA sono confermate anche dai test INVALSI, che mostrano come il livello di preparazione dei giovani in **italiano e matematica** risulti ancora insufficiente rispetto al **target** atteso¹⁷, rispettivamente **raggiunto solo dal 62,3% e dal 54,7%** degli studenti al secondo anno di scuola secondaria superiore. I test INVALSI permettono anche di comparare i risultati internamente, valutando le differenze tra le **diverse aree del Paese**. Da questo punto di vista emerge un **divario significativo** tra il **Centro-Nord** e il **Sud**: nei test di **italiano** il Sud sconta un divario di **14,6 p.p.** rispetto al Nord-Ovest, di **14,5 p.p.** rispetto al Nord-Est e di **13,6 p.p.** rispetto al Centro. La stessa analisi per i test di **matematica** mostra un distacco di **23,2 p.p.** rispetto al Nord-Ovest, di **24,3 p.p.** rispetto al Nord-Est e di **20 p.p.** rispetto al Centro.

Figura 2.19. *Studenti al secondo anno di scuola secondaria superiore che raggiungono il livello base* di competenza in italiano e matematica (valori %), 2024. Nota: il livello base nelle prove Invalsi equivale al superamento dei livelli 1 (non adeguato) e 2 (basso), e arrivano fino al 5 (molto buono). Fonte: Elaborazione TEHA Group su dati Invalsi, 2025.*



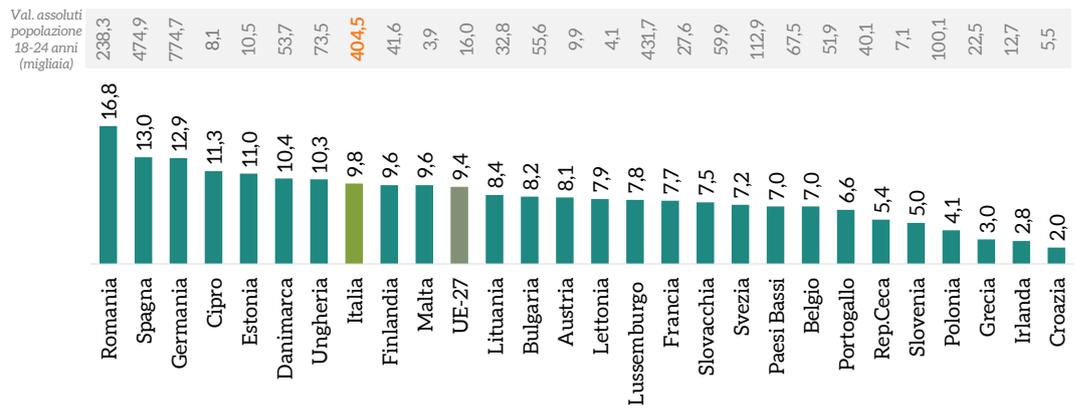
L'incapacità di raggiungere determinati livelli di competenze costituisce il fenomeno della cosiddetta "dispersione scolastica implicita". A questa si affianca poi quella esplicita, legata alla effettiva partecipazione degli studenti ai percorsi formativi. Occorre, infatti, sottolineare come l'**istruzione** svolga un ruolo insostituibile nel rafforzare il **contributo alla società**: formare cittadini consapevoli significa alimentare la partecipazione civica, sostenere la coesione sociale e promuovere valori condivisi di responsabilità, equità e solidarietà. In questo senso, il capitale umano generato dal sistema formativo diventa una **risorsa collettiva** che sostiene la qualità della vita. Da questo punto di vista, il rafforzamento del contributo dell'istruzione alla società passa inevitabilmente attraverso la capacità del sistema formativo di **accompagnare gli studenti lungo l'intero percorso educativo**. Il **fenomeno della dispersione scolastica esplicita**¹⁸ rappresenta in questo senso una criticità strutturale da affrontare per il sistema-Paese: l'Italia con il 9,8% è l'**8° Paese in Europa**, con un divario di **0,8 punti percentuali** rispetto al **target UE 2030** del 9%. Di fatto, nel 2024, **oltre 400mila giovani** (circa 1 su 10 nella coorte 18 e 24 anni) hanno abbandonato prematuramente gli studi.

¹⁶ Attraverso 32 *item* di tipo interattivo, diversi e più dinamici dei tradizionali quesiti che richiedono una risposta scritta o la scelta di un'alternativa corretta in un ventaglio di possibilità strutturate, viene misurata la capacità dei giovani di: generare idee diverse, produrre idee creative, valutare e migliorare le idee. Sono capacità che rientrano in quattro domini: espressione scritta, espressione visiva, risoluzione di problemi sociali e risoluzione di problemi scientifici.

¹⁷ La prova INVALSI suddivide i risultati in 5 livelli, il livello 3 rappresenta la soglia minima di adeguatezza, mentre i livelli 1 e 2 indicano risultati non adeguati al percorso di scolarità.

¹⁸ Riguarda quegli studenti che conseguono un titolo di scuola secondaria di secondo grado, ma senza aver raggiunto i traguardi minimi di competenze previsti per il loro percorso di studio.

Figura 2.20. Giovani di età compresa tra i 18 e i 24 anni che abbandonano prematuramente gli studi (valori %), 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



All'interno di questo fenomeno va sottolineato come il **background socioeconomico e culturale** degli studenti abbia un impatto significativo sulle loro opportunità di apprendimento, alimentando così un **circolo vizioso di povertà educativa**. È possibile notare, infatti, che il **23,9%** dei giovani con un'età compresa tra i 18 e i 24 anni che hanno abbandonato precocemente gli studi provengono da **famiglie con genitori che hanno un livello di istruzione secondario inferiore**, rispetto al 5% che ha genitori con livello di istruzione secondario superiore e solo l'1,6% dei giovani con genitori che hanno titoli di studi terziari¹⁹. Al contrario, se si prendono in esame i dati riguardanti i giovani con un'età compresa tra i 25 e i 34 anni che hanno conseguito un titolo di studio terziario, si nota che nel 67,1% il livello di istruzione dei genitori è di livello terziario.

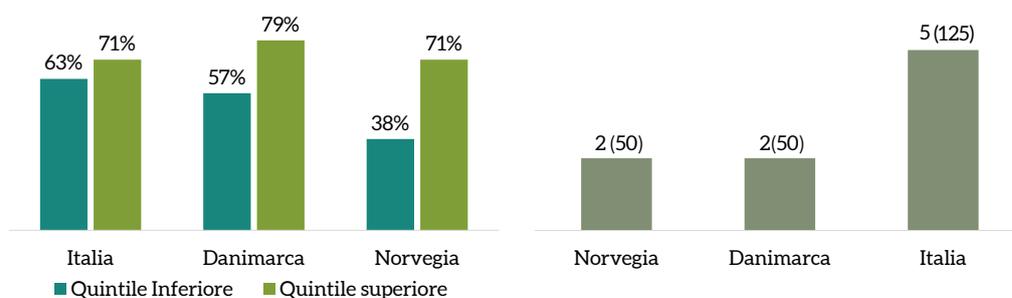
Figura 2.21. Destra: Giovani 25-34enni che hanno conseguito un titolo di studi terziario per livello di istruzione dei genitori in Italia (valori % sul totale), 2023; Sinistra: Giovani 18-24enni che hanno abbandonato precocemente gli studi per livello di istruzione dei genitori in Italia (valori % sul totale), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.



Tali meccanismi non riguardano solo l'ambito scolastico-educativo, ma producono conseguenze dirette anche sulla **mobilità sociale del Paese**. In Italia, chi nasce in una famiglia svantaggiata ha poche possibilità di migliorare la propria condizione; non a caso, il 63% di coloro che appartengono al gruppo con i redditi più bassi rimane fermo in quella fascia, mentre il 71% di chi si colloca tra i più ricchi mantiene la propria posizione. Inoltre, affinché una famiglia nel quintile di reddito più basso possa raggiungere il reddito medio nazionale servono **ben cinque generazioni**, cioè **circa 125 anni**, mentre in Danimarca e Norvegia bastano solo due generazioni (circa 50 anni). Questo dimostra come le disuguaglianze educative e sociali non solo si trasmettano di padre in figlio, ma finiscano per bloccare l'intero **ascensore sociale**.

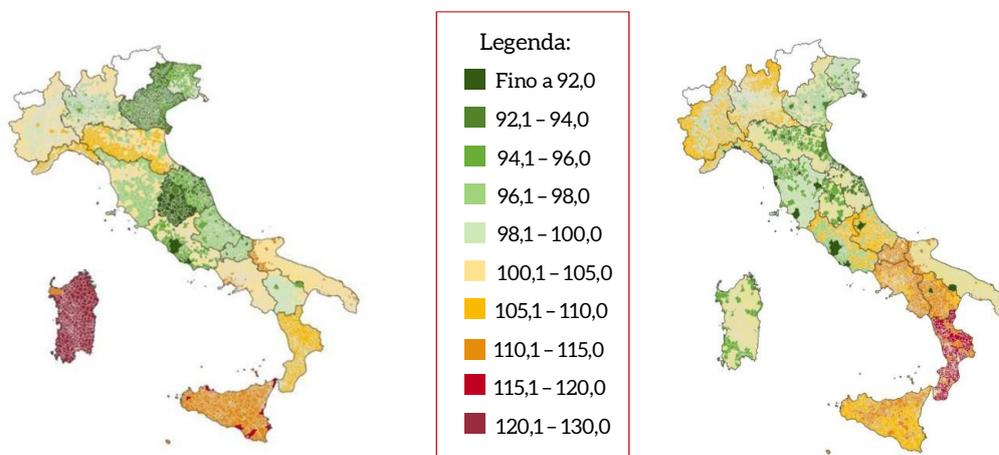
¹⁹ Ovvero studi post-secondari a cui si accede dopo il diploma di scuola superiore. In Italia, i percorsi principali sono l'università, l'Alta Formazione Artistica, Musicale e Coreutica (AFAM) e gli Istituti Tecnici Superiori (ITS Academy).

Figura 2.22. Destra: Numero di generazioni (e anni) necessari ad una famiglia nel quintile di reddito più basso per raggiungere il reddito medio nazionale (val. ass., 2023*; Sinistra: Popolazione in età lavorativa (18-65) appartenente al quintile più basso (quintile inferiore) e più alto (quintile superiore) stabili nello stesso gruppo di reddito nell'arco di 4 anni (percentuale%), 2016-2019. Fonte: elaborazione TEHA Group su OECD, 2025.



Nel complesso, per valutare lo sviluppo del capitale umano occorre adottare una **prospettiva multidimensionale**, che integri le diverse dimensioni legate alla formazione. A tal fine, nel 2024 Istat ha avviato un'attività sperimentale di approfondimento e misurazione della povertà educativa, elaborando due **indici compositi** che misurano gli **esiti scolastici** e le **risorse a disposizione degli studenti** nei territori italiani. Questi indici permettono di catturare da un lato la **povertà di esiti**, ovvero l'insufficienza nell'apprendimento di competenze cognitive e non cognitive (sociali ed emotive), e dall'altro la **povertà di risorse**, ovvero la carenza di risorse educative e culturali della comunità di riferimento intesa in senso lato (famiglia, scuola, luoghi di apprendimento e aggregazione, ecc.) o da una limitazione nelle opportunità di fare esperienze utili alla crescita personale che tali risorse offrono. Considerando come riferimento la media italiana normalizzata a 100, l'indice degli esiti scolastici riporta una **situazione eterogenea**, con una generale **carenza al Sud** e in particolare in Sardegna, dove vengono registrati valori tra 120 e 130 (valori superiori a 100 indicano, rispetto alla media italiana, una difficoltà maggiore negli esiti o una maggiore carenza di risorse). Anche l'indice delle risorse mostra una significativa **eterogeneità regionale**, con **risultati mediamente più bassi al Sud e nel Nord-Ovest**.

Figura 2.23. Indice composito per la difficoltà negli esiti scolastici in Italia (a sinistra) e indice composito per la carenza di risorse per l'educazione in Italia (a destra), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.



2.2.2

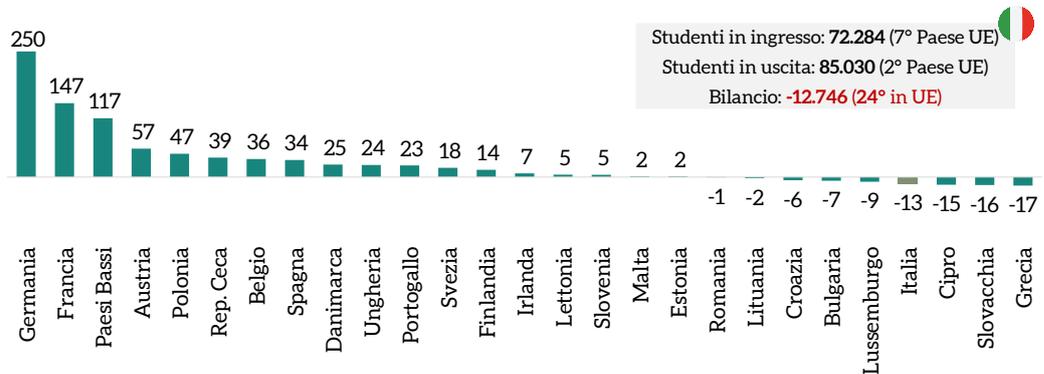
CAPACITÀ DI VALORIZZARE E ATTRARRE COMPETENZE

Un ulteriore indicatore dell'efficacia del sistema educativo e un elemento fondamentale per la crescita del capitale umano nel Paese è la **capacità di attrarre e trattenere studenti universitari e giovani talenti**. La formazione, infatti, non è soltanto uno strumento di crescita individuale, ma anche un **fattore strategico** di competitività. I Paesi che riescono a offrire percorsi di studio qualificanti, ambienti accademici stimolanti e opportunità

professionali concrete diventano **poli di attrazione per studenti internazionali** e, più in generale, per capitale umano ad alta qualificazione.

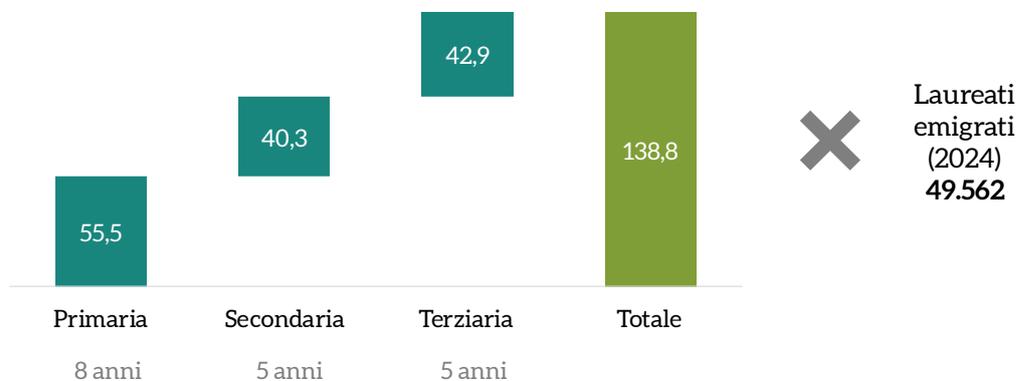
In tal senso, i dati relativi al **bilancio tra studenti universitari in ingresso e in uscita** evidenziano come l'Italia sia tra i Paesi meno attrattivi d'Europa. Nel 2023 il saldo netto è stato di -12,7mila studenti, un valore che posiziona il nostro Paese soltanto al **24° posto nell'Unione Europea**, ben lontano dalle grandi economie come Germania, Francia e Paesi Bassi. In peggioramento rispetto agli anni precedenti, il quadro evidenzia una fragilità strutturale: l'Italia continua a essere percepita più come un Paese di transito che come una destinazione formativa di riferimento.

Figura 2.24. Differenza tra studenti universitari in ingresso e in uscita nei Paesi UE-27 (migliaia), 2022 o ultimo dato disponibile. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OCSE, 2025.



Questa difficoltà ad **attrarre giovani talenti** riflette un **doppio limite del Paese**. Da un lato, segnala la necessità di **rafforzare la qualità e l'internazionalizzazione dell'offerta formativa universitaria**; dall'altro, evidenzia l'urgenza di creare condizioni di lavoro e di ricerca in grado di **trattenere i laureati italiani**, evitando il fenomeno del cosiddetto *brain drain* ovvero la **fuga di cervelli**. Infatti, i dati più recenti evidenziano come nel 2024 oltre **49 mila laureati** hanno lasciato l'Italia, ciò equivale a una perdita economica stimata in **6,9 miliardi di Euro l'anno**, con un incremento del **35%** rispetto all'anno precedente: tale valore rappresenta la spesa sostenuta dallo Stato per formare studenti che poi decidono di emigrare e lavorare all'estero, generando valore al di fuori dell'Italia. Si tratta di una cifra che evidenzia come la fuga dei cervelli non rappresenti soltanto un **problema sociale**, ma un vero e proprio **potenziale non sfruttato per la crescita economica** del Paese. In assenza di politiche efficaci che contrastino il fenomeno, il rischio è quello di un **circolo vizioso**: un sistema educativo che non riesce a trattenere o ad attrarre studenti limita la propria capacità di contribuire all'innovazione, alla produttività e, in ultima analisi, alla **competitività del Paese**.

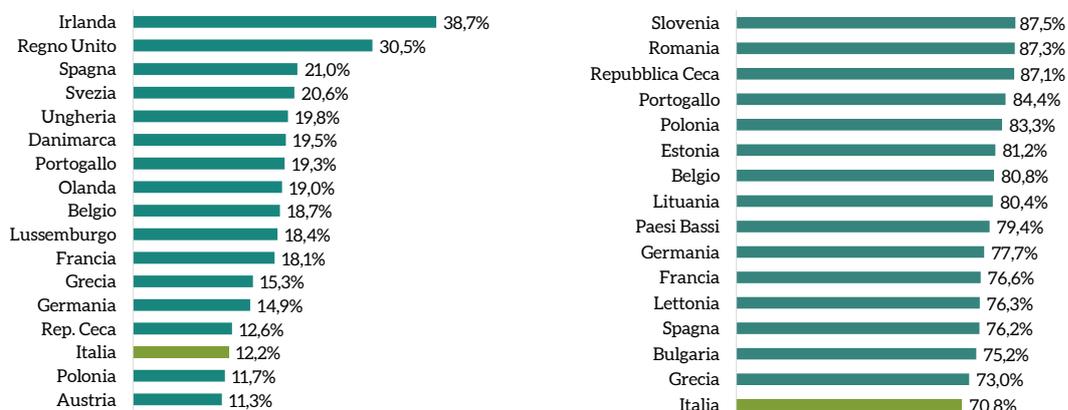
Figura 2.25. Costo per la formazione di uno studente per tipo di formazione in Italia (valori in migliaia di Euro), 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.



Oltre al capitale umano in uscita dal Paese, occorre approfondire anche le caratteristiche del **capitale umano in ingresso**. In tal senso, è possibile osservare come, con riferimento alla **quota di forza lavoro immigrata che è in possesso di un'alta qualifica**, l'Italia con il

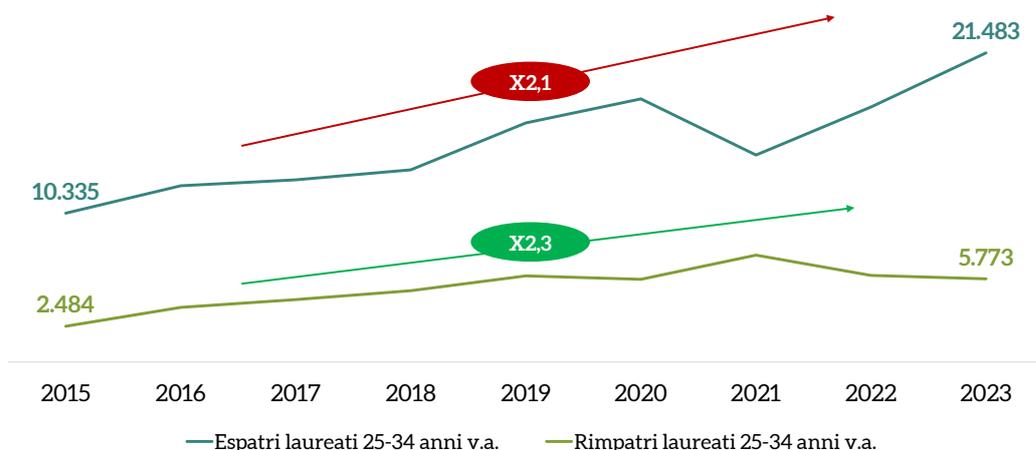
12,2% si collochi negli ultimi posti tra i Paesi europei. Inoltre, il dato relativo al **tasso di occupazione per i lavoratori altamente qualificati** risulta altrettanto preoccupante, fermandosi al **70,8%**. Questo dato indica una **limitata valorizzazione delle competenze qualificate degli immigrati** nel nostro Paese, al contrario di altri Paesi dove l'integrazione lavorativa di personale altamente qualificato risulta decisamente più elevata.

Figura 2.26. Destra: Tasso di occupazione della forza lavoro immigrata ad alta qualifica* (% degli immigrati ad alta qualifica), 2023; Sinistra: Forza lavoro immigrata ad alta qualifica* (% sul totale della forza lavoro immigrata), 2022.
Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OECD, 2025.
(*) Alta qualifica: laurea o superiore.



Nel quadro delle dinamiche migratorie del capitale umano, occorre aggiungere come in Italia le politiche per incentivare il **rientro dei lavoratori qualificati**, quali ad esempio la misura **“rientro del cervelli”** introdotta dal D. lgs. n. 147 del 2025, hanno portato a un **incremento significativo dei flussi di ritorno**, non riuscendo tuttavia a colmare completamente il divario con il numero di giovani italiani che continuano a emigrare all'estero. Infatti, a partire dal 2015, i **flussi di espatrio** dei laureati italiani nella fascia di età 25-34 anni sono aumentati costantemente, arrivando a circa **21.500** nel 2023, con un tasso di crescita di **2,1 volte** rispetto al 2015. In parallelo, il **numero dei rientri** ha visto un aumento altrettanto significativo, passando da circa 2.500 nel 2015 a circa **5.800** nel 2023, con un tasso di crescita di **2,3 volte**. Tuttavia, nonostante l'incremento dei rientri, il **gap** in termini assoluti rimane elevato, poiché il numero di laureati che rientrano non è sufficiente a compensare quello di coloro che continuano a emigrare, evidenziando una sfida ancora aperta. L'Italia ha investito circa **2 miliardi di Euro negli ultimi tre anni**, ma il risultato, pur positivo, non ha colmato completamente la distanza tra le uscite e i rientri, mantenendo il fenomeno della fuga di cervelli un tema rilevante.

Figura 2.27. Movimenti migratori con l'estero dei giovani italiani laureati di 25-34 anni (valori assoluti), 2015-2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat e MEF, 2025.



Focus: Le strategie europee per l'attrazione di lavoratori qualificati

Diversi Paesi europei hanno adottato **strumenti mirati e innovativi per attrarre lavoratori stranieri qualificati**, integrando politiche fiscali, semplificazioni burocratiche e incentivi legati alla residenza o all'imprenditorialità:

- in **Irlanda**, il *Critical Skills Employment Permit* elimina la necessità di verificare le esigenze del mercato del lavoro e favorisce il ricongiungimento familiare, creando così condizioni stabili per l'insediamento. A questo si aggiunge lo *Start-Up Entrepreneur Programme* (STEP), che incoraggia imprenditori innovativi a sviluppare attività sul territorio;
- in **Portogallo**, l'aliquota fiscale agevolata del 20% per professioni ad alto valore e il cosiddetto visto d'oro rappresentano un mix efficace di attrazione fiscale e opportunità di stabilizzazione. Inoltre, recenti misure hanno introdotto esenzioni fiscali mirate ai giovani *under-35*, rafforzando la competitività del sistema;
- in **Slovenia**, invece, il modello è stato costruito attorno al *Working Holiday Visa* e a un'ampia rete di accordi bilaterali (53 Paesi), con l'obiettivo di attrarre giovani talenti e affrontare il problema della carenza di competenze, anche attraverso riforme volte a rimuovere gli ostacoli amministrativi.

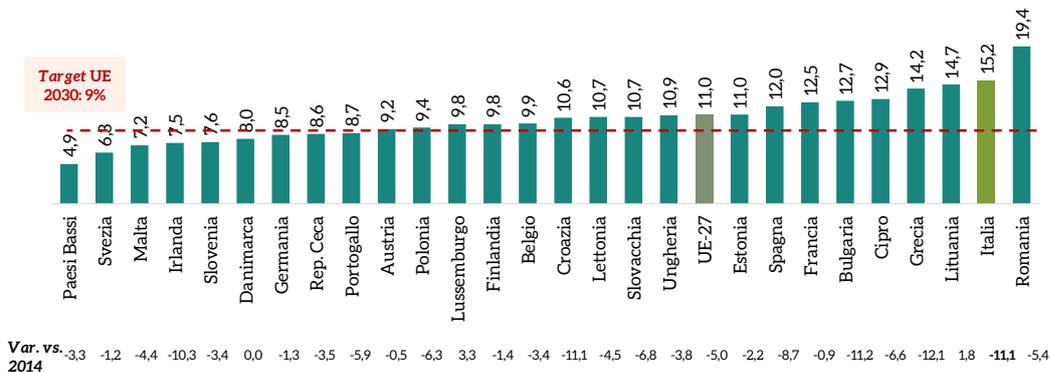
Fonte: elaborazione TEHA Group su fonti varie, 2025.

Contestualmente a politiche di *retention* e *attraction*, è fondamentale valorizzare la forza lavoro attualmente residente nel Paese. Da questo punto di vista, infatti, nonostante i progressi registrati negli ultimi anni, rimangono ampi *gap* in termini di **inclusione lavorativa** di alcune fasce della popolazione, *in primis* giovani e donne.

I dati infatti evidenziano come l'Italia, pur avendo ridotto l'incidenza rispetto al passato, rimanga il **2° peggior Paese in UE per quota di NEET (Not in Education, Employment or Training) nella fascia 15-29 anni (15,2%)**, ben al di sopra del **target europeo del 9%** fissato per il 2030; in valori assoluti, si tratta di circa 1,3 milioni di giovani. Questo dato segnala una **fragilità strutturale del sistema educativo e formativo italiano** e, al tempo stesso, l'insufficienza delle politiche di transizione scuola-lavoro e di attivazione dei giovani. Proprio per questo motivo, da alcuni anni famiglie, imprese, istituzioni, terzo settore e privato sociale sono impegnati a ridurre questo grave fenomeno sociale almeno per raggiungere il dato europeo del 9% al 2030²⁰.

²⁰ In questa prospettiva è interessante la Sfida ZeroNeet, promossa da Regione Lombardia con enti privati *profit* e *no profit*, con l'obiettivo di ridurre il numero di giovani in condizione di Neet, attraverso un approccio integrato che combina prevenzione della dispersione scolastica, contrasto alla condizione di non studio e non lavoro e produzione di conoscenza utile allo sviluppo di interventi sempre più mirati da parte dei decisori pubblici e altri soggetti attivi sul tema. ZeroNeet intende accompagnare e attivare 20.000 giovani in condizione di Neet e contribuire al raggiungimento e superamento anticipato dell'obiettivo europeo del 9% di Neet entro il 2030.

Figura 2.28. Tasso di NEET* nella popolazione 15-29 anni nei Paesi UE-27 (valori % sul totale della pop. 15-29 anni), 2024. (*) Not Engaged in Education, Employment or Training. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



Focus: I modelli europei per contrastare il fenomeno dei NEET

A tal proposito, le esperienze di Irlanda, Belgio e Norvegia evidenziano come il **contrasto al fenomeno dei NEET** passi dall'**integrazione tra scuola, lavoro e servizi sociali**, rendendo più efficaci le azioni di orientamento e formazione:

- in **Irlanda**, già dagli anni Novanta, sono state introdotte azioni mirate a sostenere l'istruzione terziaria e la formazione tecnica, attraverso sussidi, prestiti agevolati e l'abolizione delle tasse universitarie. Tali misure hanno reso più accessibile l'istruzione, riducendo le barriere economiche e ampliando le opportunità di inclusione per i giovani;
- il **Belgio** ha puntato su un modello di **formazione duale**, che combina istruzione professionale e lavoro, e su programmi specifici come l'**OKOT-VDAB**, rivolto ai NEET non diplomati e incentrato su formazione e *stage* in settori con carenza di manodopera. Inoltre, iniziative come la piattaforma *Brussels J* e la collaborazione tra servizi pubblici per l'impiego, comuni e servizi sociali hanno permesso di motivare i NEET, offrendo *coaching* personalizzato e percorsi di reinserimento;
- la **Norvegia**, infine, ha rafforzato il sistema duale e introdotto un approccio **fortemente personalizzato**, basato su tutoraggio e consulenza. Particolarmente innovativa è la collaborazione strutturale tra scuola, servizi sociali e sanitari, che consente di intercettare precocemente i giovani a rischio di abbandono e intervenire con misure integrate (psicologi, educatori, assistenti sociali). A ciò si aggiungono programmi mirati per i giovani vulnerabili, progetti locali di *follow-up services* affidati ai comuni, e il coinvolgimento diretto delle imprese locali tramite tirocini e lavori *part-time*

Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.

Un ruolo chiave nella **valorizzazione del capitale umano** è poi svolto dall'**orientamento scolastico**. L'orientamento rappresenta una leva per ridurre la dispersione scolastica e prevenire il *mismatch* di competenze, accompagnando studenti e famiglie verso **scelte formative e professionali più consapevoli**. Un orientamento efficace consente di allineare le attitudini individuali con i percorsi educativi disponibili e con i fabbisogni reali del mercato del lavoro, rafforzando l'equità sociale e la competitività del Paese.

Negli ultimi anni, in Italia sono state introdotte alcune misure significative, come l'istituzione delle figure del **docente tutor** e dell'**orientatore scolastico**, l'inserimento di **moduli obbligatori di almeno 30 ore** negli ultimi tre anni delle scuole superiori e la promozione di una **didattica orientativa** fondata su esperienze, personalizzazione e sviluppo di competenze trasversali. Tuttavia, le **criticità ancora aperte** rimangono rilevanti: manca una figura professionale di orientatore pienamente riconosciuta e

formata; non esiste una **regia nazionale** capace di coordinare scuole, famiglie e mondo del lavoro; permangono forti differenze territoriali e carenze di **standard condivisi** che limitano l'efficacia degli interventi. A ciò si aggiunge il problema della **discontinuità** tra ordini scolastici e il ritardo con cui spesso l'orientamento viene introdotto nei percorsi educativi, troppo tardi per incidere realmente sulle scelte.

Focus: Il ruolo del tutor scolastico in Europa

Mentre in Italia il *tutor* scolastico è ancora un ruolo emergente, introdotto di recente e non sempre riconosciuto come figura professionale autonoma, in altri contesti europei si tratta ormai di una **componente consolidata** delle politiche educative:

- l'**Estonia**, ad esempio, ha previsto da decenni la presenza di *tutor* in ogni scuola, formalizzandone il ruolo e attribuendo funzioni specifiche, con incontri regolari che accompagnano gli studenti non solo nel percorso scolastico ma anche nello sviluppo personale;
- in **Finlandia**, la figura del *tutor* è stata integrata già dagli anni Settanta all'interno della pedagogia scolastica, in stretta sinergia con *team* multidisciplinari, promuovendo un modello che non si limita all'accompagnamento didattico, ma che sostiene l'autonomia e il benessere complessivo dello studente;
- nel **Regno Unito**, infine, il *tutor* è riconosciuto come figura di supporto individualizzato, con compiti che spaziano dal monitoraggio del progresso accademico al sostegno emotivo, fino alla pianificazione della carriera e all'orientamento verso il mondo del lavoro

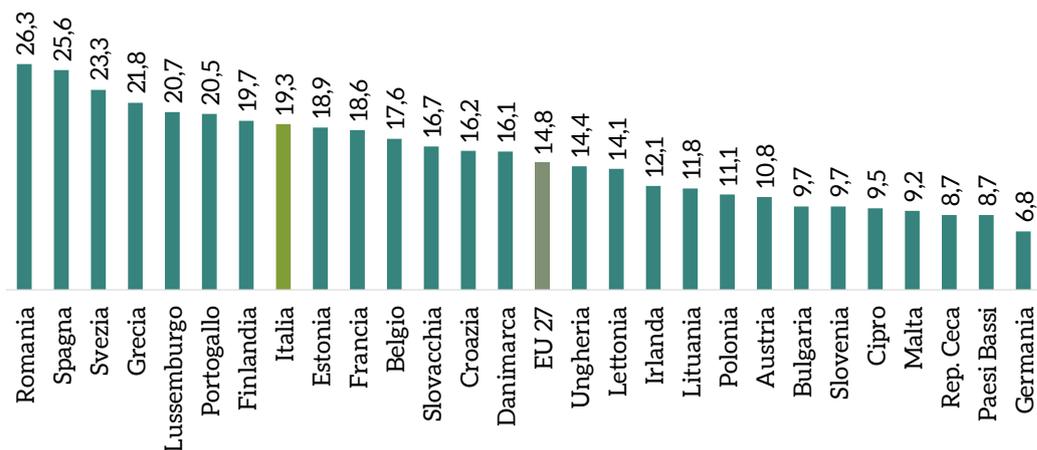
Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.

2.2.3

LE DINAMICHE DI PARTECIPAZIONE NEL MERCATO DEL LAVORO

È opportuno sottolineare, tuttavia, come le difficoltà di ingresso nel mercato del lavoro per i giovani non sono imputabili solamente a una carenza o a un *mismatch* di competenze, ma anche a **problematiche strutturali del mercato del lavoro italiano**. La partecipazione giovanile al mercato del lavoro, infatti, è caratterizzata da una **forte precarietà e discontinuità lavorativa**. I contratti di **tirocinio extra-curricolare** sono ancora molto utilizzati, anche in età avanzata: sono stati **312 mila** nel 2022, di cui il **35%** ha riguardato giovani **sopra i 25 anni**, e **solo il 56%** del totale ha portato a un'**attivazione di un contratto di lavoro entro 6 mesi dal termine**. Secondo l'*Eurobarometer Survey* del 2023, il **37%** dei giovani ha svolto **due o più tirocini** (tra curricolari ed extra-curricolari) e solo il **51%** dei tirocini svolti dai giovani italiani erano **retribuiti** (-4 p.p. rispetto alla media UE). In questo quadro la **disoccupazione giovanile** in Italia raggiunge il **19,3%** (**8° posto in UE**), registrando una differenza di +4,5 p.p. rispetto alla media europea.

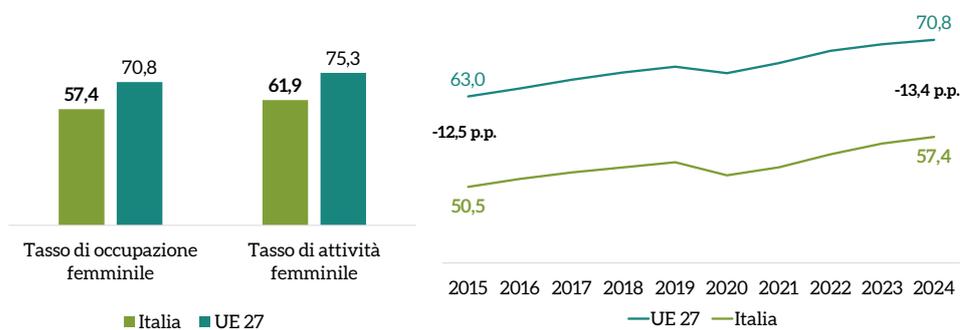
Figura 2.29. Disoccupazione giovanile under-25 (valori%), 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



Inoltre, occorre evidenziare come la scarsa partecipazione al mercato del lavoro non riguarda solo i giovani, ma è un problema che tocca **diversi gruppi sociali, indebolendo significativamente lo stock complessivo di capitale umano del Paese**, non permettendo di raggiungere il suo pieno potenziale.

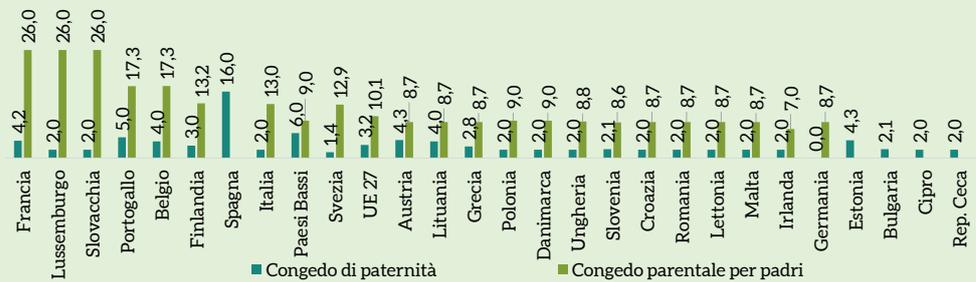
La **partecipazione femminile** al mercato del lavoro nel nostro Paese è l'esempio più chiaro di questa problematica strutturale: l'Italia è all'**ultimo posto in Europa per occupazione** e per **tasso di attività femminile**, registrando un distacco di **13,4 p.p. rispetto alla media UE**. Questo gap, inoltre, è aumentato negli ultimi 10 anni (era pari a 12.5 p.p. nel 2015), poiché **gli altri Stati membri stanno riducendo il questo occupazionale in media più velocemente dell'Italia**.

Figura 2.30. A sinistra, partecipazione femminile al mercato del lavoro, 2024; a destra, evoluzione dell'occupazione femminile (valori %), 2015-2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat e CNEL, 2025.



Focus: La riforma spagnola dei congedi di paternità

Un importante modello di riferimento per quanto riguarda la partecipazione femminile è dato dalla **riforma spagnola dei congedi di paternità**, che ha equiparato i congedi di paternità e maternità attribuendo a entrambi i genitori **16 settimane di congedo completamente retribuito**.



Lunghezza dei congedi per padri in UE (settimane), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OECD, 2025

La riforma spagnola dei congedi rappresenta un modello virtuoso perché **rimuove alla radice le barriere** che spesso impediscono alle donne di rientrare nel mondo del lavoro dopo la nascita di un figlio. L'equiparazione a 16 settimane completamente retribuite per ciascun genitore, con **6 settimane obbligatorie per entrambi** subito dopo il parto, crea un forte **incentivo all'uso del congedo da parte dei padri** e normalizza la loro presenza nelle prime cure. Il diritto **individuale e non trasferibile** evita che il tempo venga spostato sulla madre e aumenta l'effettivo coinvolgimento maschile. Per le famiglie, **l'indennità piena rende sostenibile il congedo anche nei redditi medio-bassi**, consentendo alle madri di rientrare prima o di restare agganciate al mercato del lavoro, con effetti positivi su carriera e salari. Infine, la ripartizione più equilibrata del lavoro di cura avvia un **cambiamento culturale duraturo**, condizione necessaria per aumentare stabilmente la partecipazione femminile.

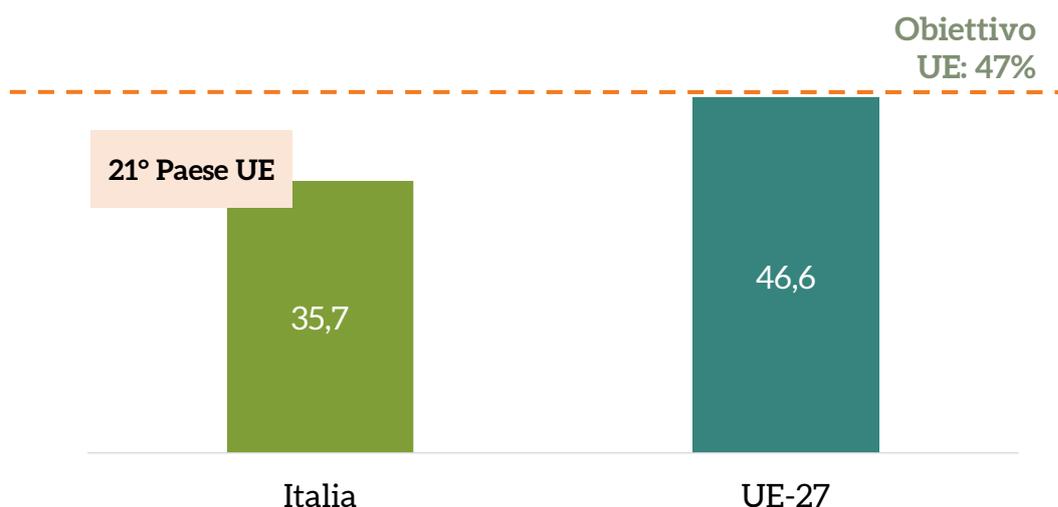
Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OECD, 2025.

Il confronto con i modelli europei mette in evidenza un aspetto cruciale: la valorizzazione del capitale umano non può esaurirsi nelle prime fasi del percorso educativo, ma deve accompagnare la persona lungo **l'intero arco della vita**. L'orientamento e il tutoraggio, per esempio, svolgono una funzione decisiva nel facilitare scelte formative e professionali consapevoli nelle età più giovani; tuttavia, in un mercato del lavoro caratterizzato da trasformazioni rapide e da competenze che diventano obsolete in tempi sempre più brevi, questa logica di **accompagnamento e supporto personalizzato** deve estendersi anche all'età adulta. È in questo contesto che entra in gioco la **formazione continua**, intesa come uno strumento indispensabile per garantire **l'aggiornamento costante delle competenze**, favorire la mobilità professionale e sostenere l'occupabilità lungo tutto il ciclo di vita lavorativa. Così come l'orientamento aiuta a ridurre la dispersione scolastica e il **mismatch** iniziale tra istruzione e lavoro, la **formazione continua** diventa la **leva decisiva** per ridurre il **mismatch in itinere**, consentendo a lavoratori e imprese di affrontare le sfide poste dalla digitalizzazione, dalla transizione ecologica e dai cambiamenti demografici.

Attualmente, l'Italia è **21ª in UE** per tasso di partecipazione ad **attività formative formali e non formali** della popolazione nella fascia tra 25 e 64 anni, con una quota pari al 35,7% rispetto al 46,6% della media europea. In questo senso, l'Italia è chiamata a superare un approccio centrato sulla formazione come risposta episodica alle crisi occupazionali a un modello strutturato di **lifelong learning**, in linea con le migliori pratiche europee. Solo così

sarà possibile trasformare la formazione continua da ambito marginale a **pilastro fondamentale** della valorizzazione del capitale umano.

Figura 2.31. Tasso di partecipazione ad attività formative formali e non formali (valori %, pop. 25-64 anni), 2022. (*) Attività formali: corsi di istruzione e formazione scolastici, universitari e simili che rilasciano un titolo di studio o una qualifica professionale. Attività non formali: attività che non rilasciano un titolo di studio o una qualifica professionale, ma sono comunque svolte in modo organizzato, con un orario, un luogo di svolgimento e un insegnante/tutor. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.



Focus: I modelli Europei di Lifelong Learning

È possibile individuare in Europa **tre esperienze di lifelong learning** – quella svedese, quella danese e quella finlandese – che rappresentano **modelli virtuosi di integrazione** tra politiche pubbliche, cultura formativa diffusa e strumenti concreti di sostegno alla partecipazione degli adulti alla formazione continua.

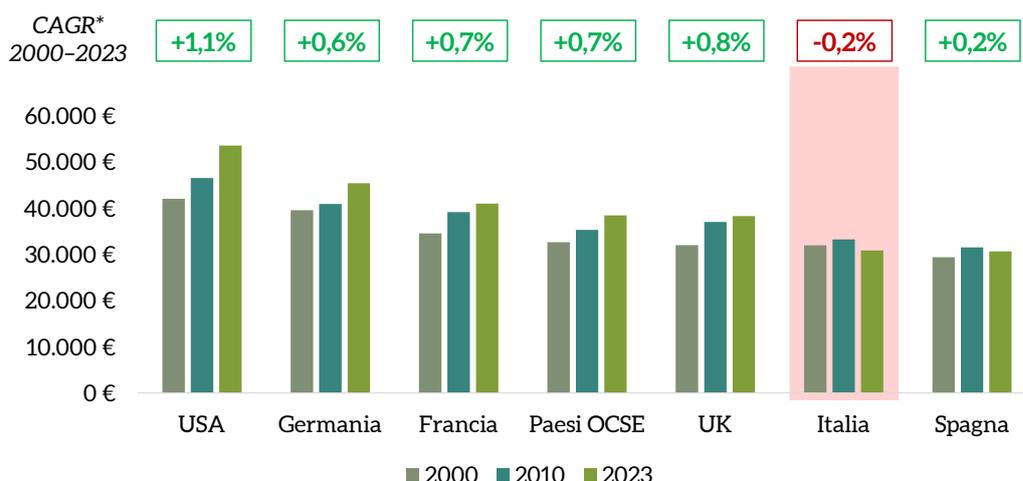
- In **Svezia**, il 64,2% degli adulti partecipa ad attività formative, il sistema si basa su una forte **integrazione tra lavoro e formazione**. Strumenti come i *learning accounts* individuali, finanziati anche dallo Stato, e una diffusa cultura della formazione, coltivata fin dalla scuola, hanno permesso di ottenere alti tassi di occupazione e bassa disoccupazione giovanile, favorendo al contempo l'adattamento ai cambiamenti tecnologici;
- la **Danimarca** si distingue per il **sistema VUC** (Centri per l'Educazione degli Adulti), che offre corsi di base e avanzati con percorsi altamente personalizzabili. Questo modello è sostenuto da robuste **politiche attive del lavoro**, che garantiscono agli individui la possibilità di riqualificarsi rapidamente, riducendo così il *mismatch* tra domanda e offerta di competenze e favorendo un'elevata mobilità professionale;
- la **Finlandia**, con il 59% di adulti impegnati nella formazione, adotta un modello decentralizzato, fondato su centri locali di educazione permanente e su un'offerta flessibile e modulare (spesso gratuita), che comprende corsi serali e online rivolti soprattutto ai lavoratori. Centrale è il ruolo della scuola nel diffondere la **cultura formativa**, insieme a un'attenzione particolare allo sviluppo di *soft skills* e competenze trasversali.

Fonte: elaborazione TEHA Group su fonti varie, 2025.

La **bassa competitività del mercato del lavoro italiano** è l'elemento alla base di questo circolo vizioso ed è uno dei principali fattori che impediscono lo sviluppo del capitale umano nel Paese. La cronicizzazione di questa condizione nel mercato del lavoro italiano è particolarmente evidente se si prende in esame l'**andamento dei salari medi** annuali negli

ultimi 25 anni. L'Italia, infatti, è l'**unico dei Paesi OCSE** in cui gli stipendi sono **diminuiti** dal 2000 (-0,2% annuo), a fronte di un aumento dello 0,7% della media OCSE.

Figura 2.32. Evoluzione del salario medio annuale in Italia e nei principali Paesi OCSE (Euro a prezzi costanti e CAGR*), 2000, 2010 e 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OCSE, 2025.



La questione salariale, inoltre, è particolarmente pressante per alcune specifiche fasce di lavoratori, tra questi anche chi ha un ruolo determinante nella formazione di capitale umano e nel complesso del sistema di *welfare*, come i **docenti** e i **professionisti sanitari**. Per quanto riguarda i docenti, in Italia la professione risulta poco attrattiva, sia per i **livelli retributivi** inferiori alla media europea, sia per la limitata valorizzazione sociale e professionale del ruolo ricoperto. La Figura 2.31 mostra come lo **stipendio medio** di un professore italiano, anche con **oltre 15 anni di esperienza**, si attesta intorno ai **31,7 mila Euro annui**, un valore che risulta non solo nettamente inferiore rispetto ai *benchmark* europei (Germania, Francia, Spagna), ma addirittura è più basso rispetto al salario di ingresso di un docente in questi Paesi. In altre parole, un professore italiano con quindici anni di carriera guadagna meno di un collega europeo appena assunto. Gli stipendi effettivi degli insegnanti della scuola primaria, inoltre, sono inferiori del 33% rispetto agli altri lavoratori laureati (nella media a livello OCSE la differenza è di -17%).

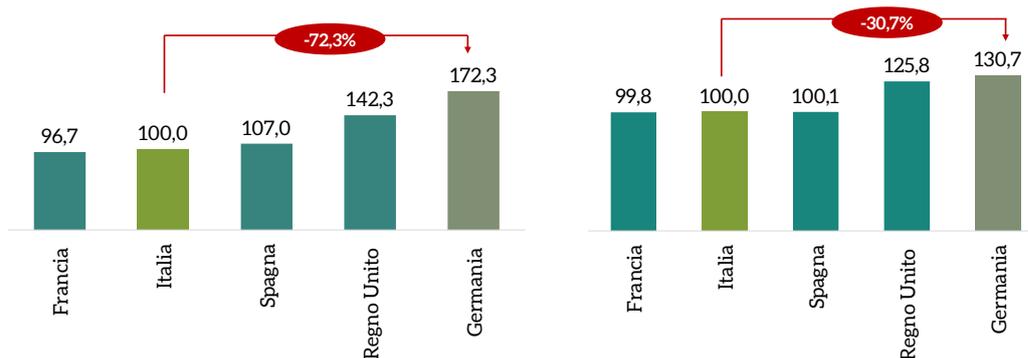
Figura 2.33. Stipendio annuale di un professore in Italia e nei Paesi benchmark, per livello di esperienza professionale (migliaia di Euro, a parità di potere d'acquisto), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025 (*) Francia, Germania e Spagna.



Questa condizione non è priva di conseguenze: stipendi poco competitivi limitano la capacità di attrarre giovani qualificati verso l'insegnamento, incidono sulla motivazione e sulla continuità della carriera, e rischiano di alimentare un circolo vizioso in cui la **ridotta valorizzazione della professione** si traduce in **minore qualità formativa**. Di fatto, l'Italia non solo perde capitale umano già formato con l'emigrazione dei laureati, ma fatica anche a investire adeguatamente in **coloro che dovrebbero formare le generazioni future**.

Anche il mercato del lavoro delle **professioni sanitarie** affronta problemi simili, con **salari inferiori rispetto ai peer europei**. Un infermiere con meno di cinque anni di esperienza in Italia guadagna annualmente a parità di potere d'acquisto il **30,7%** in meno di un infermiere in **Germania** e il **25,8%** in meno di un infermiere nel **Regno Unito**. Un discorso simile può essere fatto anche per i medici, i cui salari a parità di potere d'acquisto sono del **72,3% inferiori rispetto ai colleghi tedeschi**. La **scarsità di medici e infermieri** sta iniziando a diventare un **problema strutturale** per il **sistema sanitario pubblico**: in Italia, infatti, secondo gli ultimi dati disponibili, vi sono **4,2 medici specialisti ogni 1.000 abitanti**, un valore inferiore rispetto a Spagna e Germania (4,5 per 1.000 abitanti), ma superiore a Francia e Regno Unito (3,2 per 1.000 abitanti); il numero di infermieri, invece, pari a **6,5 ogni 1.000 abitanti**, risulta nettamente inferiore rispetto al dato tedesco (12,0) e francese (8,8)²¹.

Figura 2.34. A sinistra, Retribuzione dei medici specialisti a parità di potere d'acquisto in termini relativi (Italia=100), 2022 o ultimo anno disponibile; a destra, Retribuzione degli infermieri a parità di potere d'acquisto in termini relativi (Italia=100), 2022 o ultimo anno disponibile. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati «Rapporto Meridiano Sanità 2024», 2025.



²¹ Fonte: TEHA Group, Meridiano Sanità - Rapporto 2024 su dati Istat, OCSE e Office For National Statistic, 2024.

3

LA PREVENZIONE E LA COMPLEMENTARITÀ PER ABILITARE IL *WELFARE* DEL FUTURO

Il Capitolo 3 approfondisce il ruolo di **due pilastri fondamentali** per la sostenibilità del *welfare*: la **prevenzione** e la **complementarità tra settore pubblico e privato**. Nello specifico, nella prima parte del Capitolo viene analizzato il ruolo della **prevenzione** come **leva strategica** per rafforzare la tenuta complessiva del sistema di *welfare*, evidenziando come investimenti mirati e strutturali in questo ambito generino benefici sia economici sia sociali. Inoltre, il Capitolo illustra l'evoluzione dei principali fattori di rischio per la salute in Italia, i livelli di diffusione del paradigma della prevenzione all'interno del Paese e alcuni casi esteri di riferimento. La seconda parte è dedicata alla **complementarità tra settore pubblico e privato**, intesa come elemento chiave per ampliare l'accesso, migliorare l'efficienza e garantire l'equità dei servizi di *welfare*. In particolare, nel corso del Capitolo vengono esaminati i *trend* relativi alla spesa privata sanitaria e previdenziale, il ruolo crescente dei fondi integrativi e del *welfare* aziendale, nonché esperienze internazionali di partenariato pubblico-privato nei settori sanitario, previdenziale e dei servizi per l'infanzia.

Infine, il Capitolo approfondisce le **opportunità derivanti da prevenzione e complementarità**, sottolineando come queste due dimensioni, se sostenute da politiche strutturali e investimenti continuativi, possano contribuire in modo decisivo alla costruzione di un *welfare* più inclusivo, efficiente e sostenibile nel lungo periodo.

3.1

LA PREVENZIONE COME LEVA STRATEGICA PER SOSTENERE IL *WELFARE* DEL FUTURO

All'interno dell'attuale contesto socioeconomico, caratterizzato dall'invecchiamento demografico, dall'aumento delle malattie croniche e dall'acuirsi delle disuguaglianze sociali, la **prevenzione** si configura come una delle **leve strategiche più incisive per garantire la sostenibilità del sistema di *welfare***. Nell'ambito della prevenzione, infatti, non rientra solo la **promozione di stili di vita sani** o il potenziamento delle campagne di **screening** ma, in generale, l'adozione di una visione più ampia che consideri anche le **determinanti sociali della salute**: il livello di istruzione, le condizioni lavorative, l'accesso alle reti di sostegno e la qualità dell'ambiente in cui si vive. In quest'ottica, **prevenzione sanitaria e prevenzione sociale** non devono essere considerati come ambiti separati, bensì come **due componenti strettamente intrecciate**, entrambe orientate a ridurre i fattori di rischio che generano le fragilità individuali e collettive.

3.1.1

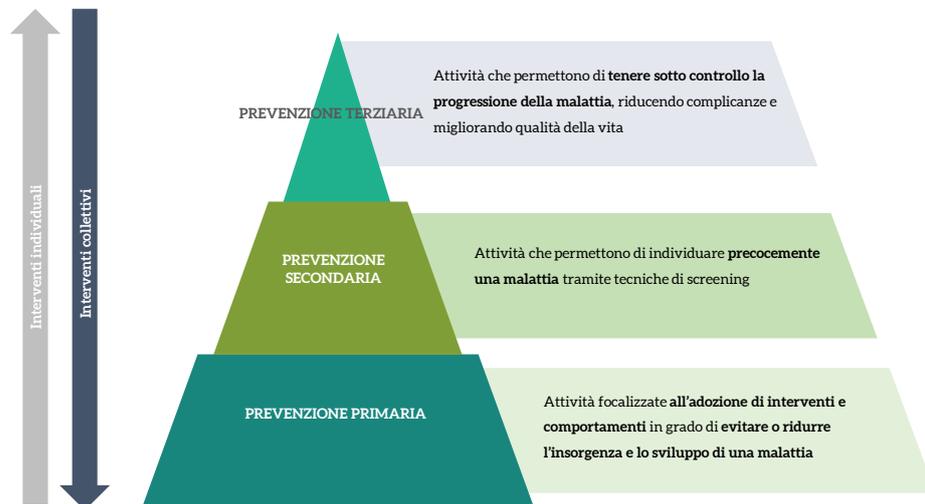
IL RUOLO E LA DIFFUSIONE DELLA PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO IN ITALIA

La letteratura e i dati disponibili evidenziano come **investire nella prevenzione** produca benefici concreti sia sul **piano economico** sia su quello **sociale**. Infatti, ogni intervento che riduce l'incidenza di malattie croniche limita i ricoveri ospedalieri non necessari determinando un **risparmio per il sistema pubblico**, il quale non deve farsi carico di interventi correttivi tardivi e onerosi e può destinare così maggiori risorse a innovazione, nuove terapie e servizi personalizzati. Tuttavia, il **valore della prevenzione** va oltre la mera **dimensione finanziaria**: essa, infatti, rafforza la **coesione sociale**, riduce le disuguaglianze e promuove condizioni di vita più eque, alimentando fiducia nelle istituzioni e maggiore partecipazione collettiva. Per queste ragioni, la prevenzione non deve essere vista come una spesa, bensì come **un investimento strategico di lungo periodo**, capace di generare ritorni in termini di salute, produttività, benessere diffuso e sostenibilità complessiva del *welfare*.

Con riferimento all'ambito sanitario, la **prevenzione** può essere definita come l'insieme delle attività, individuali e collettive, finalizzate a ridurre l'insorgenza, la diffusione e le conseguenze delle malattie, attraverso interventi che operano in momenti diversi del percorso di salute. Essa comprende:

- la **prevenzione primaria**, orientata a evitare o ritardare l'insorgenza delle patologie tramite comportamenti e interventi che riducono i fattori di rischio (es. vaccinazioni, promozione di stili di vita sani);
- la **prevenzione secondaria**, che mira a individuare precocemente le malattie tramite **screening** e diagnosi tempestive, limitando la gravità degli esiti e aumentando le probabilità di guarigione;
- la **prevenzione terziaria**, volta a contenere la progressione della malattia già in atto, riducendo complicanze, disabilità e migliorando la qualità della vita.

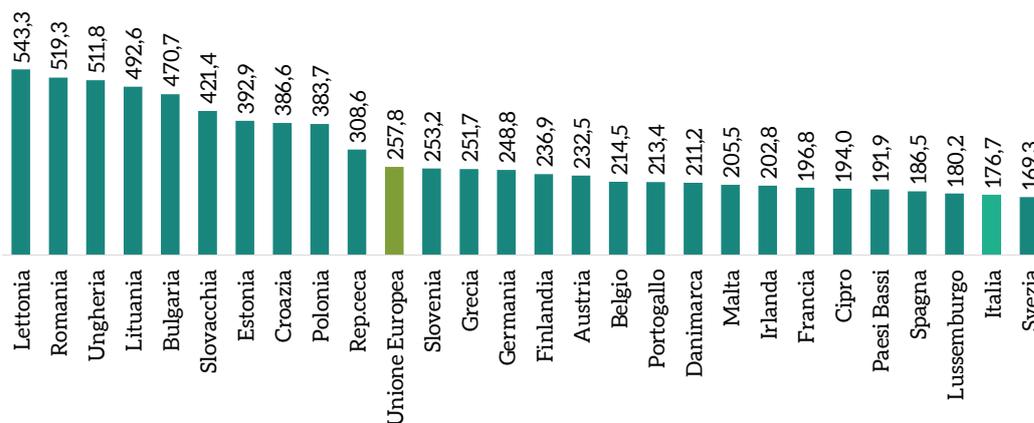
Figura 3.1. La struttura della prevenzione. Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.



Prima di affrontare gli aspetti puramente economici della prevenzione, illustrando le risorse pubbliche che effettivamente il sistema-Paese investe e la spesa privata sostenuta dai cittadini, è utile analizzare la diffusione in Italia di alcuni fattori di rischio per la salute. Tali comportamenti e condizioni, infatti, spesso legati a stili di vita poco salutari, non solo compromettono la qualità della vita individuale, ma gravano pesantemente sul sistema sanitario, con conseguenti aumenti dei costi per la cura delle malattie prevenibili.

Secondo una stima dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l'impatto finanziario globale previsto delle malattie non trasmissibili tra il 2010 e il 2030 ammonterà a circa 47 trilioni di Dollari²². Inoltre, sempre secondo uno studio dell'OMS, ogni anno, 17 milioni di persone a livello globale muoiono prima dei 70 anni a causa di malattie non trasmissibili. In particolare, occorre osservare come a livello europeo, nel 2022, sono stati registrati circa 1,1 milioni di decessi evitabili tra persone di età inferiore ai 75 anni. Di questi, circa 725 mila (pari al 65,2% del totale e 168,1 per 100.000 abitanti) erano prevenibili attraverso interventi di salute pubblica efficaci, mentre circa 386 mila (pari al 34,8% del totale e 89,7 per 100.000 abitanti) erano trattabili con cure sanitarie tempestive e di alta qualità. Nel 2022, l'Italia ha registrato un tasso di mortalità standardizzato per malattie evitabili tra le persone di età inferiore ai 75 anni pari a 176,7 decessi per 100.000 abitanti collocandosi al penultimo posto tra i Paesi europei prima della Svezia (169,3). Complessivamente, secondo i dati del Global Burden of Disease in Italia si verificano oltre 200.000 decessi riconducibili ai fattori di rischio comportamentali²³.

Figura 3.2. Decessi evitabili nei paesi dell'Unione Europea (valori per 100.00 abitanti) Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



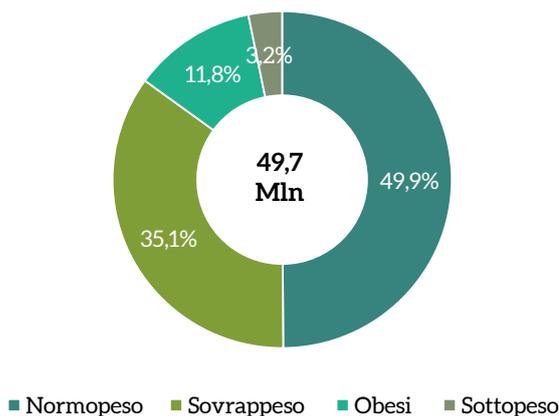
²² World Health Organization - Saving lives, spending less: the case for investing in noncommunicable disease, Settembre 2025.

²³ Osservatorio Sanità UniSalute, Report 2023-2024.

In questo contesto, la **prevenzione** può giocare un ruolo cruciale: infatti, attraverso un’ampia azione di educazione sanitaria e di promozione di stili di vita salutari, essa può agire sui **fattori di rischio** prima che le malattie si manifestino rappresentando, dunque, uno degli strumenti più efficaci per **migliorare la salute pubblica e ridurre la mortalità precoce**.

Con riferimento ai fattori di rischio diffusi, nel 2024 la quota di **individui di 18 anni e più in sovrappeso** in Italia rappresenta il **35,1%** del totale; considerando anche le **persone obese** (pari all’11,8%) si raggiunge circa il **47% del totale**, per un valore assoluto di **23,3 milioni di persone**²⁴. Complessivamente, nell’ultimo decennio, gli individui di 18 anni e più con un **indice di massa corporea compresa tra “sovrappeso” e “obesi”** risultano in **crescita del 2,7%** passando dai 22,7 milioni del 2014 ai 23,3 milioni del 2024.

Figura 3.3. Indice di massa corporea degli individui dai 18 anni in più (valori assoluti e quota percentuale sul totale), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.



Un ulteriore campanello di allarme tra i fattori di rischio è quello riguardante **individui di 11 anni e più che consumano alcolici fuori dai pasti**, il cui numero, nell’ultimo decennio, risulta in crescita del **18,3%** passando dai 14,6 milioni del 2014 ai 17,3 milioni del 2023.

La rilevanza dei **fattori di rischio** evidenzia la necessità di **politiche di prevenzione efficaci**. Il **fumo**, ad esempio, rappresenta il principale fattore di rischio evitabile per la salute. Analogamente, l’eccesso di peso è associato a un incremento del rischio di malattie croniche come diabete, ipertensione e malattie cardiovascolari, così come il consumo eccessivo di alcol rappresenta il principale fattore di rischio di mortalità prematura e disabilità. In sintesi, investire nella **prevenzione primaria**, per esempio attraverso **campagne di sensibilizzazione ad hoc** e forme di educazione sanitaria è fondamentale per **ridurre l’incidenza di questi fattori di rischio**.

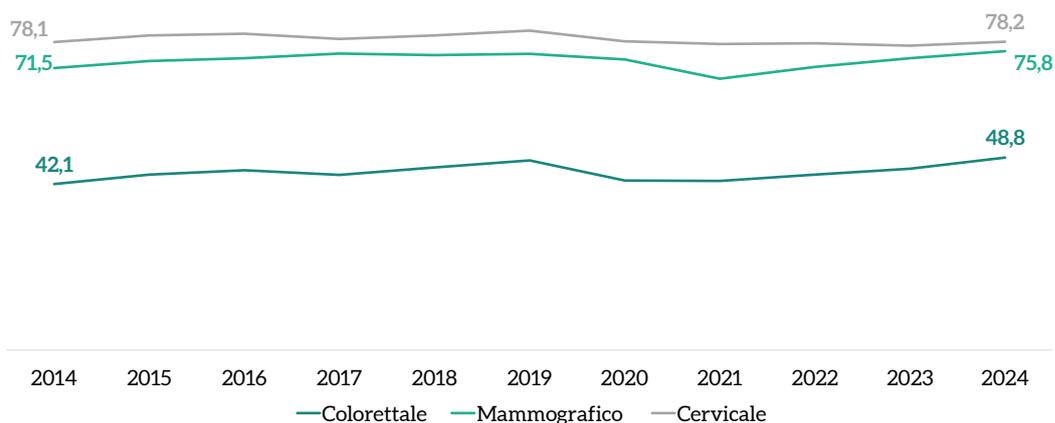
Accanto a questa componente, è essenziale implementare **strategie di prevenzione secondaria**, il cui obiettivo è **identificare precocemente le malattie** attraverso lo svolgimento di **screening regolari** e interventi mirati. A tal proposito, come emerge dai dati forniti dal sistema Passi²⁵, i **tassi di adesione ai programmi di screening** (colorettale, mammografico e cervicale) in Italia risultano in crescita nell’ultimo decennio (soprattutto

²⁴ L’indice di Massa Corporea (IMC) è una misura utilizzata per valutare il peso di una persona in relazione alla sua altezza. Secondo gli standard internazionali, inclusi quelli utilizzati dall’ISTAT, i valori di riferimento per le diverse categorie di peso sono i seguenti: sottopeso per un IMC inferiore a 18,5, normopeso per un IMC tra 18,5 e 24,9, sovrappeso per un IMC tra 25 e 29,9, e obesità, suddivisa in tre classi: obesità di classe 1 (moderata) con un IMC tra 30 e 34,9, obesità di classe 2 (grave) con un IMC tra 35 e 39,9, e obesità di classe 3 (molto grave o “obesità patologica”) con un IMC pari o superiore a 40.

²⁵ PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è un sistema di sorveglianza coordinato dall’Istituto Superiore di Sanità (ISS) che indaga in modo continuato aspetti relativi allo stato di salute (salute percepita, prevalenza di fattori di rischio cardiovascolare e di sintomi di depressione), alle abitudini di vita (alimentazione, attività fisica, fumo, alcol), all’offerta e all’utilizzo dei programmi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazione contro rosolia e influenza) e alla sicurezza stradale e domestica.

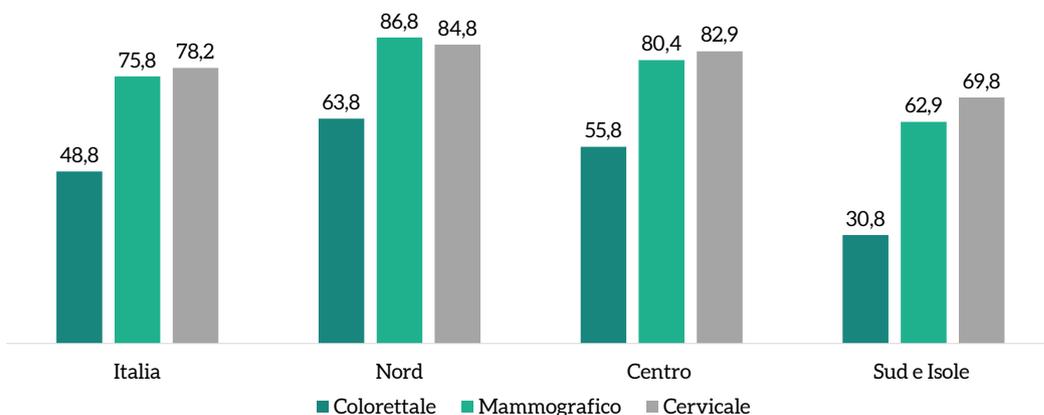
per gli ambiti coloretale e mammografico) evidenziando una **maggiore consapevolezza della popolazione verso la prevenzione secondaria** e l'efficacia delle campagne informative sin ora condotte.

Figura 3.4. Tassi di adesione in Italia per screening coloretale, mammografico e cervicale (valori percentuali), 2014-2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Osservatorio Nazionale Screening, 2025.



Tuttavia, analizzando i dati relativi al **tasso di adesione agli screening** è possibile osservare notevoli **divergenze territoriali**. In particolare, il **Nord** registra i **tassi di adesione più alti**, il **Centro** livelli intermedi mentre **Sud e Isole** le percentuali più basse. La criticità maggiore riguarda lo screening **coloretale**, con una distanza di circa **33 punti** tra Nord (63,8%) e Sud e Isole (30,8%); differenze consistenti emergono anche per **mammografico** (circa 24 punti) e **cervicale** (circa 15 punti). Il sistema dunque, attualmente, non garantisce la medesima azione di prevenzione in tutte le macroaree del Paese. Le differenze Nord-Centro-Sud nei tassi di adesione evidenziano dunque le differenze nella capacità di **garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**: dove l'organizzazione degli screening risulta più solida (inviti attivi da parte delle ASL, **recall** efficaci, canali più facili di accesso per i pazienti, coinvolgimento di Medici di Medicina Generale/farmacie) il tasso di partecipazione è più alto; invece, dove tali leve mancano - spesso nel Mezzogiorno del Paese - l'adesione si riduce, con maggior rischio di diagnosi tardive e costi futuri più alti.

Figura 3.5. Tassi di adesione per screening coloretale, mammografico e cervicale nelle macroaree del Paese (valori percentuali), 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Osservatorio Nazionale Screening, 2025.

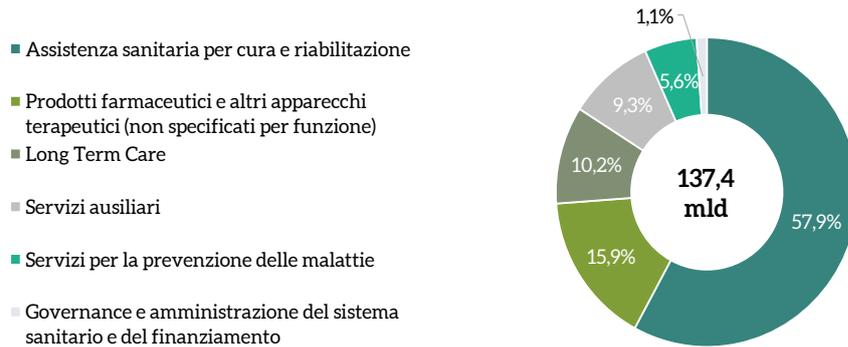


Tra i **motivi** che inducono gli italiani a **non effettuare uno o più esami di prevenzione** è possibile elencare, dall'Osservatorio Sanità UniSalute 2023-2024, i seguenti: il **29%** dichiara di fare visite ed esami solo quando sta poco bene, il **25%** dichiara di **non averne bisogno**, il **23%** dichiara che i tempi di attesa sono troppo lunghi, per il **22%** nessuno gli ha **consigliato di fare questi esami**, infine, il **19%** imputa agli **eccessivi costi** la mancata adesione agli esami di prevenzione.

Nonostante l'importanza strategica rivestita dalla componente della **prevenzione**, SSN destina alla **prevenzione delle malattie** una **quota limitata delle proprie risorse**: nel 2024 su **137,4 miliardi di Euro di spesa sanitaria pubblica**, solo **7,7 miliardi di Euro** (ovvero il

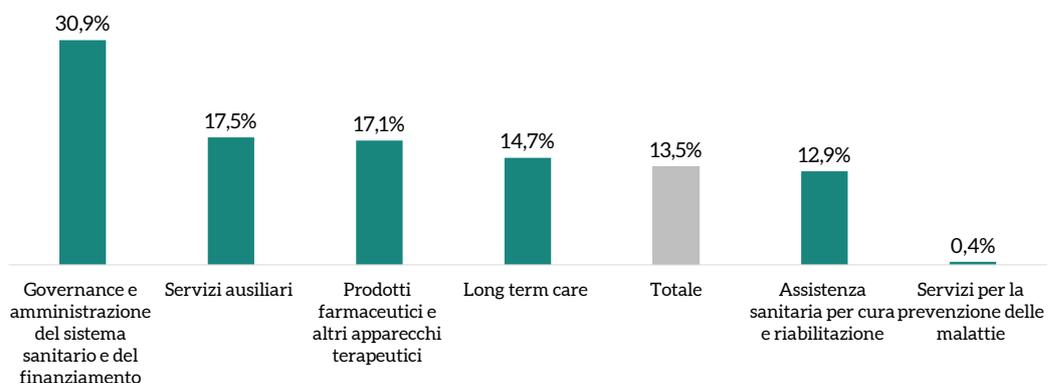
5,6% del totale della spesa sanitaria) è allocato sulla componente della **prevenzione delle malattie**.

Figura 3.6. Spesa pubblica in sanità suddivisa per componenti (valori in miliardi di euro e quota percentuale sul totale), 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.



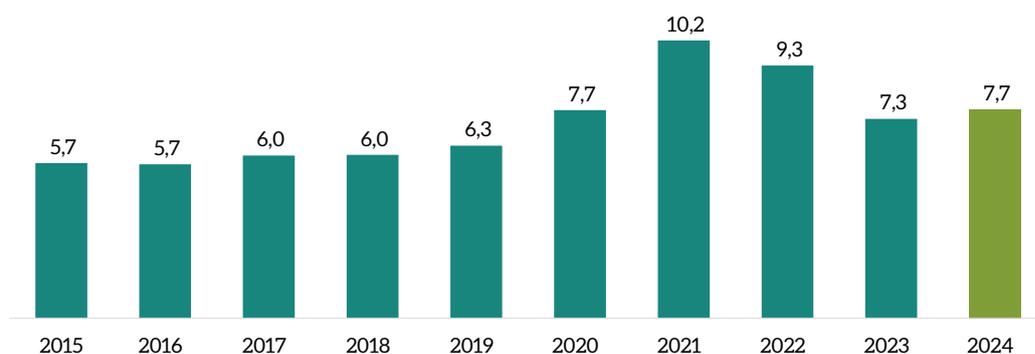
Dall'analisi comparata relativa alle **diverse componenti** della spesa sanitaria pubblica è possibile osservare come, nell'ultimo quinquennio, la **spesa in prevenzione** è rimasta **sostanzialmente stabile** rispetto alle altre voci di spesa registrando una variazione del solo 0,4%. Le altre voci di spesa, invece, registrano i seguenti incrementi percentuali: *governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento* (+30,9%), *servizi ausiliari* (+17,5%), *prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici* (+17,1%), *Long-term care* (+14,7%), *assistenza sanitaria per cura e riabilitazione* (+12,9%).

Figura 3.7. Analisi comparata delle diverse componenti della spesa sanitaria pubblica (variazione percentuale) 2015 - 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



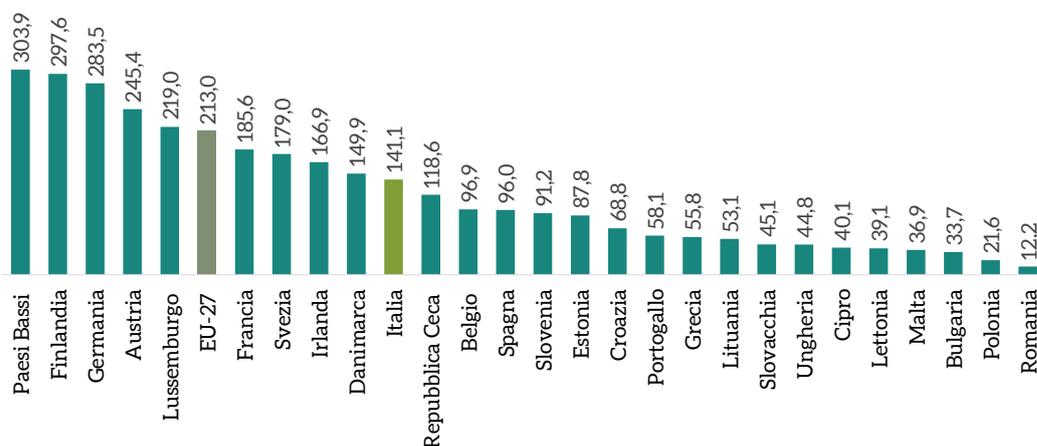
L'andamento della spesa italiana in prevenzione riflette una **forte discontinuità**, legata soprattutto a **fattori emergenziali** e a scelte di allocazione delle risorse. Fino al 2019 gli investimenti in spesa sanitaria si sono mantenuti relativamente stabili e contenuti, risentendo delle **politiche di contenimento della spesa pubblica** e di un **sottofinanziamento cronico** che ha penalizzato in particolare le funzioni di prevenzione. A partire dal 2020, con l'insorgere della pandemia da COVID-19, si è registrato un incremento significativo: le risorse straordinarie destinate a campagne vaccinali, *screening* di massa, *test* diagnostici e più in generale al rafforzamento della sanità pubblica hanno determinato tra il 2020 e il 2022 un incremento rilevante della spesa in questo settore. Tuttavia, a partire dal 2023, con l'esaurirsi delle misure emergenziali e la necessità di rientrare nei vincoli di bilancio, la spesa per la prevenzione ha subito una netta riduzione in valori assoluti tornando, nel 2024, ai livelli del 2020 (pari, in valori assoluti, a **7,7 miliardi di Euro**). Tale andamento evidenzia come la prevenzione in Italia tenda a essere **finanziata in maniera discontinua**: cresce in modo marcato in risposta a crisi sanitarie, ma fatica a consolidarsi come **investimento strutturale e stabile**, nonostante i suoi riconosciuti benefici in termini di sostenibilità del sistema di *welfare*.

Figura 3.8. Andamento in valori assoluti della spesa sanitaria in prevenzione in Italia (miliardi di Euro), 2015-2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



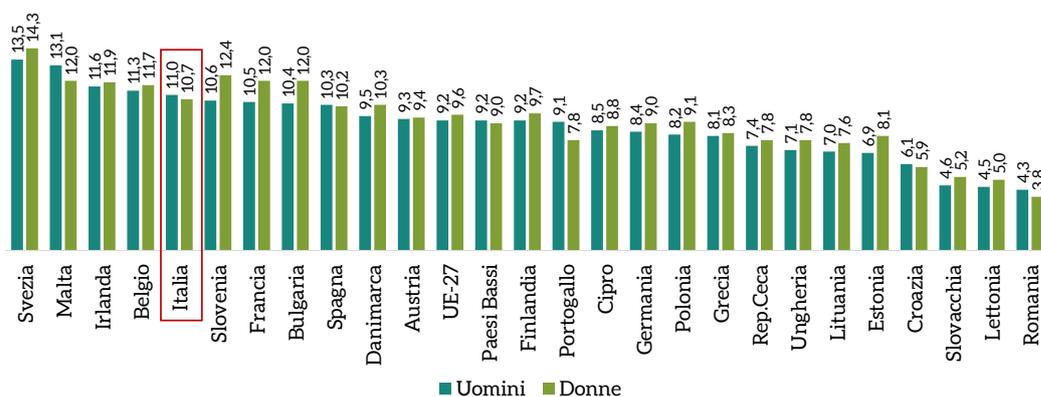
Confrontando la **spesa sanitaria pubblica in prevenzione** in valori assoluti con i Paesi Big-4 europei, è possibile osservare come l'Italia, nel 2023, si collochi al **secondo posto** dopo la Germania, che destina alla spesa sanitaria in prevenzione **22,2 miliardi di Euro** (circa il **triplo delle risorse italiane**). Francia e Spagna, invece, registrano dei valori in termini assoluti **inferiori rispetto alla media italiana**, pari rispettivamente a 5,5 miliardi e 3,7 miliardi di Euro. Considerando la **spesa pro capite in prevenzione**, nel 2023 l'Italia registra un **posizionamento intermedio**: si colloca nella Top-10 dei Paesi EU-27 con un valore **pari a 141,1 Euro**, inferiore del **33,7%** rispetto alla media europea (pari a 213,0 Euro).

Figura 3.9. Spesa sanitaria in prevenzione pro - capite nei Paesi europei (Euro pro capite), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



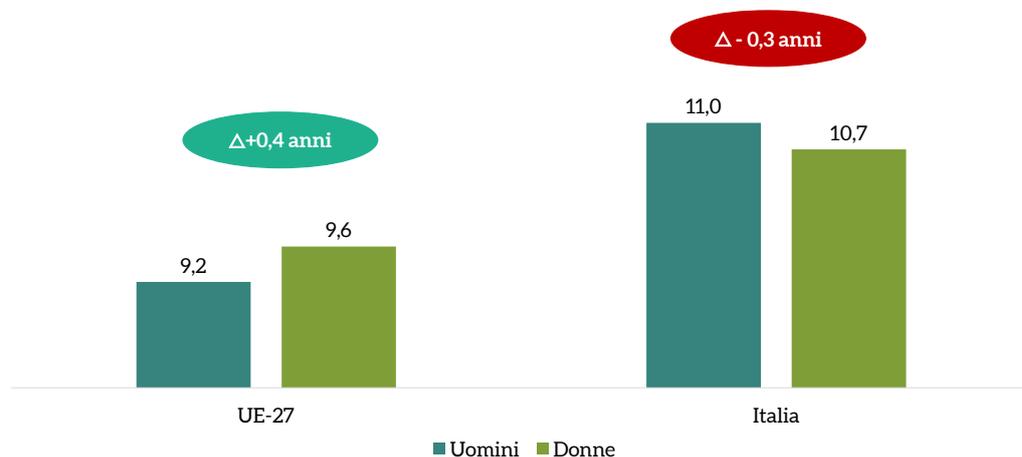
Come esposto all'inizio del paragrafo, in Italia, **alcuni fattori di rischio per la salute**, quali ad esempio il fumo, il consumo di alcol e l'eccesso di peso, risultano in crescita. Tuttavia, nonostante gli incrementi evidenziati, possono essere individuati alcuni **segnali parzialmente positivi** che emergono dalle **politiche preventive** in atto nel Paese. Più nello specifico, un indicatore importante in questo senso è rappresentato dagli **anni vissuti in buona salute a partire dai 65 anni**, indicatore che riflette l'efficacia delle misure di prevenzione sanitaria e sociale implementate nel corso degli anni. A tal riguardo, nel 2023 l'Italia con riferimento all'**aspettativa di anni in buona salute dai 65 anni in avanti** si colloca al **quinto posto tra i Paesi dell'Unione Europea**, con un valore medio pari a **10,7 anni per le donne e 11 anni per gli uomini**, valori superiori rispetto alla media europea (9,2 anni per gli uomini e 9,6 per le donne). Inoltre, nell'ultimo decennio, gli anni vissuti in buona salute a partire dai 65 anni sono cresciuti passando dai **7,6 anni** del 2014 ai **10,8 anni** del 2023 registrando un incremento complessivo di **3,2 anni**.

Figura 3.10. Anni in buona salute a partire dai 65 anni. (anni), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



I **dati disaggregati per genere** rivelano, tuttavia, una **disparità rilevante**: le **donne italiane** vivono un **numero inferiore di anni in buona salute rispetto agli uomini italiani** e alle **donne di altri Paesi europei**. Infatti, mentre la media europea segnala un differenziale positivo di **+0,4 anni** per le donne, in Italia si osserva un **delta negativo tra uomini e donne di pari a -0,3 anni**. Tali risultati indicano come, sebbene vi sia stato un miglioramento complessivo, persistono ancora delle **disuguaglianze di genere** che richiedono l'adozione di politiche mirate, finalizzate a promuovere un miglioramento più equo della qualità della vita tra gli anziani, con particolare attenzione alle necessità delle donne anziane.

Figura 3.11. Anni in buona salute a partire dai 65 anni. in Unione Europea e in Italia tra uomini e donne (anni), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



Questo *trend* può essere spiegato da una **combinazione di fattori socioeconomici e sanitari**. Tra questi si segnala la **maggiore incidenza di patologie croniche** tra le donne (35%) rispetto agli uomini (20%) e i **fattori socioeconomici** secondo cui le donne over 65 tendono ad aver **redditi più bassi** degli uomini e a **vivere più spesso da sole** (anche per una più alta probabilità di rimanere vedove). A ciò si aggiunge il fatto che spesso le donne hanno sostenuto, per gran parte della vita e anche in età avanzata, un consistente **carico di lavori di cura**. Si osservano, inoltre, differenze negli stili di vita: le donne italiane over 65 tendono ad avere uno stile di vita **più sedentario rispetto** agli uomini. Ne è prova il fatto che il **72,8%** delle **donne over 75** è sedentario rispetto al **54,7%** degli **uomini** (in un contesto di sedentarietà già più alto della media UE).

Nel corso dell'ultimo decennio gli **anni vissuti in buona salute a partire dai 65 anni** sono aumentati di **3,2 anni**, passando dai **7,6 anni** del 2014 ai **10,8** del 2023. Pur rappresentando un'evidenza importante occorre osservare, tuttavia, come nel medesimo periodo **gli anni complessivi di vita** hanno registrato un incremento maggiore pari a **6,7 anni**. Questo dato sottolinea come, sebbene le **politiche di prevenzione** abbiano contribuito positivamente a migliorare la **qualità della vita nelle fasi più avanzate**, l'allungamento della vita totale non si stia traducendo in un **miglioramento** altrettanto significativo della **salute**. Di conseguenza, risulta fondamentale rafforzare gli **investimenti in prevenzione**, al fine di

garantire che i benefici della maggiore longevità siano accompagnati da una **vita sana e attiva**, in particolare nelle età più avanzate.

La prospettiva dell'esperto

“La sfida principale per il futuro del welfare riguarda la previdenza e la sanità, in particolare in relazione all'invecchiamento della popolazione: non basta vivere a lungo, è fondamentale farlo in buona salute e con redditi adeguati. Occorre promuovere l'educazione finanziaria e previdenziale, affinché sin da giovani si acquisisca una cultura del risparmio. I contratti nazionali hanno fissato un welfare che negli anni è stato vincente, ma oggi bisogna fare un salto di qualità: bisogna pensare anche a chi non ha un contratto nazionale, a chi ha carriere discontinue e non ha diritto a nulla.”

Anna Maria Selvaggio
Direttore Generale Fondo Fon.Te.

3.1.2

I CASI BENCHMARK INTERNAZIONALI DI RIFERIMENTO PER LA PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO

Il **ruolo della prevenzione** nel *welfare* del futuro può essere ulteriormente approfondito prendendo in considerazione alcuni esempi virtuosi che già hanno portato **risultati tangibili** o indicato una **direzione innovativa** che può essere seguita anche dall'Italia.

In tal senso, vi sono diverse *best practice* a livello europeo, indirizzate soprattutto al contrasto della cosiddetta *vaccine hesitancy*²⁶. In Germania, ad esempio, il **percorso di prevenzione per gli adolescenti** (12-14 anni) prevede una **visita gratuita** presso il pediatra o il medico di famiglia, durante la quale la verifica di salute generale e sviluppo puberale è integrata da una **raccomandazione strutturata alla vaccinazione anti-HPV**. Pur registrando un'adesione complessiva ancora **sub-ottimale** (~50%), il programma registra un impatto importante: tra i partecipanti, infatti, la **probabilità di vaccinazione tra i dodicenni è 6,9 volte superiore** rispetto a chi non fa la visita e rimane **1,4 volte più alta** tra i sedicenni.

Sempre in tema di vaccinazione, è possibile citare l'**esperienza finlandese**, dove tra il 2020 e il 2022, sono stati allestiti **punti vaccinali temporanei** all'interno di **grandi centri commerciali** (ad es. a Espoo e Tampere) per l'immunizzazione contro influenza e COVID-19, rivolti alla popolazione generale. La scelta di luoghi centrali, ben collegati dai mezzi pubblici e inseriti nella routine quotidiana dei cittadini ha abbattuto barriere logistiche e psicologiche, favorendo l'accesso senza appuntamento e riducendo l'ansia associata ai contesti ospedalieri. L'elevata densità di visitatori ha consentito di vaccinare rapidamente **ampi volumi di persone**, alleggerendo la **pressione sugli ambulatori territoriali**. Il buon esito dell'iniziativa ha indotto le autorità a considerare stabilmente i centri commerciali come infrastrutture utili per future campagne vaccinali, inclusi i richiami stagionali

Un ulteriore esempio è quello rappresentato dall'approccio all'**invecchiamento attivo adottato in Svezia**, che mira a sfruttare l'inclusione sociale e lavorativa degli *over 60* come leva per garantire attività mentale, stabilità economica e riconoscimento sociale; questi elementi insieme favoriscono un migliore invecchiamento e svolgono **intrinsecamente una funzione di prevenzione** o, nel caso della stabilità economica, di facilitazione della stessa. In particolare, la Svezia ha implementato **politiche** mirate a promuovere la

²⁶ Per “*vaccine hesitancy*” si intende un comportamento di ritardo, esitazione o rifiuto parziale/temporaneo di vaccinazioni raccomandate, distinto dall'anti-vaccinismo ideologico.

partecipazione lavorativa delle persone tra i 55 e i 64 anni, con l'obiettivo di favorire un invecchiamento sano e produttivo. Le politiche svedesi enfatizzano l'inclusione sociale e la flessibilità lavorativa, riconoscendo il valore dell'esperienza dei lavoratori anziani. Nel 2018, il governo svedese ha avviato la "*Delegation for Senior Labour*", raccogliendo dati empirici per sensibilizzare i luoghi di lavoro sull'importanza del contributo dei lavoratori anziani. Il governo ha anche esteso le **tutele occupazionali** fino a 69 anni, introdotto **sgravi fiscali** per i lavoratori *over 67* e adattato il sistema pensionistico all'aspettativa di vita, consentendo il pensionamento anticipato: il **target di età pensionabile** viene infatti ricalcolato ogni sei anni in funzione dell'aspettativa di vita (attualmente 67 anni) e l'uscita anticipata è consentita tre anni prima del *target*, sono previsti, inoltre, sgravi fiscali per gli *over 67* che continuano a lavorare.

3.2

I MODELLI DI COMPLEMENTARITÀ PER LA SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA DI WELFARE

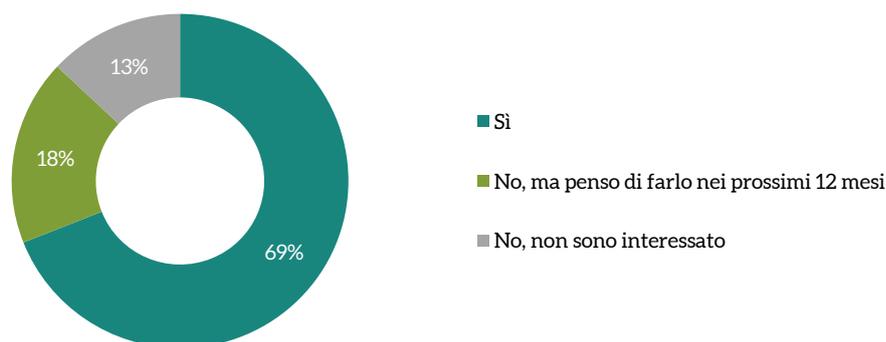
All'interno del sistema di *welfare* nazionale, oltre alla prevenzione, un ruolo chiave è svolto anche dalla **complementarità tra pubblico e privato**. In un sistema come quello italiano, chiamato a gestire **sfide sociodemografiche** e **vincoli di finanza pubblica**, l'**integrazione tra pubblico e privato** può rivelarsi una **leva decisiva** per rispondere a esigenze specifiche e urgenti che il solo settore pubblico non sempre è in grado di soddisfare in modo tempestivo ed efficiente. Occorre dunque portare avanti una visione della relazione pubblico-privato come di una **sinergia** che arricchisce l'intero sistema di *welfare*. Infatti, sebbene il settore pubblico abbia il compito fondamentale di **garantire i diritti universali e l'accesso equo ai servizi per tutti i cittadini**, l'intervento del privato può portare una maggiore flessibilità nell'erogazione dei servizi, un'innovazione nelle modalità di prestazione e una risposta più rapida alle crescenti necessità della popolazione.

3.2.1

IL RUOLO E LA DIFFUSIONE DELLA COMPLEMENTARITÀ IN ITALIA

Come emerge dal Rapporto "*Osservatorio Sanità UniSalute 2023-2024*", il **ricorso alla sanità privata** tra i cittadini per accedere alle cure e ai servizi è sempre più diffuso: **circa il 70% dei cittadini italiani** dichiara di essersi rivolto alla sanità privata, il 18% non ancora ma ha intenzione di farlo nei prossimi 12 mesi, mentre **solo il 13%** dichiara di non essere interessato all'argomento.

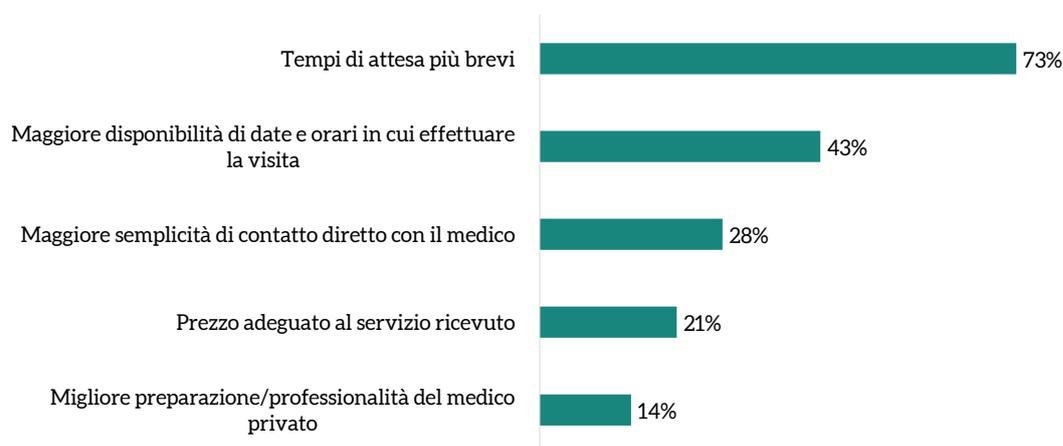
Figura 3.12. Risposte alla domanda "Per avere accesso a tutte le cure e servizi sanitari di cui ha bisogno, nell'ultimo anno le è capitato di rivolgersi alla sanità privata?" (percentuale di italiani), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Osservatorio Sanità UniSalute 2023 - 2024, 2025.



Nel sistema italiano, il **ricorso alla spesa privata in sanità** - prevalentemente nella modalità **out-of-pocket (OOP)**, con una quota minore intermediata tramite fondi sanitari e assicurazioni - rappresenta il canale attraverso cui i cittadini ricercano **tempi d'attesa più brevi**. Analizzando le motivazioni, infatti, il ricorso alla sanità privata tra i cittadini è guidato principalmente dall'esigenza di **ridurre i tempi di attesa (73%)**, cui seguono la **maggiore disponibilità di date e orari (43%)** e **processi di prenotazione più semplici**. Tali

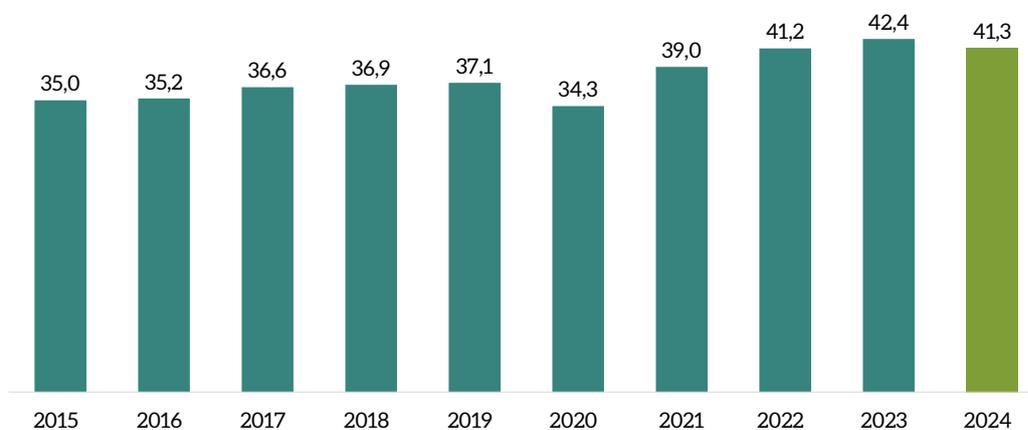
riscontri confermano come la **tempestività di accesso** costituisce la criticità prevalente del Sistema Sanitario Nazionale. Inoltre, **oltre un quinto degli intervistati** identifica come valore aggiunto del privato la **facilità di contatto diretto con il medico**, mentre il **21%** segnala una **percezione di prezzo coerente con il servizio ricevuto**. Nel loro complesso, questi elementi delineano una **domanda di servizi sanitari** orientata non solo alla **rapidità**, ma anche alla **personalizzazione dell'assistenza** e alla **relazione fiduciaria** con il professionista; queste dimensioni dovrebbero essere assunte come priorità di *policy* nella progettazione di interventi su accesso, organizzazione delle agende e *front-end* dei percorsi di cura.

Figura 3.13. Risposte alla domanda "Per quali motivi ha preferito effettuare gli esami specialistici in strutture sanitarie private anziché in strutture sanitarie pubbliche?" (percentuale di italiani), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Osservatorio Sanità UniSalute 2023 - 2024, 2025.



A conferma del quadro delineato dall'indagine di UniSalute, è possibile osservare come la **spesa in sanità out-of-pocket delle famiglie italiane** risulti, nell'ultimo decennio, in **crescita del 18%** passando dai 35 miliardi di Euro del 2015 ai **41,3 miliardi** del 2024. Più nello specifico, all'interno di questo aggregato, la **spesa in prevenzione out-of-pocket**, nell'ultimo decennio è aumentata del **15,5%** passando dai 58 milioni di Euro del 2015 ai **67 milioni del 2024**.

Figura 3.14. Andamento della spesa in sanità out-of-pocket in Italia (valori assoluti in miliardi di euro), 2015 - 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



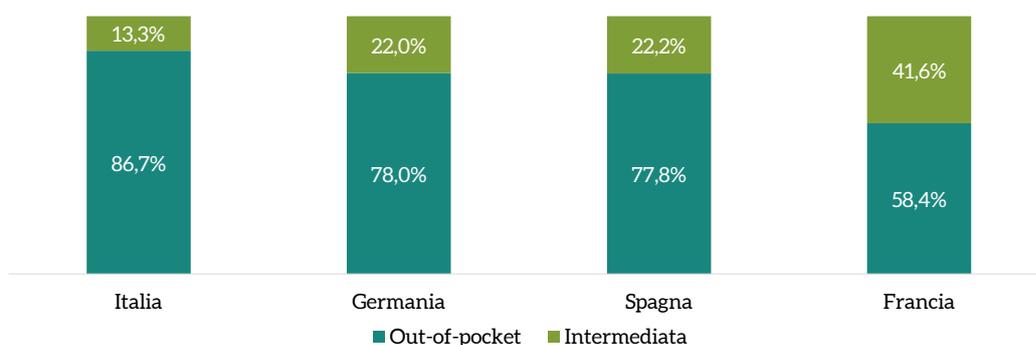
Dunque, **screening oncologici**, controlli periodici, vaccinazioni non sempre incluse nei LEA²⁷ e pacchetti di **check-up** preventivi vengono sempre più spesso sostenuti dalle

²⁷ Vaccini inclusi nei LEA (offerta attivamente e gratuitamente secondo il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2023-2025: Prima infanzia (0-2 anni): Esavalente: difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B, Hib, Rotavirus, Pneumococco (coniugato), Meningococco B (schema 2+1), Meningococco ACWY (1 dose nel 2° anno), Morbillo-Parotite-Rosolia-Varicella (MPRV) (1° dose nel 2° anno), Influenza: da 6 mesi, con richiamo annuale fino ai 6 anni; 5-6 anni: Richiamo DTaP-IPV, MPRV richiamo, Influenza annuale fino a 6 anni; Adolescenti: Richiamo difterite-tetano-pertosse-polio (dal 12° anno), HPV (dall'11° anno; 2-3 dosi secondo età), Meningococco ACWY richiamo (dal 12° anno). Meningococco B: possibilità di offerta anche in adolescenza in base alla situazione regionale; Adulti: dTpa (difterite-tetano-pertosse) ogni 10 anni, Pneumococco nei 65enni,

famiglie, soprattutto quando i **tempi di accesso** al Servizio Sanitario Nazionale risultano eccessivamente lunghi. Tale dinamica determina un **duplice effetto**: da un lato, garantisce la possibilità di **accedere a prestazioni preventive** a chi dispone di adeguate risorse economiche, dall'altro, alimenta un **divario significativo** tra chi può permettersi queste spese e chi, invece, vi rinuncia, esponendosi a un rischio maggiore di scoprire lo sviluppo patologie in fasi più avanzate e costose da trattare.

Approfondendo i **modelli di finanziamento privati in sanità**, occorre osservare come l'Italia registra una forte prevalenza della **spesa out-of-pocket** (pari all'**86,7%** del totale) e una quota molto più contenuta di **spesa intermediata** (**13,3%**). Leggermente differente appare il quadro degli altri Paesi europei al cui interno la componente intermediata registra un peso maggiore e pari al **22%** in Germania e in Spagna e al **41,6%** in **Francia**. Una maggiore quota di *spesa-out of-pocket* implica maggiori **costi sul singolo cittadino**, risultando poco sostenibile per i percettori di redditi più bassi e aumentando, di conseguenza, rinvii e rinunce per le famiglie, quando la spesa risulta troppo alta o imprevista. Gli acquisti "uno a uno", inoltre, **frammentano notevolmente i percorsi di cura**, rendendo più difficile organizzare percorsi di prevenzione strutturati (tra cui richiami e *screening* ad esempio). A parità di risorse, una **quota maggiore di spesa intermediata** attraverso fondi e polizze - ben regolata - permetterebbe più tutela, prezzi migliori e coperture preventive più efficaci, consentendo di indirizzare le risorse private in modo più efficiente.

Figura 3.15. *Composizione della spesa privata in sanità in Italia e nei principali paesi europei (quota percentuale sul totale), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.*



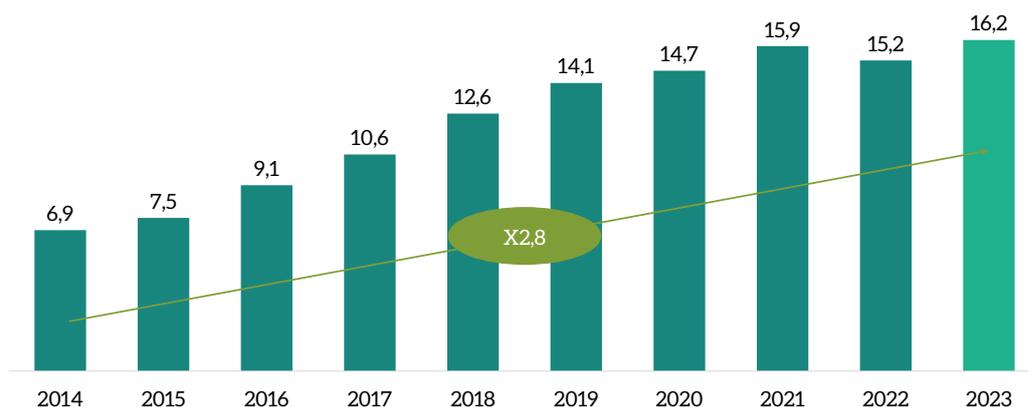
Nel contesto della spesa sanitaria privata, i **fondi sanitari integrativi** rappresentano un pilastro chiave, soprattutto in un sistema, quale quello italiano, dove la *spesa out-of-pocket*, come osservato in precedenza, continua a rappresentare un onere significativo per molte famiglie. Introdotti nel 1992 al fine di intermediare la spesa privata verso servizi sanitari non inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), in base alla logica multi-pilastro che si adottava all'epoca per la previdenza, i fondi sanitari integrativi coinvolgono ormai circa un quarto della popolazione italiana. Dall'anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi²⁸ emerge come il **numero di iscritti** nell'ultimo decennio sia **quasi triplicato**, passando dai 6,9 milioni

Herpes zoster nei 65enni, Influenza per ≥60 anni (ogni stagione). Vaccini non inclusi nei LEA: Vaccini per viaggiatori (febbre gialla, tifo, colera, epatite A (±B), encefalite giapponese, rabbia (pre-esposizione), meningococco ACWY "da viaggio", eventuale richiamo dTpa/polio se fatto solo per il viaggio. Le ASL li erogano come prestazioni a tariffa); Vaccinazioni fuori calendario (anticipi, richiami extra, o età non previste) se non motivate da indicazione clinica a rischio.

²⁸ Ministero della Salute, I fondi sanitari integrativi in Italia, 3° Rapporto 2021 - 2023.

di iscritti del 2014 ai **16,2 milioni** del 2023; nello stesso periodo, il **totale delle risorse erogato** è passato da 2,1 milioni di Euro a **3,2 milioni**, registrando un incremento del **52,4%**.

Figura 3.16. Numero di iscritti ai Fondi Sanitari Integrativi (valori assoluti), 2014 - 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Terzo Rapporto 2021-2023 "I fondi sanitari integrativi in Italia", Ministero della Salute, 2025.



La prospettiva dell'esperto

“All'inizio del Novecento si fa strada l'idea che deve esistere un'assistenza, una salute, delle buone condizioni di vita, quello che noi oggi chiamiamo welfare. Questi concetti vengono affermati nella nostra Costituzione, che riconosce i diritti sociali: un cittadino deve andare a scuola, avere un'assistenza, una previdenza, e deve essere curato per poter partecipare e votare. In questo senso, la Costituzione afferma nell'articolo 32 una grandissima novità: il diritto fondamentale dell'individuo alla salute è di interesse collettivo.

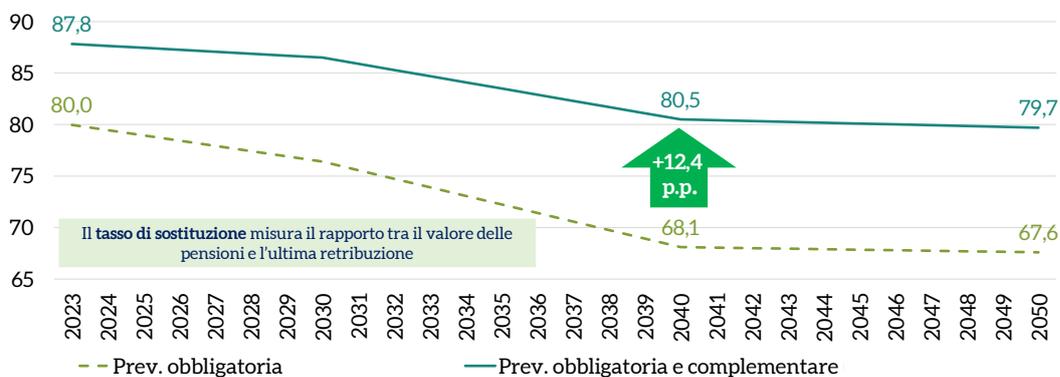
Nel 1978 è stato scelto un sistema universale, che ha fornito un grandissimo contributo. Noi oggi, però, abbiamo due problemi. Uno è il problema della spesa pubblica, l'altro è che il sistema non riesce a coprire capillarmente tutti, perché la regionalizzazione ha creato delle disparità. Oggi, perciò, dobbiamo cercare di far maturare il sistema verso un sistema a due pilastri, perché sappiamo che uno non è più sufficiente.”

Alfonso Celotto

Professore Ordinario di Diritto Costituzionale, Università degli Studi Roma tre

I numeri riguardanti il **ruolo del privato in ambito previdenziale** sono stati precedentemente esposti nel corso del primo capitolo del presente Rapporto. Secondo tali dati, i **contributi** in forma di **previdenza integrativa privata** hanno raggiunto in Italia, nel 2024, i **20,5 miliardi di Euro**, **10,9 milioni di posizioni in essere** e **9,7 milioni di iscritti**, registrando una crescita del **52%** rispetto al 2015 (anno in cui erano pari a 13,5 miliardi di Euro). A questo punto della trattazione, occorre illustrare i benefici derivanti dal ricorso alla **previdenza complementare**. In tal senso risulta fondamentale osservare il **tasso di sostituzione**, che indica se la pensione attesa manterrà il tenore di vita pre-pensionamento. Come è possibile osservare dalla Figura 3.17, con il solo ricorso alla **previdenza obbligatoria**, il **tasso di sostituzione** cala progressivamente, passando dall'80% circa nel 2023 fino a poco meno del 68% nel 2050 mentre con la combinazione di **previdenza obbligatoria e complementare**, il livello resta più alto e relativamente stabile, scendendo da quasi l'88% nel 2023 a circa l'80% nel 2050. In sintesi, il solo sistema previdenziale obbligatorio tenderà a garantire in futuro **pensioni sempre meno generose** rispetto alle ultime retribuzioni. Dunque, per mantenere un tenore di vita simile a quello attuale, diventa cruciale il ruolo della **previdenza complementare**.

Figura 3.17. Tasso di sostituzione in diversi scenari previdenziali per lavoratori dipendenti (valori percentuali), 2023-2050E. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati RGS, 2025.



La prospettiva dell'esperto

“La previdenza complementare è uno strumento fondamentale per garantire la serenità economica dei lavoratori durante il pensionamento, la cui efficacia è subordinata, tuttavia, ad un impegno contributivo di lungo periodo da parte degli aderenti, e ad una reale attenzione, da parte di chi la gestisce, verso le esigenze previdenziali degli stessi aderenti. In tale contesto, l’adesione contrattuale automatica, introdotta nel 2015 nel settore edile, ha dimostrato l’efficacia di un sistema che rende universale l’accesso alla previdenza complementare, recentemente ottimizzato tramite l’introduzione di limitazioni alle nuove adesioni in caso di periodi di occupazione molto brevi, e, di conseguenza, di apporti contributivi troppo esigui per il conseguimento degli obiettivi previdenziali.

Negli ultimi anni i fondi pensione negoziali hanno fatto progressi significativi nella diversificazione degli investimenti, includendo in misura crescente, nei propri portafogli, strumenti negoziati nei mercati privati (la cosiddetta “economia reale”), e investendo nei mega e macro trend che condizioneranno lo sviluppo sociale ed economico dei prossimi decenni, e, di conseguenza, i nostri stili di vita e di consumo: basti pensare, ad esempio, alle enormi sfide e opportunità poste dall’invecchiamento della popolazione, dal contrasto all’inquinamento e al cambiamento climatico, dall’intelligenza artificiale, nonché alle responsabilità poste dal perseguimento degli obiettivi per lo sviluppo sostenibile condivisi dall’ONU.

In questo senso, è importante considerare le forme pensionistiche complementari non solo come entità di natura finanziaria volte a massimizzare la pensione integrativa dei propri iscritti, ma anche come soggetti chiamati a contribuire al progresso e allo sviluppo economico e sociale, partecipando attivamente alle sfide, alle opportunità e alle responsabilità sopra richiamate.”

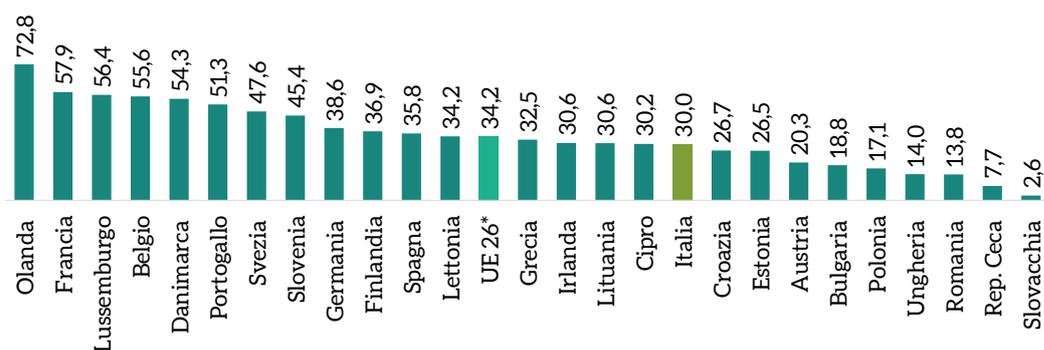
Diego Ballarin
Direttore Generale Fondo Prevedi

Andando ad approfondire ulteriori ambiti di complementarità nel welfare, il settore privato svolge un ruolo significativo anche nell'erogazione dei servizi per l'infanzia. In questo ambito, considerando la totalità dei posti disponibili (a gestione pubblica e privata), la copertura in Italia è cresciuta nell'ultimo decennio fino al 30% restando, tuttavia, ancora lontana dal target europeo del 45% per il 2030²⁹. Inoltre, dal confronto europeo emerge

²⁹ I servizi per la prima infanzia sono stati inclusi nei livelli essenziali delle prestazioni, che fissano un minimo di copertura del 33% da raggiungere entro il 2027, obiettivo che a livello europeo era già stato stabilito per il 2010 dal Consiglio Europeo di Barcellona nel 2002. Il nuovo obiettivo di Barcellona, invece, stabilisce a livello europeo un target del 45% da raggiungere entro il 2030.

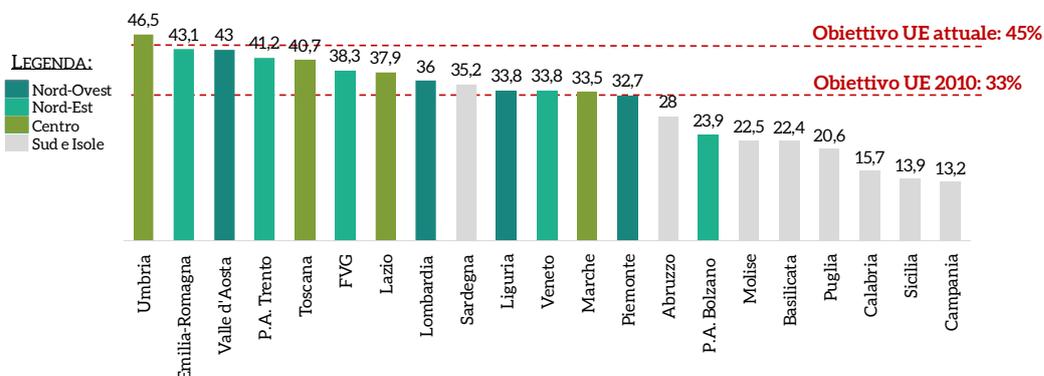
come l'Italia, con riferimento alla percentuale di posti per bambini 0-2 anni in servizi per l'infanzia, si posiziona **al di sotto della media europea del 34%**.

Figura 3.18. Percentuale di posti per bambini 0-2 anni in servizi per l'infanzia (asili nido, micronido, sezioni primavera) pubblici e privati UE 26*(valori %), 2022. (*) i dati per Malta non sono disponibili. Per l'Italia è stato considerato il dato Istat. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OCSE e Istat, 2025.



Focalizzando l'analisi sul piano regionale, solo l'Umbria con il **46,5%** ha raggiunto il target europeo al 2030 del **45%**, mentre **tutte le regioni del Sud Italia** risultano indietro anche rispetto al target europeo del 2010 (fissato al 33%). In particolare, l'Abruzzo registra una percentuale di posti per bambini 0-2 anni in servizi per l'infanzia del 28%, a seguire: Molise (22,5%), Basilicata (22,4%), Puglia (20,6%), Calabria (15,7%), Sicilia (13,9%) e Campania (13,2%).

Figura 3.19. Percentuale di posti per bambini 0-2 anni in servizi per l'infanzia (asili nido, micronido, sezioni primavera) pubblici e privati (valori %), 2022. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.



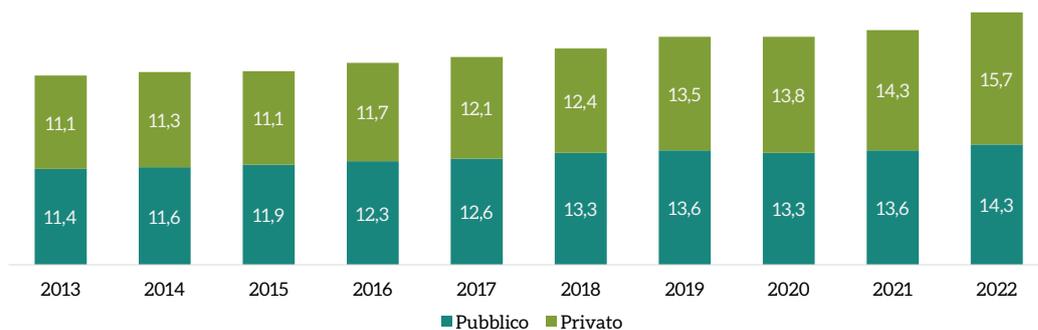
Approfondendo il ruolo svolto dal settore privato nell'erogazione di questi servizi, in Italia è possibile individuare **tre tipologie di offerta**:

- **Pubblica a gestione diretta:** si tratta di strutture (asili nido, scuole dell'infanzia, centri gioco) **interamente gestite dall'ente pubblico**, di norma il Comune. L'amministrazione si occupa di tutto: progettazione, organizzazione, assunzione del personale educativo e ausiliario, gestione delle iscrizioni e della retta. Il finanziamento deriva principalmente da risorse pubbliche (bilancio comunale, fondi statali/regionali, PNRR) integrate dalle rette pagate dalle famiglie. Questo modello garantisce un controllo diretto sulla qualità educativa e sull'accessibilità, ma è spesso limitato dalla capacità di spesa dei Comuni.
- **Pubblici a gestione privata:** la **titolarità resta pubblica**, ma la gestione operativa viene affidata tramite appalti o concessioni a soggetti del privato sociale o imprenditoriale (cooperative, fondazioni, imprese). L'ente pubblico definisce *standard* qualitativi, tariffe e criteri di accesso, mentre il gestore privato si occupa dell'erogazione del servizio. Questo modello consente ai Comuni di ampliare l'offerta riducendo i costi diretti di gestione, sfruttando le competenze organizzative e la flessibilità del privato.
- **Servizi privati convenzionati o accreditati:** si tratta di strutture di iniziativa privata (cooperative, enti religiosi, imprese sociali o *profit*) che stipulano una **convenzione con il Comune** o ottengono un **accreditamento regionale/locale**. In questi casi, il servizio è finanziato principalmente dal gestore privato e dalle famiglie attraverso le rette, ma il pubblico interviene con contributi, voucher o agevolazioni. La convenzione stabilisce

standard educativi e tariffe calmierate, garantendo così alle famiglie un costo accessibile e al sistema pubblico un ampliamento della capacità ricettiva.

In termini di copertura, nel 2023 il **52,3% dei posti dei servizi educativi per l'infanzia**, per un valore di **191.461 unità** risultava a **titolarità privata**, mentre i posti a **titolarità pubblica** erano pari a **174.546 unità**, pari al **47,7%**. Dunque, nel complesso, su un totale di **30 posti** per 100 bambini di età compresa tra i 0 e 2 anni, **14,3** risultano a **titolarità pubblica**, mentre **15,7** a **titolarità privata**. Ancora più importante risulta il ruolo del settore privato nei **servizi integrativi per l'infanzia**. Infatti, al 31 dicembre 2022, su un totale di **24.907 posti** autorizzati al funzionamento, **17.238 unità** ovvero il **69,2%** risulta a **titolarità privata** mentre il **30,8%** risultano a **titolarità pubblica**.

Figura 3.20. Suddivisione tra pubblico e privato nella titolarità dei servizi per l'infanzia in 0-2 anni sul totale, 2013-2022. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.



Alla luce di quanto esposto, la **complementarità tra settore pubblico e privato** può rappresentare una soluzione efficace per la gestione dei servizi per la prima infanzia, in particolare degli asili nido. Infatti, tra i diversi tipi di gestione del servizio, la **gestione privata convenzionata** (in cui la spesa comunale media per utente è pari a **3.831 Euro per iscritto**) risulta significativamente più economica rispetto alla **gestione pubblica diretta** (**9.643 Euro per iscritto**), con un risparmio di **circa 5.800 Euro per utente**. Il contributo del privato risulta essenziale per **ampliare l'offerta di asili nido**, dato che nell'anno educativo 2023/2024 il **68,9% dei nidi pubblici** e il **54,0% di quelli privati** (di cui **53,7% convenzionati** e **54,5% non convenzionati**)³⁰ non sono riusciti a soddisfare tutte le richieste di iscrizione per mancanza di posti.

Figura 3.21. Spesa comunale media per utente nei diversi tipi di gestione del servizio (valore in Euro), 2022. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.



³⁰ Fonte: Report, "I Servizi educativi per l'infanzia in Italia - Dalla pandemia al PNRR: trasformazioni e sfide dei servizi educativi per l'infanzia", Anno educativo 2023 - 2024, Istat.

Per quanto riguarda la **complementarità**, l'analisi sui **casì esteri di riferimento** prende in considerazione: il **sistema previdenziale**, ovvero le **reforme pensionistiche attuate in Spagna e Regno Unito**, le **politiche sociali** con uno specifico *focus* sulla **complementarità tra pubblico e privato nei servizi per l'infanzia** e l'esperienza di *partnership* pubblico-privato nella **sanità spagnola**, rappresentato dal modello Alzira.

Analizzando, i casi studio relativi alla **complementarità nella previdenza**, è utile partire dall'esempio del Regno Unito, che nel 2012 ha introdotto un **sistema di iscrizione automatica ai fondi pensione** per i lavoratori dipendenti, con l'obiettivo di garantire una maggiore copertura pensionistica. Questo sistema ha contribuito ad aumentare la **percentuale di lavoratori iscritti a forme di previdenza complementare**, che è passata dal 40% all'**88%**. Per i dipendenti pubblici, tale percentuale è arrivata fino al **94%**. Attualmente, il sistema di iscrizione automatica riguarda tutti i lavoratori che hanno un'età compresa tra i 22 anni e l'età pensionabile statale (attualmente pari a 66 anni) e che guadagnano almeno 10.000 Sterline l'anno. I contributi pensionistici devono essere versati sia dal dipendente che dal datore di lavoro e, a partire da aprile 2019, i contributi pensionistici sono stati portati ad un minimo totale dell'8%, con almeno il 3% a carico del datore di lavoro. Inoltre, a seconda del tipo di regime pensionistico scelto dal datore di lavoro, il dipendente potrebbe beneficiare di uno sgravio fiscale. Recentemente, è stato approvato un Disegno di Legge che prevede una **significativa estensione dell'iscrizione automatica**, con la riduzione dell'età **minima per l'iscrizione da 22 a 18 anni** e la rimozione del limite di guadagno annuo, pari oggi a 10.000 Sterline, estendendo così la pensione aziendale a un numero ancora maggiore di lavoratori. Tutte queste modifiche mirano a **migliorare la copertura pensionistica** e ad incentivare i risparmi per la pensione, particolarmente tra le fasce più giovani e con redditi più bassi.

Passando al caso *benchmark* della Spagna, la fotografia di partenza è molto diversa da quella britannica: il sistema di previdenza complementare spagnolo è **strutturalmente debole**, con risorse gestite dai fondi pensione pari a circa l'**11% del PIL** (contro una media OCSE prossima al 50%) e una copertura che interessa solo il **26% della popolazione** in età lavorativa. Inoltre, la platea degli aderenti è sbilanciata verso il **terzo pilastro individuale** (circa il 60% degli iscritti), mentre i piani collettivi del **secondo pilastro** raggiungono appena 2 milioni di lavoratori, pari a circa il **9% della forza lavoro**. È in questo contesto che, nel 2022, è entrata in vigore una **riforma organica della previdenza complementare, ovvero la Legge 12/2022**. L'obiettivo della riforma è spostare il baricentro della previdenza complementare verso il **secondo pilastro occupazionale** ovvero la previdenza complementare **organizzata sul lavoro** con l'obiettivo di **aumentare rapidamente la copertura** e migliorare l'**adeguatezza** delle pensioni. Per riuscirci, la riforma punta su **piani occupazionali semplificati** (estesi a PMI, PA e autonomi) e su **fondi di promozione pubblica** affidati in gestione competitiva a operatori privati che prevede **costi contenuti, piattaforma digitale unica** per adesioni/portabilità, **incentivi fiscali** e **supervisione pubblica** su trasparenza, qualità e concorrenza.

Il salto richiesto è dunque di ordine sistemico e implica una riallocazione della crescita dal canale individuale a quello collettivo, valorizzando la contrattazione, la semplificazione dei meccanismi di adesione e un quadro di incentivi chiaro e stabile. In prospettiva, la Spagna mira a usare il secondo pilastro come leva sia di inclusione (allargando la partecipazione a giovani, lavoratori a basso reddito e occupati nelle PMI) sia di adeguatezza pensionistica, riducendo la volatilità dei percorsi contributivi solo individuali. Il confronto con il **Regno Unito** è istruttivo: mentre quest'ultimo ha costruito la crescita attraverso l'**iscrizione automatica** e un "*default*" robusto, la **Spagna** persegue un obiettivo di copertura paragonabile ma con il baricentro sui **piani occupazionali**, chiamati a fare massa critica.

Nei **servizi per l'infanzia**, la complementarità tra pubblico e privato può essere un importante moltiplicatore di copertura e di sostenibilità finanziaria. Il quadro di riferimento europeo è esplicitato con la Raccomandazione del Consiglio del 2022 sui servizi educativi e di cura per l'infanzia (nuovi "obiettivi di Barcellona"), secondo la quale gli Stati membri sono chiamati a raggiungere entro il 2030 almeno il 45% di partecipazione sotto i 3 anni e il 96% dai 3 anni all'obbligo scolastico. Ciò rende strategico mobilitare capacità e investimenti anche fuori dalla gestione diretta pubblica, mantenendo però regole comuni di qualità, accreditamento e tariffe. Quando la regia pubblica orienta i flussi finanziari, il settore privato può ampliare più rapidamente i posti disponibili e, grazie a standard tariffari e cofinanziamenti, contribuire a stabilizzare i costi per le amministrazioni.

In **Germania**, il sistema delle **Kita** è storicamente a **gestione mista**, con un ruolo centrale di enti privati non profit (*Träger*) e dei comuni nella programmazione. Il finanziamento è largamente pubblico e multilivello: *Länder* e comuni hanno coperto nel 2024 quasi integralmente la spesa ECEC³¹, con oltre 46 miliardi di Euro complessivi; le strutture private accreditate ricevono sovvenzioni ordinarie e rette calmierate, a fronte del rispetto di *standard* occupazionali e pedagogici. Questo modello consente di usare **la rete privata come "braccio operativo" per nuove aperture**, soprattutto dove i comuni non riescono a investire direttamente, mantenendo però **controllo pubblico** su qualità e tariffe. Le criticità recenti (carenza di personale qualificato) mostrano che la sola spesa non basta e vanno rafforzate *pipeline* formative e incentivi all'occupazione, ma la leva della complementarità rimane decisiva per ampliare i posti senza gonfiare la spesa corrente comunale oltre soglia.

La **Svezia** offre un altro esempio di privato finanziato in modo strutturale con risorse pubbliche. Le scuole dell'infanzia - pubbliche e indipendenti - sono finanziate tramite trasferimenti municipali (con contributo statale), mentre per le famiglie vige il **tetto massimo alle rette**, un meccanismo che abbatte l'incertezza sui costi e garantisce accessibilità. Dall'età di tre anni, inoltre, ogni bambino ha diritto a un pacchetto annuale di ore gratuite. Il risultato è che i *provider* privati possono entrare e crescere senza ricorrere a rette elevate, mentre i comuni mantengono il governo del costo per utente attraverso formule di finanziamento e capitazioni. In termini di finanza pubblica, l'uso di accreditamento e *voucher* municipali consente di distribuire la spesa su una platea più ampia di gestori, accelerando l'espansione di posti nei quartieri in crescita senza ricadere esclusivamente su investimenti immobiliari pubblici.

Il **Portogallo** ha avviato un'interessante ibridazione: la misura delle "**creches gratuitas**", avviata nel 2022 e ampliata nel 2023, ha esteso la gratuità non solo alla rete sociale convenzionata ma, progressivamente, anche a strutture private accreditate. La logica è usare il **finanziamento pubblico per acquistare posti dal privato** laddove più rapida è la disponibilità di spazi, con tariffe omogenee per le famiglie. Questo ha permesso di ampliare rapidamente l'offerta sotto i tre anni, con un obiettivo di copertura di 100.000 bambini entro il 2024, riducendo la spesa *out-of-pocket* e la pressione sugli investimenti pubblici di nuova costruzione. In maniera simile la **Spagna**, anche tramite il Piano di Ripresa e Resilienza, ha destinato risorse specifiche per creare nuovi posti nel segmento 0-3 anni, con programmi cofinanziati Stato-Comunità Autonome. Il disegno è quello di usare in modo selettivo convenzioni e cooperazione territoriale per colmare i vuoti, **affiancando la rete pubblica con l'acquisto di posti e servizi presso gestori privati laddove più efficiente**. L'effetto atteso è duplice: accelerazione del tasso di copertura (specie nelle regioni con

³¹ *Early Childhood Education and Care*, ovvero educazione e cura della prima infanzia. È il termine usato in UE per indicare l'insieme dei servizi 0-6 anni (o fino all'età della scuola obbligatoria) che combinano accudimento e educazione: nidi/krippe (0-3), scuole dell'infanzia/kindergarten (3-6), servizi integrativi e, in alcuni Paesi, *tagespflege* (educatori familiari).

maggior domanda latente) e riduzione dei costi medi per posto attivato, grazie a bandi standardizzati e cofinanziamenti europei.

In ambito sanitario, il **modello Alzira** attivo nella comunità Valenzana in Spagna, rappresenta un caso di **partnership pubblico-privato** in cui lo Stato resta proprietario e finanzia il servizio sanitario, mentre **ospedali e cure territoriali** sono **gestiti da un operatore privato**. Nello specifico, la **gestione del privato** copre: **l'area clinico-assistenziale** (assistenza primaria, assistenza specialistica ambulatoriale e diagnostica, ospedale, riabilitazione, farmaceutica), **l'area non clinica** (personale, infrastrutture e impianti, tecnologie, servizi logistici, acquisti e forniture) e le altre **attività di governance**. Il privato, dunque, riceve un **pagamento annuo per ogni residente** garantendo un **accesso universale** e **standard di qualità** (stabiliti all'interno del contratto con **KPI** puntuali quali, ad esempio, tempi d'attesa massimi e coperture **screening**). La **Regione**, inoltre, svolge **attività di audit periodici** applicando **penali** o il **recesso** della concessione se gli obiettivi non risultano pienamente rispettati. L'obiettivo del modello è quello di **integrare ospedale e territorio** sotto un unico gestore e **budget pro capite** per coordinare i percorsi (PDTA, ovvero Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali, che collegano **medicina di base, specialistica e ospedale**) ridurre i tempi di attesa, sprechi e migliorare l'efficienza complessiva del servizio sanitario, mantenendo tuttavia la **regia pubblica**. I dati sanitari relativi a cinque ospedali in PPP della regione registrano, in media, **buoni risultati di efficienza** e **alcuni indicatori di qualità migliori** (in particolare **riduzione delle liste d'attesa**) pur con esiti non sempre superiori ai pubblici tradizionali e con variabilità tra le strutture. Inoltre, i **tempi medi di attesa chirurgica** pari **45-47 giorni** negli ospedali di **Torre Vieja** e **Vinalopó** (entrambi relativi alla Comunità Valenciana) risultano inferiori rispetto ai **circa 90-115 giorni** della media regionale.³²

3.3

LE OPPORTUNITÀ CONNESSE ALLA VALORIZZAZIONE DELLA PREVENZIONE E DELLA COMPLEMENTARITÀ

L'investimento in **prevenzione sanitaria**, dunque, si configura come una **leva strategica** per garantire non solo la **sostenibilità economica** del sistema sanitario, ma anche per promuovere l'**equità sociale** e migliorare la qualità della vita dei cittadini. In questa prospettiva, nel 2017 l'Assemblea mondiale della Sanità (*World Health Assembly*) ha approvato un pacchetto di **16 interventi** definiti "**Best Buys**"³³ per la **prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili** (NCD) distribuiti su **6 cluster**: tabacco, alcol, alimentazione, attività fisica, malattie cardiovascolari e diabete, vaccinazioni e **screening**. Questi interventi sono stati inclusi nel **Piano d'azione Globale dell'OMS** per la prevenzione e il controllo delle NCD 2013-2020.

³²Ribera Salud Responsable - *The average surgical delay in the hospitals of Torre Vieja and Vinalopó is 45 days compared to 115 in the Valencian Community, 2019.*

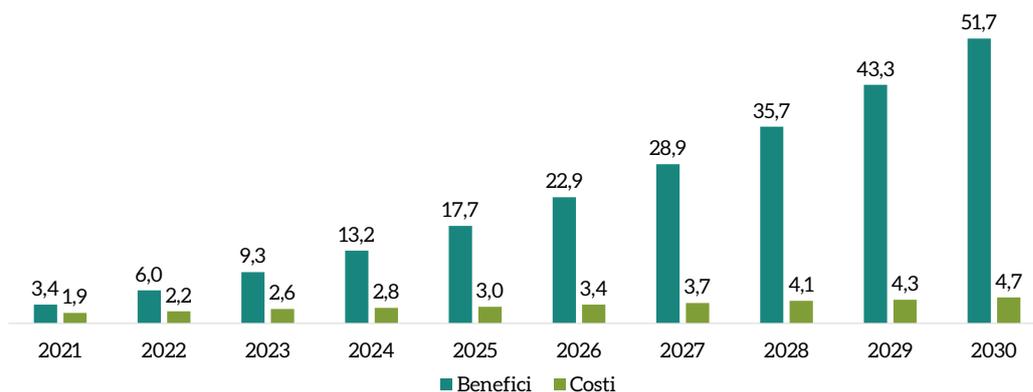
³³World Health Organization - *"Best Buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable disease" - Update (2017) appendix 3 of the global action plan for the prevention and control of noncommunicable disease, 20 ottobre 2017.*

Figura 3.22. Le 16 Best Buys identificate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OMS, 2025.

Tabacco	<ol style="list-style-type: none"> 1) Aumentare accise/prezzi sui prodotti del tabacco 2) Plain/standardized packaging e/o grandi avvertenze grafiche su tutti i pacchetti 3) Divieto completo di pubblicità, promozione e sponsorizzazione 4) Eliminare il fumo passivo in tutti i luoghi di lavoro/luoghi pubblici/trasporti 5) Campagne mass-media efficaci sui danni del fumo e del fumo passivo
Alcol	<ol style="list-style-type: none"> 6) Aumentare accise sulle bevande alcoliche 7) Divieti o restrizioni comprensive all'advertising (su più mezzi) 8) Restrizioni alla disponibilità fisica dell'alcol al dettaglio (es. riduzione orari di vendita)
Alimentazione	<ol style="list-style-type: none"> 9) Ridurre il consumo di sale attraverso la riformulazione dei prodotti alimentari in modo da contenere meno sale e la definizione dei livelli massimi consentiti negli alimenti 10) Ridurre il consumo di sale creando un ambiente favorevole nelle istituzioni pubbliche quali ospedali, scuole, luoghi di lavoro e case di cura, in modo da consentire l'offerta di opzioni a basso contenuto di sale 11) Ridurre il consumo di sale attraverso campagne di comunicazione volte al cambiamento dei comportamenti e campagne mediatiche 12) Ridurre il consumo di sale attraverso l'introduzione dell'etichettatura sulla parte frontale delle confezioni
Attività fisica	<ol style="list-style-type: none"> 13) Attuare campagne di educazione e sensibilizzazione a livello comunitario sull'attività fisica
Malattie cardiovascolari e diabete	<ol style="list-style-type: none"> 14) Fornire terapia farmacologica (compreso il controllo glicemico per il diabete mellito e il controllo dell'ipertensione utilizzando un approccio basato sul rischio totale) e consulenza alle persone che hanno avuto un infarto o un ictus e alle persone ad alto rischio (≥ 30%) di eventi cardiovascolari fatali o non fatali nei prossimi 10 anni.
Vaccinazioni e Screening	<ol style="list-style-type: none"> 15) Vaccinazione anti-HPV (2 dosi) per ragazze 9-13 anni 16) Prevenzione del cancro cervicale mediante screening delle donne di età compresa tra i 30 e i 49 anni, pap test (citologia cervicale) ogni 3-5 anni, test del papillomavirus umano ogni 5 anni

Le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità evidenziano come l'adozione delle **Best Buys** nei Paesi a basso e medio reddito potrebbe, entro il 2030, salvare **circa 7 milioni di vite**, prevenire **10 milioni di malattie cardiovascolari**, aggiungere circa **50 milioni di anni di vita in buona salute** e generare più di **230 miliardi di Dollari di benefici economici e sociali**. Rapportando i costi di implementazione ai benefici economici attesi si ottiene un **ritorno complessivo sull'investimento** di quasi **7 Dollari per ogni Dollaro investito**³⁴.

Figura 3.23. Valore dei benefici economici e sociali rispetto ai costi di implementazione delle 16 Best Buys Non-Communicable Disease (NCD) dell'OMS (miliardi di dollari), 2021-2030. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OMS, 2025.



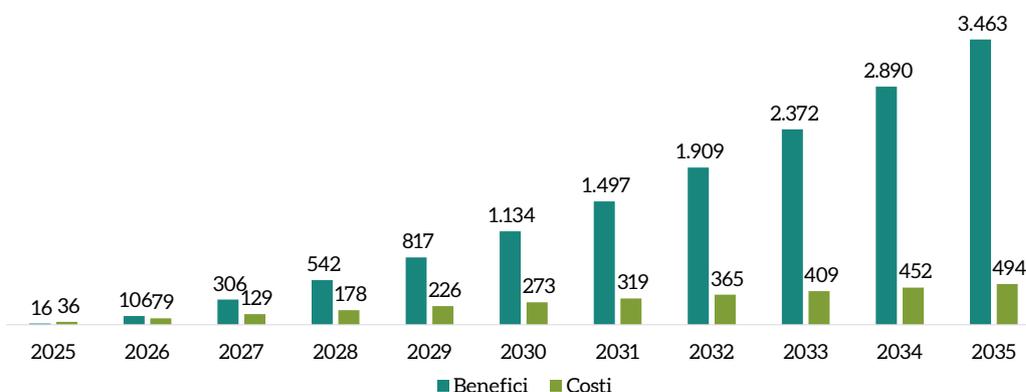
Nel 2025 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha aggiornato il pacchetto delle **"Best Buys"** per la prevenzione delle malattie non trasmissibili, includendo **importanti novità**. Per la prima volta, sono stati inclusi **interventi specifici per la salute mentale**, riconoscendo la sua centralità nella prevenzione delle NCD. È stata anche enfatizzata l'importanza dello **screening** per il cancro cervicale, con un **focus** sull'accesso a diagnosi e trattamenti efficaci. Inoltre, sono stati promossi interventi per la gestione dell'ipertensione e la prevenzione delle malattie cardiovascolari, come infarti e ictus, con l'obiettivo di ridurre il carico di tali patologie. Infine, sono state rafforzate le politiche per proteggere i bambini dalla pubblicità dannosa, soprattutto quella riguardante prodotti nocivi per la salute.

Secondo le stime dell'OMS, contenute nel Rapporto 2025 *"Saving Lives – spending less"* entro il 2030, l'adozione di queste misure potrebbe **salvare 12 milioni di vite**, **prevenire 28**

³⁴ World Health Organization - "Investing 1 dollar per person per year could save 7 million lives in low and lower - middle income countries", 13 dicembre 2012.

milioni di eventi cardiovascolari e aggiungere 150 milioni di anni di vita sana, generando oltre 1 trilione di Dollari in termini di benefici economici³⁵. Tra gli interventi aggiunti nelle “Best Buys” figurano l’incremento delle tasse su tabacco e alcol, la protezione dei bambini dalla pubblicità dannosa, l’espansione dello screening per il cancro cervicale e politiche per il supporto della salute mentale. L’investimento richiesto è di circa 3 Dollari pro capite all’anno, con un ritorno economico stimato di oltre 4 volte l’importo speso, confermando l’efficacia di queste politiche per migliorare la salute globale e promuovere la sostenibilità dei sistemi sanitari.

Figura 3.24. Valore dei benefici economici e sociali rispetto ai costi di implementazione delle 16 Best Buys Non-Communicable Disease (NCD) dell’OMS dopo l’aggiornamento del 2025 (miliardi di dollari), 2025-2035. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OMS, 2025.



Altri autorevoli studi, quali ad esempio “Return on investment of public health interventions: a systematic review”³⁶, hanno evidenziato l’importanza e i benefici derivanti dalla prevenzione. In particolare, secondo quest’ultimo, nei Paesi ad alto reddito **ogni Euro investito in prevenzione sanitaria può generare ritorni significativamente superiori per l’economia della salute e dell’assistenza sociale**, ovvero fino a **14 Euro** per ogni Euro speso. Questo rendimento elevato è legato a diversi fattori chiave. In primo luogo, la prevenzione contribuisce in modo determinante alla **riduzione dei costi futuri** associati a malattie croniche e complesse, come diabete, malattie cardiovascolari, obesità e alcuni tipi di cancro. Quando queste patologie vengono prevenute o rilevate precocemente, si riduce significativamente la necessità di **trattamenti complessi, ospedalizzazioni prolungate** e l’utilizzo di **farmaci costosi**, con un abbattimento diretto delle spese sanitarie. In secondo luogo, l’investimento in prevenzione si traduce in un incremento della **produttività lavorativa**, poiché una popolazione sana è meno soggetta ad **assenze per malattia** e in grado di contribuire più efficacemente all’economia. Le politiche preventive, che promuovono stili di vita sani e riducono i fattori di rischio, come il fumo, l’alimentazione scorretta e la sedentarietà, portano a una riduzione dei giorni di lavoro persi, migliorando quindi l’**efficienza economica complessiva**. A livello di assistenza sociale, l’investimento in prevenzione diminuisce anche la domanda di **interventi assistenziali a lungo termine**, come quelli per la non autosufficienza e per le malattie debilitanti. Prevenire l’insorgere di patologie invalidanti riduce, infatti, il ricorso a **servizi assistenziali** per persone anziane o con disabilità, generando **risparmi significativi** nel lungo periodo.

Oltre ai **benefici** derivanti dalla **prevenzione** in ambito sociosanitario, è importante approfondire anche le opportunità connesse all’altra componente analizzata nel corso del presente capitolo, ovvero la **complementarità tra settore pubblico e privato**.

³⁵ World Health Organization - Saving lives, spending less, Settembre 2025.

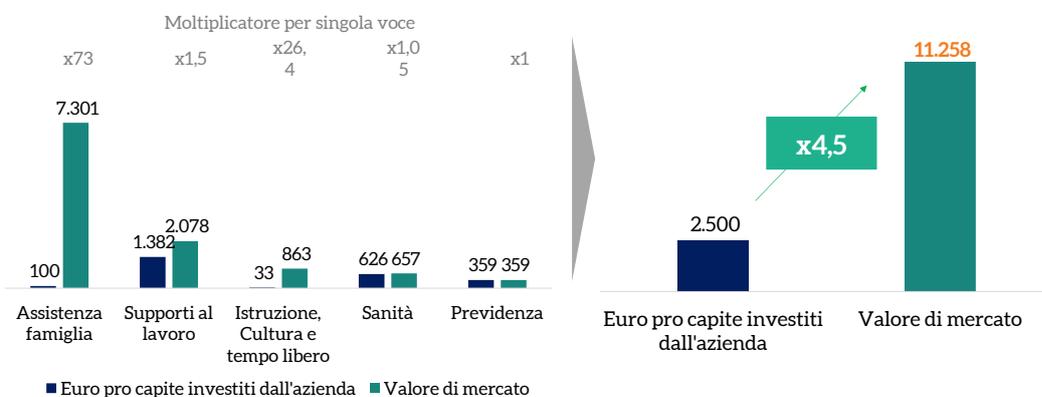
³⁶ Masters R. et al. (2017), “Return on investment of public health interventions: a systematic review”. Journal of Epidemiology and Community Health, 2017.

In tal senso, un ruolo importante è svolto dal **welfare aziendale**, inteso come l'insieme delle iniziative che un'impresa adotta per offrire ai propri dipendenti **benefici complementari** rispetto al loro reddito. Il **welfare aziendale** rappresenta un esempio tangibile di **complementarità tra settore pubblico e privato**, in quanto consente alle imprese di offrire ai propri dipendenti una serie di **benefici integrativi** rispetto ai **servizi pubblici**. Tale modello, inoltre, risulta cruciale per la sostenibilità del sistema **welfare**, poiché contribuisce a **ridurre la pressione sui servizi pubblici** e favorisce il **benessere dei lavoratori**, incidendo positivamente sulla **produttività** e contribuendo a una **crescita economica più equilibrata**.

Nel 2023, **oltre il 58% delle aziende con più di 50 dipendenti** ha implementato almeno un piano strutturato di **welfare aziendale**; tale percentuale, tuttavia, varia significativamente tra le diverse regioni: nel **Nord Italia** raggiunge il **72%**, mentre nelle regioni del **Sud** si ferma attorno al **45%**³⁷. I **principali ambiti di intervento** includono: l'assistenza sanitaria integrativa, buoni acquisto e spesa, contributi per l'istruzione dei figli, sostegno alla genitorialità, mobilità sostenibile e trasporto, servizi di benessere psicologico e *counselling*.

In termini di impatto, si rileva come, a seguito di una **spesa aziendale pro capite di 2.500 Euro** destinata al **Corporate Wellbeing**, le imprese riescono a generare un valore complessivo per dipendente pari a **11.258 Euro**, con un moltiplicatore pari a **4,5**³⁸. La distribuzione di tale spesa si articola nelle seguenti categorie: 7.301 Euro per **assistenza familiare** (moltiplicatore x7,3), 2.078 Euro per **supporti al lavoro** (moltiplicatore x1,5), 863 Euro per **istruzione, cultura e tempo libero** (moltiplicatore x26,4), 626 Euro per **sanità** (moltiplicatore x1,05) e 359 Euro per **previdenza** (moltiplicatore x1). Tali investimenti contribuiscono a un significativo **incremento del valore economico** creato per ciascun dipendente, evidenziando l'efficacia delle politiche di **Corporate Wellbeing** nella creazione di valore aziendale e individuale. Inoltre, **le imprese che adottano politiche di Corporate wellbeing** risultano più **produttive del 14%** rispetto alla media delle aziende italiane e del **20%** rispetto alla media delle imprese che non hanno introdotto nessun tipo di misure di **corporate wellbeing**.

Figura 3.25. Destra: Spesa in Corporate Wellbeing delle aziende per dipendente e Valore di mercato creato per il dipendente (valori assoluti pro-capite), 2021; Sinistra: Spesa in Corporate Wellbeing delle aziende per dipendente e Valore di mercato creato per il dipendente. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Cerved e Jointly, 2025.



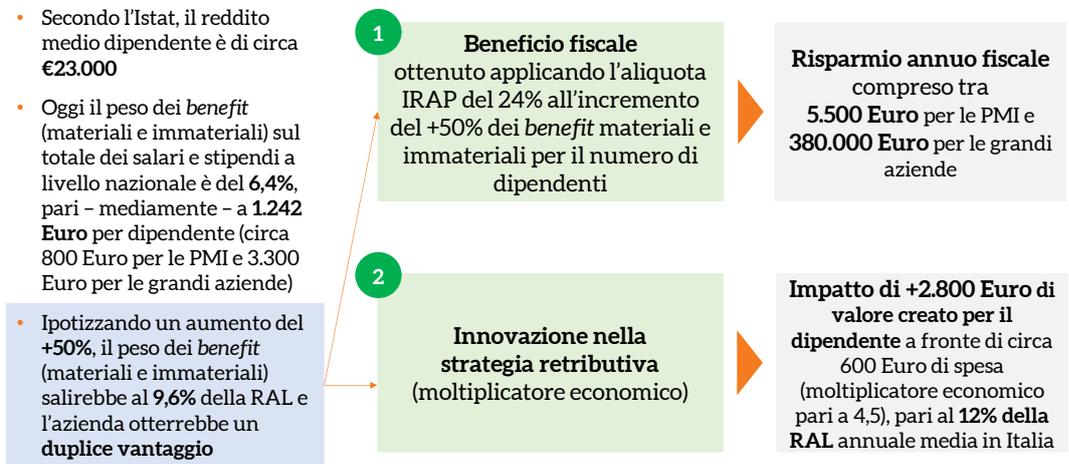
Incrementare l'offerta di benefit non monetari ai propri dipendenti determina dei benefici anche dal **lato delle imprese**, permettendo alle stesse di **efficientare il costo del lavoro** attraverso una duplice leva: il **beneficio fiscale** (grazie alla detassazione di tali *benefit*) e l'**innovazione delle strategie retributive** (grazie al moltiplicatore economico del *corporate wellbeing*). Attualmente, secondo l'Istat, il **reddito medio annuale dei dipendenti è di circa 23.000 Euro**, mentre il peso dei *benefit* sul totale dei salari e stipendi a livello nazionale è pari al **6,4%**, corrispondente mediamente a **1.242 Euro per dipendente**, con una media di

³⁷ Groupama Assicurazioni - Welfare aziendale in Italia: numeri, tendenze e impatto sul mondo del lavoro, 2023.

³⁸ TEHA Group e Jointly, Benessere e produttività - I benefici economici del Corporate Wellbeing e i costi del "non fare" per le aziende, 2025.

circa **800 Euro per le PMI** e **3.300 Euro per le grandi aziende**. Ipotizzando un aumento del **50% dei benefit**, il loro peso salirebbe al **9,6%** della RAL (Retribuzione Annua Lorda), generando un **duplice vantaggio** per l'azienda. In primo luogo, l'impatto fiscale annuo potrebbe variare tra **5.500 Euro** per le PMI e **380.000 Euro** per le grandi aziende. Inoltre, per ogni dipendente, si genererebbe un impatto positivo di **2.800 Euro** di valore creato, a fronte di **circa 600 Euro di spesa per l'azienda**, con un moltiplicatore economico pari a 4,5, corrispondente al **12% della RAL** media annuale in Italia.

Figura 3.26. Approccio al Corporate Wellbeing, 2021.
Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat e fonti varie, 2025.



Anche la **complementarità nella previdenza** può avere importanti risvolti positivi: infatti, la previdenza complementare in Italia gioca un ruolo strategico di sostegno non solo, come è stato osservato in precedenza, per le future pensioni, attraverso il tasso di sostituzione. Come è stato evidenziato nello Studio realizzato da TEHA Group in collaborazione con Previdenza Italia "I fondi pensione e le PMI italiane: Il legame virtuoso tra crescita e previdenza"³⁹, i fondi pensione, ad oggi, rivestono un importante ruolo di **investitori istituzionali di lungo periodo**, investendo circa **36 miliardi di Euro** in *asset* italiani (circa il 19% del patrimonio), in particolare in **Titoli di Stato** (>70%).

³⁹ TEHA Group e Previdenza Italia, *Position Paper* - "I fondi pensione e le PMI italiane, il legame virtuoso tra crescita e previdenza", aprile 2025.

4

LE PRIORITÀ D'AZIONE PER SOSTENERE L'EVOLUZIONE DEL SISTEMA DI *WELFARE*

Il quarto capitolo del Rapporto 2025 del Think Tank “Welfare, Italia” intende illustrare le priorità d’azione individuate per sostenere l’evoluzione del sistema di *welfare*.

Nello specifico, la prima sezione del Capitolo illustra il *progress report* delle proposte d’azione formulate nella precedente edizione del Think Tank “Welfare, Italia” divenuti atti del Governo e le proposte attualmente al centro del dibattito politico, ovvero l’introduzione di una normativa nell’ambito della *Long Term Care*, la definizione di un piano strategico sulla formazione delle competenze del *welfare*, e la creazione di un punto di accesso unico digitale per i servizi di *welfare*.

La seconda sezione del Capitolo è dedicata alla Strategia Italiana per il Capitale Umano proposta nella presente edizione dal Think Tank “Welfare Italia”. Nello specifico, nella prima parte sono state esposte le opportunità socioeconomiche per il Paese connesse alla valorizzazione del Capitale umano, mentre la seconda parte è dedicata all’approfondimento dei lineamenti chiave della Strategia.

Prima di illustrare le **proposte elaborate** nell'edizione 2025 dal Think Tank “Welfare, Italia”, la prima parte del quarto capitolo intende riprendere i **contributi propositivi** delineati nelle precedenti edizioni e, ove possibile, illustrare l'eventuale attuazione all'interno delle *policy* nazionali ed europee.

L'impianto propositivo della precedente edizione del Think Tank era focalizzato su **tre ambiti prioritari**: il tema della *Long-Term Care*, la valorizzazione delle competenze e la digitalizzazione.

La prima proposta avanzata dal Think Tank “Welfare, Italia” nella precedente edizione era relativa alla **promozione del contributo della Long-Term Care**.

Nello specifico, riprendendo brevemente il rationale, si proponeva di introdurre una **normativa nell'ambito della Long Term Care**, collegata ai Fondi pensione e ai fondi di sanità integrativa con l'obiettivo di promuoverne la sua diffusione come **strumento di prevenzione e di contrasto alla non autosufficienza**.

All'interno dell'attuale contesto caratterizzato da un progressivo invecchiamento della popolazione e dalla presenza di gravi patologie, la *Long-Term Care* rappresenta un'**infrastruttura essenziale per il sistema sociosanitario** in quanto sostiene la domiciliarità, integra servizi sanitari e sociali e riduce ricoveri evitabili, costi e disuguaglianze. **Investire in LTC** rafforza dunque la **resilienza complessiva del sistema**, tutela l'**autonomia delle persone** e rende sostenibile l'**assistenza sanitaria nel medio-lungo periodo**.

Nel biennio 2024–2025 la *Long-Term Care* (LTC) ha visto uno **sviluppo normativo** importante con il **D.Lgs. 15 marzo 2024, n. 29** (in vigore dal 19 marzo 2024) all'interno del quale è stata definita la **cornice della presa in carico degli anziani non autosufficienti**, introducendo:

- il **Punto Unico di Accesso (PUA)**, la “porta d'ingresso” unica ai servizi sociosanitari per **anziani non autosufficienti**. Questa struttura svolge **diverse funzioni**: orientamento e informazione, valutazione dei bisogni, presa in carica integrata (attraverso la definizione di **Piano di Assistenza Individualizzato**) e coordinamento dei servizi. L'obiettivo è **semplificare l'accesso ai servizi sociosanitari**, garantendo un percorso integrato e coordinato per le persone in condizioni di non autosufficienza;
- l'**Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)**, l'*équipe* interdisciplinare (sanitaria e sociale) che valuta in modo integrato bisogni clinici, funzionali e sociali dell'utente. Produce una **valutazione univoca** del fabbisogno assistenziale e individua obiettivi misurabili;
- il **Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI)**, il **piano personalizzato** definito dall'UVM con la persona e la famiglia. L'obiettivo principale del PAI è garantire un'assistenza **personalizzata, integrata e continuativa**, rispondendo ai bisogni specifici della persona e garantendo un percorso assistenziale che tenga conto delle sue condizioni fisiche, psicologiche e sociali. Questo approccio contribuisce a migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti e a prevenire interventi frammentati o disorganizzati che potrebbero compromettere la loro salute o il loro benessere;
- la **Prestazione Universale (PU)**, il **sostegno economico sperimentale per anziani non autosufficienti**, pensato per integrarsi con i servizi previsti dal PAI. Nella fase pilota (2025–2026) è destinata principalmente agli **ultra-80enni** con bisogni gravissimi e

specifici requisiti economici (ISEE non superiore a 6.000 euro), per rafforzare la domiciliarità e coprire spese di assistenza (badante, servizi, ausili).

Sul fronte fiscale, invece, restano in vigore i regimi ordinari: detrazione **IRPEF 19%** dei premi **fino a 1.291,14 €** per polizze LTC e non risultano modifiche al quadro della **previdenza complementare** disciplinata dal **d.lgs. 252/2005**.

La seconda proposta elaborata dal Think Tank riguardava **le competenze**, nello specifico si proponeva di lanciare un **piano per lo sviluppo delle competenze del welfare**, in grado di intercettare il cambiamento indotto dall'evoluzione tecnologica e digitale.

In merito al primo elemento relativo ai **fabbisogni attuali** legati al sistema di *welfare*, il Decreto ministeriale del 9 luglio 2024⁴⁰ **definisce gli standard di sistema per i servizi di individuazione, validazione e certificazione delle competenze (IVC)** e istituisce e/o aggiorna il **Repertorio delle qualificazioni** di titolarità del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Questo strumento consente una **rilevazione omogenea** delle competenze effettivamente possedute dalle persone, fornendo una base dati confrontabile, utile a mappare i **fabbisogni "attuali"** nei diversi profili professionali, compresi quelli sociosanitari.

Il **Repertorio delle qualificazioni** diviene quindi uno **strumento strategico** che consente di **identificare i profili professionali** richiesti dal sistema di *welfare*, aggiornandoli in base ai **nuovi fabbisogni legati alla tecnologia** e alla **digitalizzazione dei servizi**; consente di creare **percorsi formativi mirati**, basati su una rilevazione chiara delle competenze da sviluppare e garantisce la **certificazione delle competenze** sia per il settore pubblico che per quello privato, garantendo la qualità dei servizi offerti.

Per quanto riguarda il secondo elemento della proposta, ovvero l'**identificazione dei percorsi formativi necessari** per le nuove competenze, nel periodo 2024-2025 emergono alcuni sviluppi di interesse. In primo luogo, il **Fondo Nuove Competenze 3 - Competenze per le innovazioni**⁴¹, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con il **Decreto Direttoriale n. 439 del 5 dicembre 2024**, finanzia **piani formativi aziendali** legati alla **transizione digitale e green**. Lo strumento è utilizzabile anche per **profili sociosanitari** favorendo *partnership* tra imprese, enti accreditati e *provider* privati. I progetti formativi devono rispettare **standard di attestazione/certificazione** delle competenze e coinvolgere **enti titolati o accreditati** o strutture specialistiche con percorsi della durata compresa tra **30 e 150 ore** per lavoratore. La **dotazione** del fondo è di circa **731 milioni di Euro** e la selezione avviene su base **cronologica** fino a esaurimento delle risorse. Per i profili **sociosanitari** sono previsti **percorsi mirati** (es. presa in carico territoriale, competenze digitali per cartella sociosanitaria teleassistenza), co-progettati con **università/ITS/enti accreditati** e *provider* privati, in coerenza con il sistema di certificazione nazionale.

In secondo luogo, occorre segnalare alcune novità riguardanti il **programma GOL**⁴², aggiornato con la **Circolare del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali n. 8/2025**. La

⁴⁰ Gazzetta ufficiale, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali Decreto del 9 luglio 2024 "Disciplina dei servizi di individuazione, di validazione e di certificazione delle competenze relativi alle qualificazioni di titolarità del Ministero del lavoro e delle politiche sociali", GU n.185 del 8-8-2024

⁴¹ Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - "Fondo nuove competenze 3 - Competenze per le innovazioni", pubblicato l'Avviso, 5 dicembre 2024

⁴² Il **Programma GOL** è una **iniziativa del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali** in Italia, pensata per **migliorare l'occupabilità** dei lavoratori, in particolare quelli che si trovano in situazioni di **difficoltà occupazionale**. È un programma che rientra nell'ambito delle politiche attive del lavoro e, in alcuni casi, si interseca con il **Fondo Nuove Competenze**

circolare aggiorna la definizione di “**soggetto formato**”⁴³ e armonizza le tipologie di **attestazioni/certificazioni**, rendendo più tracciabili e comparabili i percorsi erogati da scuole/ITS/università e centri privati accreditati. Sul versante della Pubblica Amministrazione (PA) e della sanità, il **Piano Triennale per l’informatica nella PA 2024-2026** inserisce la **formazione digitale** tra le leve di trasformazione organizzativa, mentre l’**Atto di indirizzo 2025** del Ministero della Salute punta sullo sviluppo di **competenze tecniche, digitali e manageriali** del personale sanitario.

In sintesi, il combinato di queste misure fornisce delle basi regolatorie utili per **mappare i fabbisogni** di competenze e **co-progettare** percorsi formativi congiunti pubblico-privato lungo le **competenze chiave per il sistema di welfare** (in termini soprattutto di digitalizzazione, organizzazione dei servizi, presa in carico territoriale).

Per quanto riguarda l’ultima proposta del Think Tank relativa alla creazione di un **punto di accesso unico digitale** per i servizi di *welfare*, occorre segnalare alcuni recenti sviluppi normativi. Nell’ambito dell’**IT-Wallet all’interno dell’app IO**, la nuova funzione “**Documenti su IO**” consente di conservare nella sezione Portafoglio i propri documenti digitali sul telefono (patente, tessera sanitaria, carta europea della disabilità)⁴⁴. Inoltre, da giugno 2025 i documenti sono accessibili anche offline.

In ambito di **Sanità digitale (Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0)** con decreto del 27 giugno 2025⁴⁵ è stato introdotto il “**Profilo sanitario sintetico**”, ovvero il riepilogo *standard* dei dati clinici presenti nel Fascicolo Sanitario Elettronico. Questa novità semplifica la prenotazione delle visite, l’uso della telemedicina e la consultazione dei propri dati in modo uniforme.

Infine, alcune novità hanno riguardato anche la **Piattaforma Digitale Nazionale Dati (PDND)**, ovvero il canale nazionale attraverso cui le pubbliche amministrazioni si scambiano i dati. Nel **2025**, le nuove Linee Guida AgID⁴⁶ hanno semplificato e reso più sicuro il sistema: secondo il principio “**una sola volta**”, il cittadino fornisce un proprio dato personale **una volta sola** e le PA possono riutilizzarlo tramite PDND senza richiederlo nuovamente, previa autorizzazione.

In sintesi, l’Italia dispone attualmente di solide **basi tecniche e legali** per la creazione di uno “**sportello unico**” digitale del *welfare* ma manca un **provvedimento organico** che definisca una **governance unitaria**, capace di coordinare tutte le amministrazioni (sanità, previdenza, politiche sociali, formazione) e che stabilisca tempi *standard* di erogazione per ogni servizio digitale di *welfare*, garantendo ai cittadini un accesso uniforme e tempestivo.

⁴³ Per “soggetto formato” (nel Programma GOL, versione aggiornata 31/03/2025) si intende il beneficiario che, al termine di un percorso di aggiornamento/qualificazione/riqualificazione, riceve una delle attestazioni riconosciute: Qualifica o parte di qualifica del Repertorio (ex D.Lgs. 13/2013); Attestazione di formazione regolamentata da normative di settore; Messa in trasparenza / validazione / certificazione di competenze (ex D.Lgs. 13/2013); Messa in trasparenza referenziata Atlante del Lavoro o a standard UE (QCER, DigComp, EntreComp, LifeComp, PIAAC); Attestato di trasparenza su moduli/unità didattiche frequentate, referenziato a repertori/standard; Attestazione di valutazione periodica nei percorsi dell’istruzione e formazione (ex D.Lgs. 226/2005); Attestato di trasparenza del tirocinio non curriculare (con riferimenti agli standard).

⁴⁴ Dipartimento della trasformazione digitale, It-Wallet: tre documenti digitali su app IO per tutti i cittadini, dicembre 2024.

⁴⁵ Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Decreto 27 giugno 2025 - Indicazioni attuative per la definizione dei contenuti informativi del Profilo sanitario sintetico previsto dall’articolo 4 del decreto 7 settembre 2023, recante il «Fascicolo sanitario elettronico 2.0»

⁴⁶ Linee Guida sull’infrastruttura tecnologica della Piattaforma Digitale Nazionale Dati per l’interoperabilità dei sistemi informativi e delle basi di dati ai sensi dell’articolo 50-ter, comma 2 del D. Lgs. 7 marzo 2005, n. 82, giugno 2025

Le opportunità socioeconomiche per il Paese connesse alla valorizzazione del Capitale umano

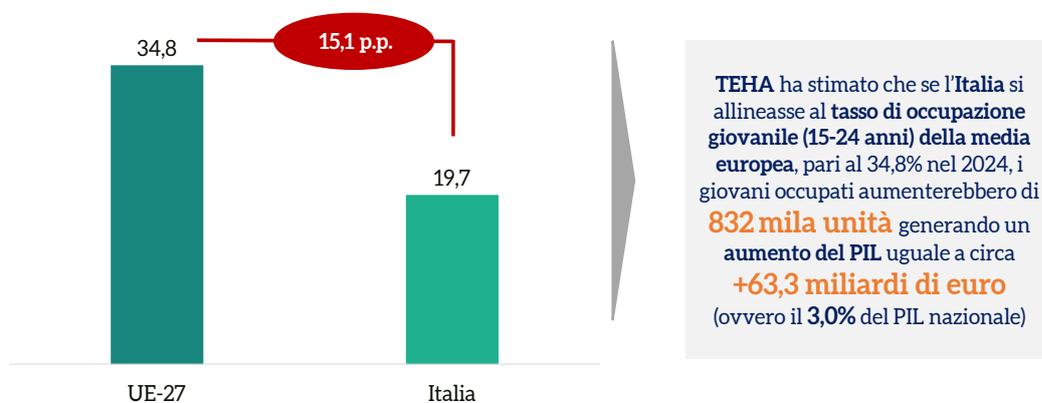
La **valorizzazione del Capitale umano** rappresenta una delle sfide più importanti per il futuro del sistema di *welfare* non solo per il ruolo che riveste nell'incentivare la **crescita economica**, ma anche per la sua centralità nella promozione di una **società più equa e sostenibile**. Infatti, in un contesto in cui il sistema di *welfare* si trova ad affrontare **sfide crescenti**, risulta fondamentale per il sistema-Paese adottare politiche capaci di **ottimizzare l'uso delle risorse umane**, garantendo pari opportunità per tutte le categorie di lavoratori e promuovendo un'occupazione inclusiva.

All'interno del contesto delineato, il Think Tank *Welfare, Italia* ha approfondito le opportunità legate alla valorizzazione del capitale umano attraverso **quattro scenari** dedicati ad alcune delle componenti chiave del mercato del lavoro: giovani, donne, *senior* e cittadini stranieri. Ciascuno di questi ambiti esprime potenzialità e sfide specifiche che richiedono politiche mirate di valorizzazione delle competenze e di inclusione attiva, con l'obiettivo di rafforzare la partecipazione al lavoro e sostenere la crescita economica e sociale del Paese.

La metodologia utilizzata per l'elaborazione degli scenari di valorizzazione del Capitale umano si fonda sull'**approccio "what-if"**, che esplora gli effetti di possibili cambiamenti nel **sistema occupazionale italiano**, confrontandolo con la **media dell'Unione Europea**. Tale metodologia consente di stimare **le potenzialità di sviluppo del mercato del lavoro in Italia**, ipotizzando cosa accadrebbe se il Paese si allineasse alle medie europee in tre aree chiave: **l'occupazione giovanile, l'occupazione della fascia di età 60-69 anni e l'occupazione degli stranieri**. Un quarto ambito di analisi, infine, è rappresentato dall'allineamento tra il **tasso di occupazione femminile** nella fascia d'età 25-59 anni italiano con quello europeo.

Partendo dal primo modello, relativo all'occupazione giovanile, è possibile osservare come il divario tra il tasso di occupazione giovanile nella fascia 15-24 anni, pari nel 2024 in Italia al **19,7%**, risulta **inferiore di 15,1 punti percentuali** rispetto alla media europea che si attesta al **34,8%**. Il Think Tank "Welfare, Italia" ha stimato che, se l'Italia si allineasse al **tasso di occupazione giovanile (15-24 anni) della media europea**, il numero dei giovani occupati aumenterebbero di **832 mila unità**, con un **impatto positivo sul PIL** pari a **+63,3 miliardi di Euro**, ovvero il **3,0%** del PIL nazionale.

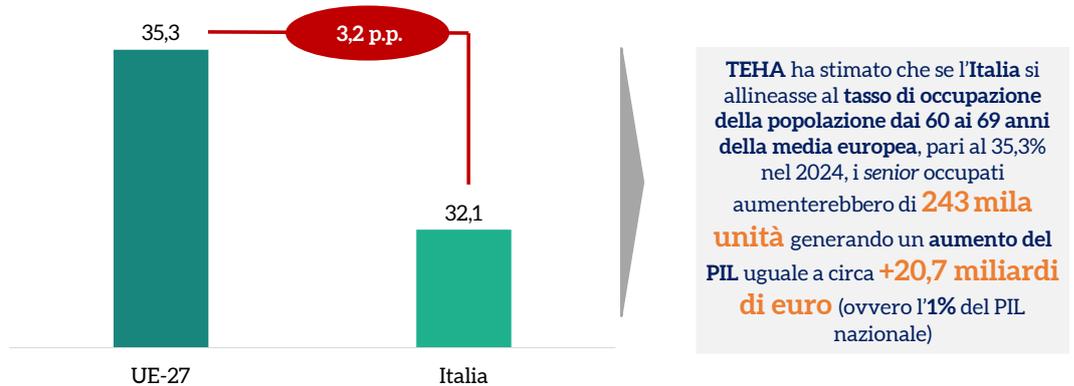
Figura 4.1. Analisi "what-if" sull'occupazione giovanile (15-24 anni). Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



Il secondo modello è relativo all'**occupazione delle persone più anziane**, ovvero quelle che hanno un'età compresa tra 60 e 69 anni. Nel 2024, il divario tra il tasso di occupazione 60-69 anni in Italia, pari al 32,1%, e quello dell'Unione Europea, pari al 35,3%, è di **3,2 punti**

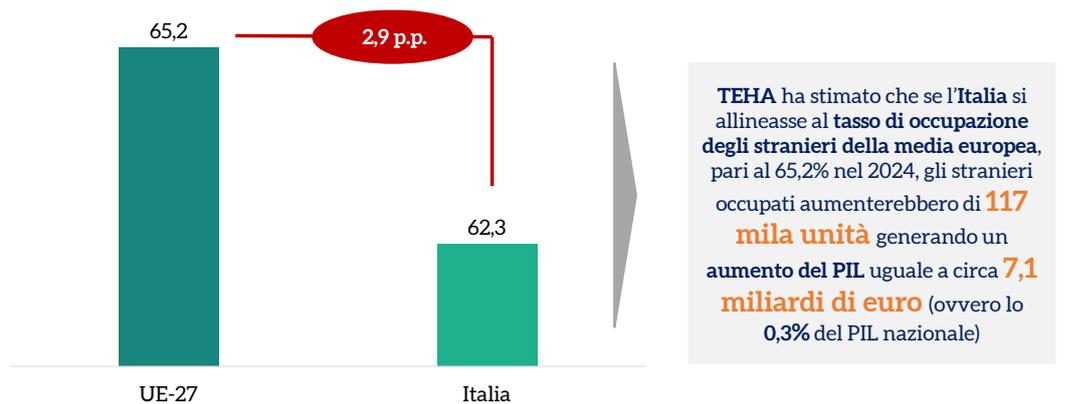
percentuali. Secondo le stime del Think Tank, se l'**Italia** si allineasse al **tasso di occupazione (60-69 anni) della media europea**, gli occupati in questa fascia d'età aumenterebbero di **243 mila unità**, generando un **aumento del PIL** pari a **+20,7 miliardi di Euro** (ovvero l'1% del PIL nazionale).

Figura 4.2. Analisi "what-if" sull'occupazione 60-69 anni. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



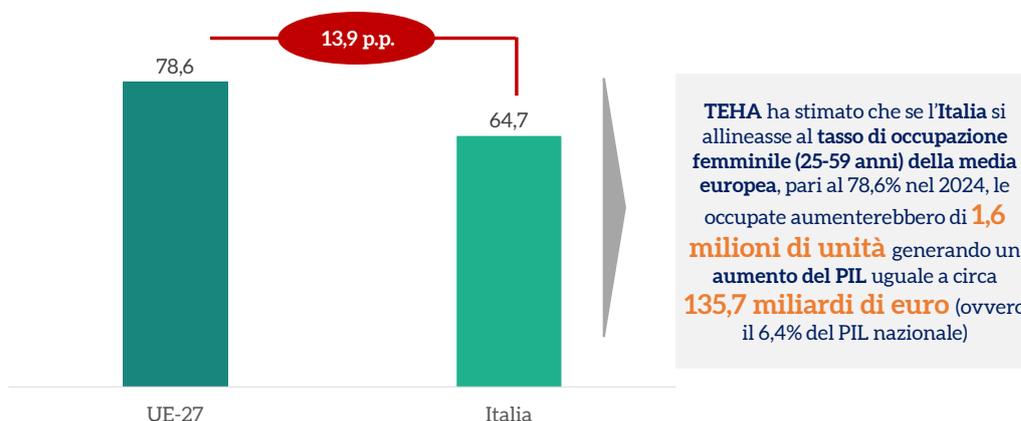
Il terzo modello considera, invece, l'**occupazione degli stranieri** nella fascia d'età 15-64 anni. Il divario tra il tasso di occupazione degli stranieri in Italia nel 2024, pari al 62,3%, e il tasso di occupazione degli stranieri nell'Unione Europea, pari al 65,2%, risulta di **2,9 punti percentuali**. Secondo le stime, se l'**Italia** si allineasse al **tasso di occupazione degli stranieri** dell'Unione Europea, gli occupati stranieri aumenterebbero di **117 mila unità** e potrebbero generare un incremento del PIL pari a **7,1 miliardi di Euro**, ovvero lo **0,3%** del PIL nazionale.

Figura 4.3. Analisi "what-if" sull'occupazione degli stranieri (15-64 anni). Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



Infine, il quarto ambito di intervento considera l'allineamento del tasso di occupazione femminile nella **fascia d'età 25-59 anni** italiano con quello dell'Unione Europea. Se l'Italia si allineasse al tasso di occupazione femminile (25-59 anni) dell'Unione Europea si avrebbero **1,6 milioni** in più di occupate e un PIL addizionale di **135,7 miliardi di Euro**.

Figura 4.4. Analisi "what-if" relativo all'allineamento tra il tasso di occupazione femminile (25-59 anni) dell'Italia con la media UE. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.



In sintesi, agendo sulle **leve economiche** esposte in precedenza, ovvero l'occupazione giovanile (15-24 anni), l'occupazione femminile (25-59 anni), degli stranieri (15-64 anni) e la partecipazione lavorativa della popolazione tra i 60 e i 69 anni, in Italia gli **occupati totali aumenterebbero di circa 2,8 milioni di unità**, generando una **crescita del PIL fino a 226 miliardi di Euro**.

4.2.2

I lineamenti di una Strategia italiana per il Capitale umano

Alla luce delle opportunità e delle necessità espresse, il Think Tank "Welfare, Italia" propone per il 2025 una **Strategia nazionale per il Capitale umano**, concepita come una risposta alle sfide demografiche ed economiche che il Paese sta affrontando, puntando a costruire un sistema di *welfare* solido, inclusivo e competitivo. La strategia si articola su **diverse direttrici** che riguardano il **sistema educativo**, il **mondo del lavoro** e la **coesione sociale**, con l'obiettivo di **valorizzare e sviluppare le competenze** presenti nel Paese.

Tra gli elementi centrali della proposta vi sono:

- l'**aggiornamento dei metodi formativi**, per rispondere ai cambiamenti rapidi e costanti del mercato del lavoro e della società;
- l'**introduzione di un sistema di valutazione esterno** che assicuri la qualità dei docenti e delle istituzioni formative, in modo da rispondere con efficacia alle necessità di una formazione orientata alle sfide future;
- la **rifunzionalizzazione delle infrastrutture scolastiche**, per renderle più flessibili e adeguate alle nuove esigenze didattiche e sociali nonché abilitando un ampliamento del calendario scolastico e quindi la riduzione delle disuguaglianze di reddito e genere;
- l'**efficientamento della transizione scuola-lavoro** e dell'**orientamento**, per garantire un percorso più fluido e integrato tra educazione e ingresso nel mondo del lavoro.
- l'**"attraction" e "retention"** delle competenze, ovvero la capacità del Paese di attrarre risorse qualificate e di trattenere giovani lavoratori;
- adeguate politiche di **sostegno all'inclusione femminile** e di **life-long learning**, per garantire che ogni fase della vita lavorativa sia caratterizzata da opportunità di crescita e aggiornamento professionale;
- interventi mirati alla **stabilità e sicurezza economica nell'arco di vita**, che tutelino i cittadini in tutte le fasi di vita;
- iniziative per la **promozione della salute e della prevenzione**, in ottica di benessere diffuso e di lungo periodo;

Una proposta trasversale che permea tutta la strategia riguarda la **valorizzazione del capitale umano nel sistema del welfare**, a partire dai docenti e dai professionisti sociosanitari, i cui ruoli sono essenziali per il funzionamento del sistema di *welfare* e per il rafforzamento del capitale umano del Paese.

AGGIORNAMENTO DEI METODI FORMATIVI

Nel contesto dell'aggiornamento dei metodi formativi, l'obiettivo è favorire un passaggio da una didattica tradizionale e trasmissiva a una più interattiva e centrata sullo studente. L'integrazione di **modelli educativi innovativi**, che siano in grado di sviluppare competenze trasversali, la collaborazione, l'insegnamento tra pari e l'autonomia, rappresenta un passo fondamentale.

In parallelo, è essenziale implementare un **sistema di valutazione del processo**, che non si concentri solo sul risultato finale, ma che prenda in considerazione anche il cammino di apprendimento intrapreso. La didattica deve infatti rispondere alla necessità di insegnare conoscenze e abilità, ma anche di **creare ambienti sicuri e stimolanti**, che favoriscano lo sviluppo umano e sociale degli studenti. Un approccio educativo che stimola l'autonomia, il pensiero critico e il benessere dello studente si riflette nella crescente diffusione di metodi alternativi come il **metodo Montessori**, che enfatizza l'auto-direzione e l'uso di materiali sensoriali e manipolativi, o il **Reggio Children Approach**, basato sulla collaborazione e dal rispetto degli interessi dei bambini. In questi modelli l'insegnante assume il **ruolo di guida e osservatore**.

In questo scenario evolutivo, l'introduzione dell'**Intelligenza Artificiale (AI)** nell'ambito educativo non solo rappresenta un'innovazione nei metodi didattici, ma diventa anche un'opportunità per formare studenti e docenti in competenze digitali avanzate. Investire nell'uso dell'**AI-learning** permette di **personalizzare l'apprendimento**, migliorare l'**efficienza dei processi formativi** (anche intercettando specifici bisogni formativi, come quelli degli studenti con bisogni educativi speciali o quelli degli stranieri) e rispondere alla **crescente domanda di competenze tecnologiche** nel mercato del lavoro. In questo modo, l'adozione dell'IA contribuisce ad affrontare le sfide poste dal calo demografico e dall'invecchiamento della popolazione, aumentando la produttività nazionale. In questa prospettiva, è fondamentale potenziare la **raccolta** e la **diffusione delle best practice** relative a metodi e modelli educativi alternativi, nonché sviluppare **policy e framework nazionali** che regolamentino l'utilizzo dell'AI nelle scuole e nelle università.

INTRODUZIONE DI UN SISTEMA DI VALUTAZIONE ESTERNO

Un aspetto cruciale nell'aggiornamento del sistema educativo italiano riguarda l'introduzione di un **sistema di valutazione esterno**, che permetta di misurare in modo indipendente e obiettivo la **qualità delle scuole**. Questo sistema dovrebbe basarsi su una valutazione terza, condotta da un *pool* nazionale di valutatori, con cadenza biennale. L'obiettivo è garantire la trasparenza e l'efficacia delle istituzioni formative, e al contempo rendere possibile una **gestione più strutturata delle carriere dei docenti**, con un impatto diretto sulle loro remunerazioni, basato su una valutazione funzionale delle *performance* professionali. L'Italia, infatti, rientra tra il 25% di Paesi europei in cui la progressione di carriera dei docenti si misura unicamente in base all'**anzianità di servizio**.

Accanto alla valutazione degli insegnanti, è fondamentale introdurre una valutazione attitudinale e di formazione manageriale per i **Dirigenti Scolastici**. Questi professionisti devono possedere competenze che vadano oltre la gestione amministrativa, includendo la capacità di guidare il cambiamento, di motivare il personale e di rispondere ai nuovi bisogni degli studenti. Una valutazione sistematica e specifica per i dirigenti, che comprenda anche

una dimensione di "**praticantato**" e una formazione continua in ambito **manageriale**, è cruciale per garantire una *leadership* efficace all'interno delle scuole.

RIFUNZIONALIZZAZIONE INFRASTRUTTURALE

La scuola rappresenta un **luogo** cruciale per lo sviluppo del capitale umano. Tuttavia, molte scuole italiane sono caratterizzate da un'elevata **vetustà delle infrastrutture**, con un'età media delle strutture pari a 56 anni. Inoltre, solo il 43% delle scuole ha una palestra, il 36% dispone di una mensa e il 27% ha aule tecniche, mentre solo il 7% è stato oggetto di interventi di riqualificazione profonda e l'11% ha installato pannelli fotovoltaici. Non da ultimo, queste strutture sono utilizzate solo per il **20% del tempo**.

In questo contesto, è necessario pensare a un nuovo modello infrastrutturale che non solo valorizzi e ottimizzi gli spazi esistenti, ma che offra anche **opportunità per gli studenti e per le comunità circostanti**, rendendo la scuola un **centro polifunzionale, al servizio di tutta la comunità**. Ciò richiede **interventi infrastrutturali** significativi, tra cui la **riqualificazione** degli edifici scolastici, la **creazione di spazi didattici e sportivi** moderni, nonché l'**efficientamento energetico** delle strutture, al fine di ridurre i consumi e permettere agli edifici di **rimanere aperti anche nei mesi estivi**.

In questa prospettiva, particolare attenzione deve essere posta sull'**estensione delle ore di apertura delle scuole**, attraverso la possibilità di coprire anche le fasce pomeridiane, serali e parzialmente estive, offrendo **attività extra-didattiche, culturali e sociali per gli studenti e per le comunità**, per rendere concretamente la scuola **centro vitale per le comunità locali**. Questa necessità è resa ancora più importante per il fatto che il **calendario scolastico** italiano prevede un **periodo di ferie molto esteso**, generando difficoltà per i genitori lavoratori che devono trovare occupazioni alternative per i propri figli, generando un aumento delle disuguaglianze sociali e di genere (le famiglie con redditi più alti possono prevedere corsi di sport, lingua, ecc., al contrario delle famiglie con redditi più bassi, in cui spesso sono le madri a prendersi cura dei figli rinunciando alla carriera).

EFFICIENTAMENTO DELLA TRANSIZIONE SCUOLA-LAVORO E DELL'ORIENTAMENTO

Un aspetto fondamentale per la crescita e la competitività del sistema educativo italiano è il rafforzamento della transizione tra il mondo scolastico e quello lavorativo. In questo contesto, uno degli strumenti può essere il **consolidamento dell'esperienza del modello "4+2"** (quattro anni di formazione scolastica seguiti da due anni di formazione tecnica e professionale), che si è dimostrato un valido punto di raccordo tra formazione teorica e pratica. Questo modello potrebbe consentire agli studenti di acquisire **competenze tecniche e professionali** immediatamente spendibili nel mercato del lavoro.

Parallelamente, è necessario **promuovere e sostenere la partecipazione a percorsi di formazione professionale**, come gli Istituti Tecnici Superiori (ITS)⁴⁷, attraverso attività di **comunicazione e sensibilizzazione**. Questi percorsi, che uniscono formazione teorica e *stage* lavorativi, rappresentano una risposta concreta alle sfide del mercato del lavoro, poiché offrono agli studenti una preparazione altamente qualificata e pronta ad affrontare le richieste delle imprese. Grazie al coinvolgimento delle imprese nei corsi formativi professionalizzati, infatti, il sistema degli ITS registra risultati di eccellenza in termini di **transizione tra scuola e lavoro**, con tassi di occupazione a 12 mesi superiori rispetto al tasso di occupazione medio italiano (66,3%), al tasso di occupazione medio a seguito del conseguimento del diploma superiore (68,3%) e, in 8 corsi su 10, superiori alla media degli

⁴⁷ Gli ITS sono scuole di eccellenza ad alta specializzazione tecnologica post diploma che permettono di conseguire il titolo di tecnico superiore. Sono espressione di una strategia fondata sulla connessione delle politiche di istruzione, formazione e lavoro con le politiche industriali.

studenti con laurea o dottorato (81,6%). Tuttavia, in Italia, circa il 30% degli studenti intraprende percorsi tecnici e professionali brevi dopo il diploma, un dato ben al di sotto della media europea (oltre il 40%). La bassa partecipazione a questi percorsi in Italia, rispetto ad altri Paesi europei e OCSE, evidenzia la necessità di un rafforzamento del sistema educativo post-secondario, *in primis* in termini di **posizionamento e percezione**.

Inoltre, è essenziale ripensare i **sistemi di orientamento**, affinché possano agire su due dimensioni fondamentali: da un lato, la **preparazione professionale** e il **collegamento con le opportunità di impiego**, e dall'altro, la "**proiezione personale**" dello studente, che riguarda la sua crescita individuale e il suo progetto di vita. L'orientamento deve quindi essere un **processo continuo**, che accompagni lo studente fin dai primi anni della scuola primaria, con attività curriculari obbligatorie che stimolino l'autoconsapevolezza, l'identificazione dei propri talenti e l'esplorazione delle possibilità future. Il ruolo del **settore privato** è cruciale in questo processo, non solo nell'offrire opportunità di formazione professionale, ma anche nel **valorizzare i percorsi brevi post-secondari**.

ATTRACTIONE RETENTION

Per rafforzare la competitività del sistema educativo e produttivo italiano, è fondamentale sviluppare politiche efficaci di **attrazione e retention di competenze qualificate**, sia italiane che straniere. Come illustrato precedentemente, l'Italia presenta un divario significativo rispetto ad altri Paesi OCSE in termini di partecipazione a percorsi post-secondari brevi, come gli ITS, e di presenza di ricercatori internazionali nelle università italiane. Per colmare questo *gap*, è necessario implementare misure che incentivino la permanenza e l'ingresso di professionisti altamente qualificati nel Paese.

Un primo passo consiste nel **rafforzare gli incentivi fiscali per i giovani e i lavoratori qualificati**, sia italiani che provenienti dall'estero. Il regime fiscale agevolato per i docenti e i ricercatori che trasferiscono la residenza fiscale in Italia (che ora prevede – per un periodo fino a 5 anni – una tassazione ridotta del 50% o del 60% in presenza di figli minori), ha mostrato risultati positivi, con un aumento del numero di professionisti che rientrano nel Paese. Tuttavia, è necessario **estendere e rendere più accessibili tali incentivi** anche ad altre categorie professionali, per attrarre un numero maggiore di risorse qualificate.

In parallelo, è cruciale incentivare l'**attrattività internazionale degli atenei italiani**, non solo attraverso la promozione dei corsi di studio, ma anche mediante l'ingaggio strutturato di **docenti e ricercatori stranieri**, inclusi professionisti di alto profilo come premi Nobel. La presenza di esperti internazionali, infatti, arricchisce l'offerta formativa, stimola la ricerca e aumenta la visibilità internazionale delle istituzioni accademiche italiane.

Non a caso, andando ad analizzare i criteri che concorrono a determinare i ranking internazionali delle università, emerge come l'Italia sia sostanzialmente allineata alla media dei Paesi OCSE⁴⁸ nella maggioranza degli indicatori chiave (es. reddito derivante dalla ricerca, citazioni, qualità della ricerca, insegnamento, reputazione, ecc.). I *gap* più ampi, invece, si registrano proprio con riferimento all'**internazionalizzazione degli atenei** (47,8 in Italia vs 70,6 nella media OCSE, in una scala da 0 a 100), **degli studenti** (15,2 vs 39,5) e **dei professori** (6,2 vs 45,7).

Infine, per favorire la *retention*, è fondamentale creare un **ambiente favorevole alla crescita professionale e personale**. Ciò implica investire in politiche di **sviluppo delle carriere**, garantire **condizioni di lavoro competitive** e promuovere un **sistema di**

⁴⁸ Solo se con almeno una università nei primi 500 posti del ranking THE - Times Higher Education World University Ranking (esclusi quindi i seguenti Paesi: Lettonia, Lituania, Messico, Polonia, Rep. Ceca, Slovacchia e Slovenia).

valutazione meritocratico. Solo attraverso un approccio integrato che combini incentivi fiscali, attrattività accademica e politiche di supporto alla carriera sarà possibile attrarre e trattenere risorse qualificate, contribuendo così al rafforzamento del Capitale umano in Italia.

SOSTEGNO ALL'INCLUSIONE FEMMINILE

L'obiettivo dell'Italia, nell'ambito della Strategia per il Capitale umano, deve essere quella di valorizzare appieno il contributo di tutte le energie del Paese che – ad oggi – scontano *gap* in termini di inclusione. Con particolare riferimento all'inclusione femminile, l'ambizione dell'Italia può dunque essere quella di trasformare i **congedi di maternità e paternità** in congedi *gender neutral*, con possibilità di suddivisione del tempo tra madre e padre, e con una quota minima obbligatoria in capo al padre di **almeno 4 mesi** in linea con il *best performer* europeo (in questo specifico caso costituito dalla Spagna). L'obiettivo di questa proposta è sostenere una **maggiore equità e collaborazione nei compiti di cura** dei figli all'interno del nucleo familiare, che oggi gravano soprattutto sulle figure femminili. Al tempo stesso, occorre garantire che il sistema dei congedi preveda **adeguati incentivi**, per esempio per le famiglie più giovani o per le famiglie desiderose di fare altri figli.

LIFE-LONG LEARNING

Per rispondere alle sfide di un mercato del lavoro in continua evoluzione e alla necessità di aggiornamento costante delle competenze, la Strategia italiana per il Capitale umano pone particolare attenzione al *Life-long Learning*. Un elemento centrale riguarda l'introduzione di **schemi di incentivazione specifici**, ispirati ai **Conti individuali di apprendimento** (*Individual Learning Account, ILA*). Si tratta di conti personali che permettono ai cittadini di **accumulare e conservare i propri diritti alla formazione**, utilizzandoli per corsi, attività di orientamento o convalide delle competenze, secondo le proprie esigenze e quando lo ritengono più opportuno. Questi conti garantiscono la piena titolarità dei diritti individuali, indipendentemente dalla fonte di finanziamento, e favoriscono una **gestione flessibile e personalizzata della formazione continua**.

STABILITÀ E SICUREZZA ECONOMICA NELL'ARCO DI VITA

Per assicurare un percorso di vita economicamente stabile e sicuro, un ruolo fondamentale è rappresentato dalla previdenza, la cui valorizzazione deve partire dai primi anni di nascita. In questa prospettiva, l'indirizzo operativo è di introdurre **forme di risparmio incentivato** – sul modello dei *Children's Savings Accounts (CSA)* – per favorire il risparmio previdenziale integrativo **fin dai primi anni di vita**. I CSA sono degli strumenti finanziari attivati alla nascita o nei primi anni di vita che prevedono che le famiglie versino regolarmente dei piccoli risparmi in un conto dedicato, e che questi risparmi siano moltiplicati (o incentivati con altre forme di supporto finanziario pubblico o privato) alla condizione che le somme accumulate siano spese per una specifica funzione (per esempio l'istruzione)⁴⁹. L'obiettivo è, da un lato, **favorire l'accumulo di risorse finanziarie** destinate all'istruzione e, dall'altro, **rafforzare le aspirazioni e le aspettative** familiari sull'istruzione dei figli. Tale modello, sviluppatosi sulla base degli *Individual Development Accounts* e diffuso in Nord America, Singapore, Corea e Israele, ha dimostrato di avere impatti positivi

⁴⁹ Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, "Conti di risparmio incentivato per combattere la povertà educativa", 2020.

anche nelle esperienze italiane⁵⁰, e potrebbe dunque essere replicato prevedendo diverse finalità del risparmio, come, per esempio, quello destinato alla **previdenza complementare**⁵¹.

Al contempo, con l'obiettivo di favorire il risparmio previdenziale, la Strategia dovrebbe prevedere misure per rafforzare in maniera strutturale la previdenza complementare, in primo luogo assicurando una maggiore **flessibilità**. Tra gli strumenti prioritari, possono rientrare:

- la "**portabilità**" da un anno all'altro dell'ammontare di deducibilità fiscale non utilizzato in un determinato anno;
- la possibilità di ottenere **anticipazioni straordinarie** sulla prestazione a prescindere dall'anzianità di iscrizione⁵², al verificarsi di particolari circostanze, ovvero eventi preventivamente definiti e localizzabili come una calamità naturale o una pandemia;
- la possibilità di consentire il **trasferimento ai propri figli** della posizione maturata dal titolare al proprio pensionamento, in luogo della riscossione della prestazione, per stimolare l'adesione alla previdenza complementare.

PROMOZIONE DELLA SALUTE E DELLA PREVENZIONE

La Strategia italiana riconosce la prevenzione come elemento chiave per garantire il benessere individuale e la sostenibilità del sistema sanitario. Per questo motivo, è fondamentale **favorire stili di vita corretti** e **incentivare l'adesione alle campagne di screening** e alle **attività di immunizzazione** dalla nascita all'età adolescenziale, adulta e anziana, con particolare attenzione alle fragilità. Al tempo stesso, occorre ampliare l'età per l'**offerta gratuita degli screening oncologici** e aggiornare in modo tempestivo il **Calendario di immunizzazione** sulla base delle più recenti evidenze scientifiche.

Inoltre, si reputa necessario rendere più efficienti le normative e i processi per **ridurre i tempi di accesso dei pazienti alle nuove terapie e tecnologie**, con particolare attenzione a quelle più innovative, facendo leva sul lavoro del Tavolo Tecnico di Coordinamento AIFA-Regioni, sulla condivisione dei *dossier* con le Regioni subito dopo l'approvazione formale di AIFA, sulla semplificazione dei processi di *procurement* e sui programmi di *early access* e rimborsabilità anticipata. In questo quadro, è importante riconoscere l'innovatività terapeutica, tenendo conto anche degli effetti sulla qualità della vita e delle ricadute sul sistema sanitario ed economico, e coinvolgere i pazienti nei processi di *Health Technology Assessment* (HTA) introducendo i *Patient-Reported Outcomes* (PROs).

Accanto al sistema pubblico, la Strategia promuove la **valorizzazione della componente sanitaria integrativa**. Ciò include la definizione chiara del **perimetro delle prestazioni**, attualmente meno sviluppato rispetto ai sistemi previdenziali, e l'**ampliamento della**

⁵⁰ Si veda, per esempio: Azzolini D., Martini A., Romano B., Vergolini L., "Affording college with the help of asset building: First experimental impacts from Italy", *Economics Letter*, Vol. 169, agosto 2018, pp. 27-30; Azzolini D., Rettore E., Vergolini L., "Risparmio incentivato: un valido strumento di contrasto alla povertà educativa prima e durante il Covid-19?", *Percorsi di Secondo Welfare*, 2020.

⁵¹ Con tale configurazione, si tratta di un meccanismo simile a quello formulato nel Rapporto 2020 del Think Tank "Welfare, Italia", in cui si proponeva di lanciare UNICO ("Universale Contributo") come strumento di incentivazione al risparmio tra i più giovani, ovvero di aprire una posizione previdenziale di III pilastro per tutti i nuovi nati, con possibilità, da parte delle diverse istituzioni finanziarie e assicurative, di dotare questa posizione di una contribuzione iniziale pari a 50 Euro.

⁵² Ad oggi è possibile chiedere un'anticipazione in qualsiasi momento in misura non superiore al 75% della posizione individuale, per far fronte a spese sanitarie per terapie e interventi straordinari riconosciuti dalle strutture pubbliche competenti a seguito di gravissime situazioni relative all'aderente, al coniuge e ai figli. Altre circostanze sono vincolate al decorso di otto anni di iscrizione.

platea di beneficiari, attraverso un **incremento del limite di deducibilità** (attualmente fissato a 3.615 Euro) e il **superamento della ripartizione in fondi di tipo A e B**⁵³, anche per lavoratori non-dipendenti, prevedendo un'unica categoria. Questo approccio integrato mira a garantire una **copertura sanitaria più ampia e sostenibile**, stimolando la partecipazione dei cittadini alla prevenzione e rafforzando la resilienza del sistema sanitario nazionale.

VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE

Un elemento trasversale e cruciale della Strategia italiana per il Capitale umano riguarda la **valorizzazione del personale, sia nel settore educativo che in quello sanitario**. Nel caso dei docenti, è necessario **adeguare gli stipendi alla media europea**: attualmente, come approfondito nel Capitolo 2.2.3, il salario medio di un insegnante italiano con più di 15 anni di esperienza, a parità di potere d'acquisto, risulta inferiore a quello di un docente *entry level* nei Paesi *benchmark* (Germania, Francia e Spagna). Adeguare la retribuzione garantirebbe **maggiore attrattività** della professione, **motivazione e fidelizzazione**, contribuendo a rafforzare la **qualità** dell'insegnamento.

Nel settore sanitario, l'attenzione deve concentrarsi su medici e infermieri, potenziando il Capitale umano attraverso **contratti stabili, salari competitivi, percorsi di carriera chiari e condizioni di lavoro migliorative**. Questi interventi non solo valorizzano le risorse esistenti, ma rafforzano la resilienza, l'innovazione e la competitività del sistema sanitario nel suo complesso.

Parallelamente, risulta fondamentale **sviluppare competenze specifiche per l'innovazione e la ricerca**, introducendo **nuove figure professionali**, come *data scientist* e infermieri di ricerca, in grado di supportare la digitalizzazione, la gestione dei dati clinici e lo sviluppo di nuovi modelli di assistenza. Questo approccio integrato mira a creare un sistema in cui la crescita professionale, la valorizzazione economica e la formazione continua siano pienamente connessi, aumentando l'efficacia e la qualità dei servizi offerti ai cittadini.

⁵³ Fondi di tipo A: fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale che erogano esclusivamente prestazioni sanitarie non comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA). Fondi di tipo B: enti, casse e società di mutuo soccorso che erogano prestazioni *extra* LEA, ma anche le prestazioni LEA previste nei loro.

PRINCIPALI FONTI BIBLIOGRAFICHE DI RIFERIMENTO

- ACRI, “Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile: risorse, progetti e impatti”, 2025
- Banca d’Italia, “Bollettino economico 1/2025”, 2025
- Banca d’Italia, “Bollettino economico 2/2025”, 2025
- Banca d’Italia, “Bollettino economico 3/2025”, 2025
- Banca d’Italia, “Bollettino economico 4/2025”, 2025
- Banca d’Italia, “Bollettino economico BCE, n.1”, 2025
- Banca d’Italia, “Bollettino economico BCE, n.2”, 2025
- Banca d’Italia, “Bollettino economico BCE, n.3”, 2025
- Banca d’Italia, “Bollettino economico BCE, n.4”, 2025
- Banca d’Italia, “Bollettino economico BCE, n.5”, 2025
- Banca d’Italia, “Bollettino economico BCE, n.6”, 2025
- Banca d’Italia, “L’economia italiana in breve, n.6- giugno 2025”, giugno 2025
- Banca d’Italia, “L’economia italiana in breve, n.7- luglio 2025”, luglio 2025
- Banca d’Italia, “L’economia italiana in breve, n.8 - agosto 2025”, agosto 2025
- Banca d’Italia, “L’economia italiana in breve, n.9 - settembre 2025”, settembre 2025
- Banca d’Italia, “Proiezioni macroeconomiche per l’Italia - aprile 2025”, 2025
- Banca d’Italia, “Proiezioni macroeconomiche per l’Italia - giugno 2025”, 2025
- Banca d’Italia, “Proiezioni macroeconomiche per l’Italia - ottobre 2025”, 2025
- Banca d’Italia, “Relazione annuale sul 2024”, 30 maggio 2025
- Camera dei deputati - Servizio Studi, XIX Legislatura, “Il rapporto sul futuro della competitività europea di Mario Draghi, n.33”, 26 settembre 2024
- Camera dei deputati - Servizio Studi, XIX Legislatura, “Indicatori economici e finanziari” - Le previsioni del Piano Strutturale di Bilancio a Medio Termine 2024, n.125”, 3 ottobre 2024
- CENSIS (Centro Studi Investimenti Sociali), “56° Rapporto sulla situazione sociale del Paese/2022”, dicembre 2022
- CENSIS (Centro Studi Investimenti Sociali), “57° Rapporto sulla situazione sociale del Paese/2023”, dicembre 2023
- CENSIS (Centro Studi Investimenti Sociali), “58° Rapporto sulla situazione sociale del Paese/2024”, dicembre 2024
- CENSIS (Centro Studi Investimenti Sociali), “Il valore del ceto medio per l’economia e la società”, maggio 2024

- Commissione Europea, "Spring 2024 Economic Forecast: A graduale expansion amid high geopolitical risks", maggio 2024
- Commissione Europea, "Winter 2024 Economic Forecast: A delayed rebound in growth amid faster easing of inflation", febbraio 2024
- Consiglio nazionale Giovani, "La povertà educativa in Italia - Un'educazione di qualità per uscire dal circolo vizioso della trasmissione intergenerazionale della povertà", 2025
- Corte dei conti - Sezioni riunite in sede di controllo, "Rapporto 2023 sul coordinamento della finanza pubblica", 2023
- COVIP, "Gli investimenti: dimensioni e composizione", 2023
- COVIP, "La previdenza complementare, principali dati statistici", 2025
- COVIP, "Relazione annuale per l'anno 2020", 2021
- COVIP, "Relazione annuale per l'anno 2021", 2022
- COVIP, "Relazione annuale per l'anno 2022", 2023
- COVIP, "Relazione annuale per l'anno 2023", 2024
- COVIP, "Relazione annuale per l'anno 2024", 2025
- Eurostat, "Persone a rischio di povertà o esclusione sociale (AROPE) nei Paesi UE-27 - Italia a confronto, 2023-2024", 2025
- Fondazione Gimbe, "5° Rapporto Gimbe sul Servizio Sanitario Nazionale", 2022
- Fondazione Gimbe, "6° Rapporto Gimbe sul Servizio Sanitario Nazionale", 2023
- Fondazione Gimbe, "7° Rapporto Gimbe sul Servizio Sanitario Nazionale", 2024
- Fondazione Gimbe, "8° Rapporto Gimbe sul Servizio Sanitario Nazionale", 2025
- Impresa Sociale Con i Bambini, "Le mappe della povertà educativa in Piemonte (2016-2021)", 2021
- INAPP, "Rapporto 2021", 2021
- INAPP, "Rapporto 2022", 2022
- INAPP, "Rapporto 2023", 2023
- INAPP, "Rapporto 2024", 2024
- INPS, "Rendiconto Generale", 2023
- INPS, "Rendiconto Generale", 2024
- INPS, "XXI Rapporto Annuale", 2022
- INPS, "XXII Rapporto Annuale", 2023
- INPS, "XXIII Rapporto Annuale", 2024
- INPS, "XXIV Rapporto Annuale", 2025
- ISTAT, "Rapporto annuale", 2023
- ISTAT, "Rapporto annuale", 2024
- ISTAT, "Rapporto annuale", 2025
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, "Documento di Economia e Finanza (DEF 2025)", 2025
- Ministero dell'Economia e delle Finanze, "Nota di Aggiornamento al Documento di Economia e Finanza (DEF 2025)", 2025

- OECD, “Health at a Glance 2024”, 2024
- OECD, “Prospettive economiche dell’OCSE, Rapporto intermedio - L’economia mondiale a un punto di svolta”, settembre 2025
- TEHA Group, Meridiano Sanità, Rapporto 2025
- Think Tank “Welfare, Italia” Rapporto 2019
- Think Tank “Welfare, Italia” Rapporto 2020
- Think Tank “Welfare, Italia” Rapporto 2021
- Think Tank “Welfare, Italia” Rapporto 2022
- Think Tank “Welfare, Italia” Rapporto 2023
- Think Tank “Welfare, Italia” Rapporto 2024
- World Health Statistics 2025, “Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals”, 2025

PRINCIPALE SITOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- www.covip.it
- www.ec.europa.eu/eurostat
- www.excelsior.unioncamere.net
- www.ilo.org
- www.imf.org
- www.inps.it
- www.istat.it
- www.italiandomani.org
- www.mefop.it
- www.oecd.org
- www.unesco.org
- www.who.int
- www.worldbank.it

INDICE DELLE FIGURE

- Figura 1.1. Previsioni di crescita del PIL. (variazioni percentuali), 2025. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Fondo Monetario Internazionale, 2025.
- Figura 1.2. Aliquota tariffaria media su tutte le importazioni negli Stati Uniti e commercio di beni globale (asse sx: trilioni di dollari; asse dx: valori percentuali), 1990-2025E. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Tax Foundation, U.S. Census Bureau e Yale Budget Lab, 2025.
- Figura 1.3. I quattro pilastri del welfare italiano. Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.
- Figura 1.4. Peso della spesa in welfare sul totale della spesa pubblica in Italia. (valori percentuali), 2008-2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 1.5. Ripartizione della spesa in welfare in Italia nelle quattro diverse componenti (valori in percentuale sul totale), 2019 e 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 1.6. Ripartizione della spesa in welfare in Italia e nell'Eurozona al 2022 e variazione percentuale del valore assoluto (variazione percentuale), 2009-2019 e 2019-2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 1.7. Andamento della spesa previdenziale (valori in miliardi di Euro e in percentuale al PIL), 2009-2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 1.8. Andamento della spesa previdenziale (2009=100), 2009-2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 1.9. Peso della spesa in previdenza nei Paesi europei (valori in percentuale del PIL), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 1.10. Valore delle pensioni erogate e delle entrate contributive (valori in miliardi di Euro), 2014-2024. Fonte: TEHA Group su dati INPS, 2025. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 1.11. Andamento della spesa sanitaria in Italia (valori in miliardi di Euro e in percentuale al PIL), 2009-2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 1.12. Andamento della spesa sanitaria nei Big-4 europei e nell'Eurozona (numeri indice 100=2009), 2009-2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 1.13. Valore della spesa sanitaria nei Big-4 europei e nell'Eurozona (valori in percentuale del PIL), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 1.14. Andamento della spesa in politiche sociali in Italia (valori in miliardi di Euro e in percentuale del PIL) 2009-2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.

- Figura 1.15. Peso della spesa in politiche sociali nei Big-4 europei e nell'Eurozona (valori in percentuale del PIL), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 1.16. Suddivisione della spesa in politiche sociali (percentuale sul totale), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 1.17. Andamento della spesa in istruzione in Italia (valori in miliardi di Euro e in percentuale del PIL), 2009-2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 1.18. Peso della spesa in istruzione nei Big-4 europei e nell'Eurozona (valori in percentuale del PIL), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 1.19. Suddivisione della spesa in istruzione (percentuale sul totale della spesa in istruzione), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 1.20. Peso della spesa in welfare in Italia e in confronto ai principali partner europei nelle quattro componenti (percentuale sul PIL), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 1.21. Andamento della spesa pubblica di welfare (miliardi di Euro e variazione percentuale) 2019-2025. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Documento di Economia e Finanza 2025 ed Eurostat.
- Figura 1.22. Ripartizione della spesa in welfare in Italia nelle quattro diverse componenti (percentuale sul totale della spesa), 2019 e 2025. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 1.23. I tre pilastri che compongono il sistema previdenziale italiano. Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.
- Figura 1.24. Contributi in forme di previdenza integrativa privata in Italia (valori in miliardi di Euro), 2010-2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati COVIP, 2025.
- Figura 1.25. Tasso di partecipazione a forme pensionistiche complementari (iscritti in percentuale delle forze lavoro), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati COVIP, 2025.
- Figura 1.26. Risorse destinate alla previdenza complementare in Italia (miliardi di Euro), 2010-2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati COVIP, 2025.
- Figura 1.27. Condizione professionale degli iscritti della previdenza complementare per tipologia di forma in Italia (valori percentuali sul totale), 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati COVIP, 2025.
- Figura 1.28. Contratti che prevedono misure di welfare aziendale in Italia (valori in percentuale del totale dei contratti attivi), 2016-2025. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2025.
- Figura 1.29. Macrocategorie di servizi di welfare aziendale (valori percentuali sul totale), 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Edenred, 2025.
- Figura 1.30. Spesa sanitaria privata e percentuale rispetto alla spesa sanitaria totale (miliardi di Euro e valore percentuale), 2009-2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OECD, 2025.

- Figura 1.31. Spesa sanitaria privata pro-capite nelle Regioni italiane (Euro pro-capite), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Ragioneria Generale dello Stato, 2025.
- Figura 1.32. Spesa in istruzione privata totale e percentuale della spesa privata rispetto alla spesa in istruzione totale (miliardi di Euro e valore percentuale), 2014-2022. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 1.33. Percentuale della spesa privata sul totale nei Big-4 europei (valori percentuali), 2021. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2024.
- Figura 1.34. Indicatori considerati nel Welfare Italia Index 2025. Nota: in corsivo i KPI modificati rispetto all'edizione 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.
- Figura 1.35. Classifica del Welfare Italia Index 2025 (valore indice su una scala da 0=min a 100=max). Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.
- Figura 1.36. Score regionale della dimensione relativa agli indicatori di spesa del Welfare Italia Index 2025 (valore indice su una scala da 0=min a 100=max). Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.
- Figura 1.37. Score regionale della dimensione relativa agli indicatori strutturali del Welfare Italia Index 2025 (valore indice su una scala da 0=min a 100=max). Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.
- Figura 1.38. Confronto tra Regione best e worst performer nel Welfare Italia Index 2024 vs. 2025 (valori indice su una scala da 0=min a 100=max e differenza in punti percentuali). Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.
- Figura 1.39. Variazione degli score della dimensione relativa agli indicatori di spesa e strutturali del Welfare Italia Index 2024 vs. 2025 (punti percentuali). Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.
- Figura 2.1. Popolazione residente in Italia (milioni di persone), 1900 - 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.
- Figura 2.2. Andamento di nati e morti in Italia (valori in migliaia), 1862 - 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.
- Figura 2.3. Tasso di fertilità in Italia (numero medio di figli per donna), 2015 - 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.
- Figura 2.4. Sinistra: tasso di natalità e mortalità italiano (per 1.000 abitanti), 1973-2050e.; Destra: Composizione della popolazione italiana per fascia d'età (% sul totale), 2023 e 2050e. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati «Meridiano Sanità», 2025.
- Figura 2.5. Andamento della popolazione in Italia (milioni di abitanti), 2000-2080E. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.
- Figura 2.6. Numero di occupati e pensionati (valori in migliaia, asse di sinistra) e rapporto tra occupati e pensionati in Italia (asse di destra), 2020-2035E. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.
- Figura 2.7. Persone a rischio povertà ed esclusione sociale in Italia (valori %), 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 2.8. Persone a rischio povertà ed esclusione sociale - Worst-15 regioni europee (valori %), 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.

- Figura 2.9. Individui in condizione di povertà assoluta per fasce d'età in Italia (valori % sui residenti), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.
- Figura 2.10. Variazione stimata del numero di nascite, iscrizioni anagrafiche e cancellazioni anagrafiche nelle province italiane tra 2024 e 2035 (percentuale). Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.
- Figura 2.11. Tasso di crescita annuo composto del PIL nelle province italiane tra il 2013 e il 2022 (valori percentuali). Nota: valori del PIL a prezzi correnti. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.
- Figura 2.12. Indice di rischio SDE (Sociale Demografico Economico) delle province italiane, 2025. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.
- Figura 2.13. La definizione e i fattori di sviluppo del capitale umano nella prospettiva del Think Tank «Welfare, Italia». Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.
- Figura 2.14. Relazione tra anni medi di istruzione e produttività a livello globale (%), ultimi dati disponibili. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Our World in Data, 2025.
- Figura 2.15. Spesa pubblica in istruzione in Italia e in una selezione di Paesi benchmark (valori % sul PIL), 2022. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Banca Mondiale, OCSE e Istat, 2025.
- Figura 2.16. Score PISA medio nella matematica in Italia, nei Paesi Benchmark e in media nei Paesi OCSE (score), 2012-2022. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OCSE, 2025.
- Figura 2.17. Score PISA medio nella lettura in Italia, nei Paesi Benchmark e in media nei Paesi OCSE (score), 2012-2022. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OCSE, 2025.
- Figura 2.18. Score PISA medio nelle scienze in Italia, nei Paesi Benchmark e in media nei Paesi OCSE (score), 2012-2022. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OCSE, 2025.
- Figura 2.19. Studenti al secondo anno di scuola secondaria superiore che raggiungono il livello base di competenza in italiano e matematica (valori %), 2024. Fonte: Elaborazione TEHA Group su dati Invalsi, 2025.
- Figura 2.20. Giovani di età compresa tra i 18 e i 24 anni che abbandonano prematuramente gli studi (valori %), 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 2.21. Destra: Giovani 25-34enni che hanno conseguito un titolo di studi terziario per livello di istruzione dei genitori in Italia (valori % sul totale), 2023; Sinistra: Giovani 18-24enni che hanno abbandonato precocemente gli studi per livello di istruzione dei genitori in Italia (valori % sul totale), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.
- Figura 2.22. Destra: Numero di generazioni (e anni) necessari ad una famiglia nel quintile di reddito più basso per raggiungere il reddito medio nazionale (val. ass.), 2023; Sinistra: Popolazione in età lavorativa (18-65) appartenente al quintile più basso (quintile inferiore) e più alto (quintile superiore) stabili nello stesso gruppo

- di reddito nell'arco di 4 anni (percentuale%), 2016-2019. Fonte: elaborazione TEHA Group su OECD, 2025.
- Figura 2.23. Indice composito per la difficoltà negli esiti scolastici in Italia (a sinistra) e indice composito per la carenza di risorse per l'educazione in Italia (a destra), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.
 - Figura 2.24. Differenza tra studenti universitari in ingresso e in uscita nei Paesi UE-27 (migliaia), 2022 o ultimo dato disponibile. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OCSE, 2025.
 - Figura 2.25. Costo per la formazione di uno studente per tipo di formazione in Italia (valori in migliaia di Euro), 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.
 - Figura 2.26. Destra: Tasso di occupazione della forza lavoro immigrata ad alta qualifica (% degli immigrati ad alta qualifica), 2023; Sinistra: Forza lavoro immigrata ad alta qualifica (% sul totale della forza lavoro immigrata), 2022. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OECD, 2025.
 - Figura 2.27. Movimenti migratori con l'estero dei giovani italiani laureati di 25-34 anni (valori assoluti), 2015-2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat e MEF, 2025.
 - Figura 2.28. Tasso di NEET nella popolazione 15-29 anni nei Paesi UE-27 (valori % sul totale della pop. 15-29 anni), 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
 - Figura 2.29. Disoccupazione giovanile under-25 (valori%), 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
 - Figura 2.30. A sinistra, partecipazione femminile al mercato del lavoro, 2024; a destra, evoluzione dell'occupazione femminile (valori %), 2015-2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat e CNEL, 2025.
 - Figura 2.31. Tasso di partecipazione ad attività formative formali e non formali (valori %, pop. 25-64 anni), 2022. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025
 - Figura 2.32. Evoluzione del salario medio annuale in Italia e nei principali Paesi OCSE (Euro a prezzi costanti e CAGR), 2000, 2010 e 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OCSE, 2025.
 - Figura 2.33. Stipendio annuale di un professore in Italia e nei Paesi benchmark, per livello di esperienza professionale (migliaia di Euro, a parità di potere d'acquisto), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.
 - Figura 2.34. A sinistra, Retribuzione dei medici specialisti a parità di potere d'acquisto in termini relativi (Italia=100), 2022 o ultimo anno disponibile; a destra, Retribuzione degli infermieri a parità di potere d'acquisto in termini relativi (Italia=100), 2022 o ultimo anno disponibile. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati «Rapporto Meridiano Sanità 2024», 2025.
 - Figura 3.1. La struttura della prevenzione. Fonte: elaborazione TEHA Group, 2025.
 - Figura 3.2. Decessi evitabili nei paesi dell'Unione Europea (valori per 100.00 abitanti) Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.

- Figura 3.3. Indice di massa corporea degli individui dai 18 anni in più (valori assoluti e quota percentuale sul totale), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.
- Figura 3.4. Tassi di adesione in Italia per screening coloretale, mammografico e cervicale (valori percentuali), 2014-2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Osservatorio Nazionale Screening, 2025.
- Figura 3.5. Tassi di adesione per screening coloretale, mammografico e cervicale nelle macroaree del Paese (valori percentuali), 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Osservatorio Nazionale Screening, 2025.
- Figura 3.6. Spesa pubblica in sanità suddivisa per componenti (valori in miliardi di euro e quota percentuale sul totale), 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 3.7. Analisi comparata delle diverse componenti della spesa sanitaria pubblica (variazione percentuale) 2015 - 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 3.8. Andamento in valori assoluti della spesa sanitaria in prevenzione in Italia (miliardi di Euro), 2015-2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 3.9. Spesa sanitaria in prevenzione pro - capite nei Paesi europei (Euro pro capite), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 3.10. Anni in buona salute a partire dai 65 anni. (anni), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 3.11. Anni in buona salute a partire dai 65 anni. in Unione Europea e in Italia tra uomini e donne (anni), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 3.12. Risposte alla domanda “Per avere accesso a tutte le cure e servizi sanitari di cui ha bisogno, nell’ultimo anno le è capitato di rivolgersi alla sanità privata?” (percentuale di italiani), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Osservatorio Sanità UniSalute 2023 - 2024, 2025.
- Figura 3.13. Risposte alla domanda “Per quali motivi ha preferito effettuare gli esami specialistici in strutture sanitarie private anziché in strutture sanitarie pubbliche?” (percentuale di italiani), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Osservatorio Sanità UniSalute 2023 - 2024, 2025.
- Figura 3.14. Andamento della spesa in sanità out-of-pocket in Italia (valori assoluti in miliardi di euro), 2015 - 2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 3.15. Composizione della spesa privata in sanità in Italia e nei principali paesi europei (quota percentuale sul totale), 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 3.16. Numero di iscritti ai Fondi Sanitari Integrativi (valori assoluti), 2014 - 2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Terzo Rapporto 2021-2023 “I fondi sanitari integrativi in Italia”, Ministero della Salute, 2025.

- Figura 3.17. Tasso di sostituzione in diversi scenari previdenziali per lavoratori dipendenti (valori percentuali), 2023-2050E. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati RGS, 2025.
- Figura 3.18. Percentuale di posti per bambini 0-2 anni in servizi per l'infanzia (asili nido, micronido, sezioni primavera) pubblici e privati UE 26 (valori %), 2022. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OCSE e Istat, 2025.
- Figura 3.19. Percentuale di posti per bambini 0-2 anni in servizi per l'infanzia (asili nido, micronido, sezioni primavera) pubblici e privati (valori %), 2022. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.
- Figura 3.20. Suddivisione tra pubblico e privato nella titolarità dei servizi per l'infanzia in 0-2 anni sul totale), 2013-2022. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.
- Figura 3.21. Spesa comunale media per utente nei diversi tipi di gestione del servizio (valore in Euro), 2022. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2025.
- Figura 3.22. Le 16 Best Buys identificate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OMS, 2025.
- Figura 3.23. Valore dei benefici economici e sociali rispetto ai costi di implementazione delle 16 Best Buys Non-Communicable Disease (NCD) dell'OMS (miliardi di Dollari), 2021-2030. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OMS, 2025.
- Figura 3.24. Valore dei benefici economici e sociali rispetto ai costi di implementazione delle 16 Best Buys Non-Communicable Disease (NCD) dell'OMS dopo l'aggiornamento del 2025 (miliardi di Dollari), 2025-2035. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati OMS, 2025.
- Figura 3.25. Destra: Spesa in Corporate Wellbeing delle aziende per dipendente e Valore di mercato creato per il dipendente (valori assoluti pro-capite), 2021; Sinistra: Spesa in Corporate Wellbeing delle aziende per dipendente e Valore di mercato creato per il dipendente. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Cerved e Jointly, 2025.
- Figura 3.26. Approccio al Corporate Wellbeing. 2021. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat e fonti varie, 2025.
- Figura 4.1. Analisi "what-if" sull'occupazione giovanile. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 4.2. Analisi "what-if" sull'occupazione 60-69 anni. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 4.3. Analisi "what-if" sull'occupazione degli stranieri. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2025.
- Figura 4.4. Analisi "what-if" sull'occupazione femminile. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat 2025.

Un progetto di



In collaborazione con



The European House
Ambrosetti

