



Delivering High Value Cancer Care (Sintesi)

La relazione completa è disponibile in inglese:

OECD/European Union (2026), *Delivering High Value Cancer Care: European Cancer Inequalities Registry Analytical Report*, OECD Publications, Paris, <https://doi.org/10.1787/060869fe-en>.

In the event of any discrepancy, only the text of the English version should be considered valid.

Dal 2000 i casi di cancro sono aumentati di circa il 30 % nei paesi dell'UE, con incrementi preoccupanti tra le giovani donne, il che rappresenta un notevole carico per i sistemi sanitari

Il cancro è un grave problema di salute pubblica nei paesi dell'UE, che colpisce sempre di più la popolazione più giovane. Si stima che nel 2024 nei 27 paesi dell'UE siano state effettuate cinque nuove diagnosi di cancro al minuto, pari a 2,7 milioni di nuovi casi di cancro. Dal 2000 il numero di nuovi casi di cancro è aumentato di circa il 30 % per entrambi i sessi, con stime che prevedono di raggiungere mezzo milione di nuovi casi entro il 2040 (un aumento del 18 % rispetto al 2022). Tra le giovani donne, il tasso di nuovi casi di cancro rispetto alla popolazione è aumentato del 16 % negli ultimi due decenni, passando da 144 a 167 casi ogni 100 000 persone, e le tipologie più riscontrate sono cancro alla tiroide, cancro del seno, melanomi e cancro del colon-retto. Sebbene continuino a emergere nuove informazioni sulle cause dell'aumento dei casi nella popolazione più giovane, fattori quali il cambiamento dei comportamenti riproduttivi (cancro del seno), un maggiore tasso di individuazione (cancro alla tiroide) o le esposizioni precoci a fattori di rischio e le abitudini alimentari (cancro del colon-retto) svolgono un ruolo importante. Indipendentemente dalla causa, la diagnosi in età più giovane significa che i pazienti devono essere sottoposti a un maggior numero di anni di trattamento e monitoraggio, il che esercita una pressione prolungata sui sistemi sanitari e incide sul benessere e sulla situazione socioeconomica dei pazienti per molti anni.

Nell'UE la spesa sanitaria connessa al cancro è raddoppiata dal 1995 (da 54 a 120 miliardi di EUR nel 2023), raggiungendo il 6,9 % della spesa sanitaria totale nel 2023. Si prevede che entro il 2050 un aumento del numero di casi di cancro, legato all'invecchiamento della popolazione e ai tassi di sopravvivenza più elevati dei pazienti affetti da cancro, porterà a un aumento del 59 % della spesa pro capite per il cancro in termini reali nei paesi dell'UE-27. Queste tendenze si manifesteranno nel contesto di bilanci pubblici che sono sotto pressione a causa di priorità governative concorrenti e di prospettive economiche incerte, che

richiedono di garantire che gli investimenti nelle cure oncologiche producano un buon rapporto costi-benefici.

Le cure oncologiche potrebbero offrire maggior benefici ai pazienti e ai sistemi sanitari

Vi è ancora margine per fornire cure oncologiche di maggior qualità e livello, come dimostrano i ritardi nell'accesso ai servizi di assistenza oncologica, le inutili divergenze nella qualità e nei risultati delle cure e i servizi non sistematicamente allineati alle esigenze e alle preferenze delle persone.

I ritardi nell'accesso alla diagnosi e al trattamento del cancro continuano a costare vite umane. Sebbene i programmi di screening di massa per il cancro abbiano dimostrato un buon rapporto costi-benefici, migliorando in modo significativo l'individuazione precoce e portando a maggiori tassi di sopravvivenza, la loro diffusione rimane disomogenea tra i paesi e i gruppi sociali. Tali lacune comportano ritardi nelle diagnosi e mancate opportunità di accesso a trattamenti precoci. Tra il 15 e il 40 % dei pazienti affetti da cancro del colon-retto riceve la diagnosi in seguito all'accesso al pronto soccorso, una via che è associata a esiti significativamente peggiori. I dati dell'OCSE mostrano che i pazienti sottoposti a intervento chirurgico di emergenza per il cancro del colon-retto presentavano una probabilità di decesso entro 30 giorni dalla procedura, sette volte maggiore rispetto a pazienti i cui interventi chirurgici erano stati pianificati. Le carenze di personale e di capacità diagnostica, accanto a sistemi non coordinati di riferimento dei pazienti, aggravano tali ritardi, in particolare per le popolazioni vulnerabili e nelle zone rurali.

Differenze superflue nella pratica medica e nella qualità dell'assistenza portano a un tasso di sopravvivenza o a una qualità della vita peggiori per alcuni pazienti e contribuiscono a sprechi di risorse del sistema sanitario. La pratica medica legata alle cure oncologiche è estremamente eterogenea tra i vari paesi, il che solleva interrogativi sul livello attuale delle cure e se offrano i miglior benefici possibili per i pazienti e per i sistemi sanitari. Ad esempio, tra i paesi dell'UE la percentuale di diagnosi del cancro della prostata in fase iniziale negli uomini di età pari o superiore a 75 anni varia dal 53 % nei Paesi Bassi all'81 % in Lussemburgo, il che rispecchia le divergenze nelle pratiche di screening del cancro della prostata. Queste differenze fanno sì che alcuni pazienti ricevano la diagnosi troppo tardi, mentre altri pazienti, che presentano un cancro a crescita lenta che non inciderebbe sulla loro aspettativa di vita, siano sottoposti a diagnosi inutilmente, il che comporta trattamenti non necessari e genera sprechi di risorse per il sistema sanitario. Inoltre la percentuale di mastectomie parziali, che sono meno invasive e offrono vantaggi in termini di sopravvivenza simili a quelli delle mastectomie complete, varia dal 79 % in Spagna al 50 %, o meno, in Romania e Polonia.

Allo stesso tempo, i dati dimostrano che quattro nuovi farmaci antitumorali su dieci approvati negli ultimi 25 anni dall'Agenzia europea per i medicinali presentano un effetto terapeutico negativo o poco chiaro per i pazienti, rispetto ai trattamenti già esistenti. Ciò evidenzia l'importanza della valutazione delle tecnologie sanitarie nella definizione delle politiche di rimborso e di fissazione dei prezzi (e degli orientamenti clinici) per garantire che la spesa sia allineata a un buon rapporto costi-benefici.

L'indagine PARIS dell'OCSE indica che le persone affette da cancro sono più vulnerabili rispetto ad altri pazienti di cure primarie. Riferiscono un peggioramento della salute fisica, del benessere e del funzionamento sociale e solo uno su tre ritiene che l'assistenza e cure ricevute abbiano un approccio centrato sulla persona. La scarsa integrazione dei dati, la mancanza di coordinamento delle cure e la limitata coproduzione delle cure con i pazienti sono fattori chiave che ostacolano l'assistenza incentrata sulle persone per i pazienti oncologici. Le persone affette da cancro si trovano inoltre ad affrontare sfide durature in termini di occupazione, sicurezza finanziaria e salute psicosociale: una diagnosi di cancro riduce la probabilità di occupazione in media del 14 %, con il maggiore impatto riscontrato nell'Europa centrale e meridionale.

Quattro priorità per migliorare il livello delle cure oncologiche

Tutti i paesi dell'UE, insieme alla Norvegia e all'Islanda, stanno già cercando di migliorare la qualità e il livello delle cure oncologiche attraverso quattro orientamenti strategici trasversali.

- **Creare percorsi oncologici integrati** che garantiscano un accesso tempestivo, coordinato ed equo alle cure. Per combattere il cancro e i relativi costi è necessario passare da servizi frammentati a percorsi integrati di cure oncologiche che mettano in relazione diagnosi, trattamento e sopravvivenza del paziente. Gli esempi della Danimarca e della Svezia, dimostrano che percorsi di indirizzamento chiari, obiettivi diagnostici temporalmente definiti e squadre multidisciplinari riducono i tempi di attesa e migliorano i tassi di sopravvivenza. Gli investimenti nelle piattaforme digitali, nelle figure di supporto all'orientamento ai percorsi di cura e nel coordinamento regionale sono essenziali per eliminare le disuguaglianze a livello geografico e sociale. L'integrazione ottimizza inoltre l'uso delle scarse risorse diagnostiche e umane, migliorando sia l'accesso che l'efficienza.
- **Norme basate su dati concreti e monitoraggio delle prestazioni.** L'assicurazione sistematica della qualità, come i sistemi nazionali di accreditamento e certificazione, l'applicazione di norme sui volumi minimi e il monitoraggio del rispetto degli orientamenti clinici garantiscono che l'assistenza sanitaria sia efficace. La certificazione delle cure oncologiche e le norme di qualità clinica in Germania, nonché i meccanismi trasparenti di feedback di qualità nei Paesi Bassi, costituiscono esempi di continui miglioramenti delle cure che possono accrescere i tassi di sopravvivenza. L'ampliamento delle piattaforme di dati in tempo reale che monitorano la tempestività della diagnosi di cancro, le cure di follow-up e la qualità delle cure oncologiche, compresi gli indicatori riferiti dai pazienti, contribuiscono anche a monitorare i risultati che stanno più a cuore alle persone, promuovendo la trasparenza, la responsabilità e il miglioramento continuo per ridurre il ricorso a cure oncologiche di basso livello e qualità.
- **Ottimizzare l'uso delle risorse e accogliere l'innovazione tecnologica.** Politiche quali lo screening stratificato in base al rischio, l'assistenza diurna rispetto a quella ospedaliera e l'adozione di biosimilari possono incrementare notevolmente l'efficienza senza compromettere la qualità. Il passaggio a centri specializzati per l'infusione, la chirurgia ambulatoriale e l'assistenza a domicilio (come indicato nella tabella di marcia nazionale per il cancro 2021-2026 della Francia) sono buoni esempi di pratiche che possono garantire cure di alta qualità in strutture meno costose. Allo stesso tempo, le raccomandazioni di stampo clinico, come "Choosing Wisely", offrono iniziative utili per ridurre il ricorso a cure oncologiche di basso livello e qualità. Anche l'innovazione tecnologica, come lo screening assistito dall'IA, la diagnostica molecolare o la chirurgia assistita dalla robotica, contribuisce a garantire che le risorse siano destinate a interventi che apportano migliori benefici.
- Fare in modo che **l'approccio centrato sulla persona diventi un pilastro delle prestazioni del sistema oncologico.** Un maggiore coinvolgimento nel processo decisionale, un sostegno all'autogestione e un follow-up coordinato sono molto importanti per le persone affette da cancro. Ad esempio, la Danimarca offre piani di assistenza oncologica personalizzati e sostegno all'orientamento per il coordinamento delle cure, mentre l'Estonia si avvale di strumenti digitali per la responsabilizzazione dei pazienti. Affrontare la dimensione sociale ed economica del cancro significa andare oltre l'assistenza clinica per sostenere il benessere psicologico, sociale e finanziario. La legislazione sul "diritto all'oblio", attualmente adottata solo in un terzo dei paesi dell'UE, è fondamentale per prevenire la discriminazione e migliorare le opportunità di vita.

In tempi di priorità governative concorrenti, che si sommano a un sistema sanitario caratterizzato esso stesso da capacità e forza lavoro limitate, l'accento deve essere posto sulla garanzia di cure oncologiche di alto livello che contribuiscano a raggiungere i risultati sanitari e a garantire la qualità della vita delle

persone. È giunto il momento di migliorare le politiche di assistenza oncologica, per soddisfare la domanda crescente e garantire risultati sanitari ottimali attraverso un accesso più rapido, un intervento precoce e un'assistenza efficiente e basata su dati concreti, e di optare per approcci incentrati sulle persone, che ne rispecchino i valori e le preferenze.

This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD and the President of the European Commission. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the OECD Member countries or of the European Union.

The names of countries and territories and maps used in this joint publication follow the practice of the OECD.

This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.

Specific territorial disclaimers applicable to the OECD:

The statistical data for Israel are supplied by and under the responsibility of the relevant Israeli authorities. The use of such data by the OECD is without prejudice to the status of the Golan Heights, East Jerusalem and Israeli settlements in the West Bank under the terms of international law.

Note by the Republic of Türkiye

The information in this document with reference to “Cyprus” relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the “Cyprus issue”.

Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union

The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.

© OECD/European Union 2026



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

This work is made available under the Creative Commons Attribution 4.0 International licence. By using this work, you accept to be bound by the terms of this licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Attribution – you must cite the work.

Translations – you must cite the original work, identify changes to the original and add the following text: *In the event of any discrepancy between the original work and the translation, only the text of original work should be considered valid.*

Adaptations – you must cite the original work and add the following text: *This is an adaptation of an original work by the OECD and the European Union. The opinions expressed and arguments employed in this adaptation should not be reported as representing the official views of the OECD, its Member countries or the European Union.*

Third-party material – the licence does not apply to third-party material in the work. If using such material, you are responsible for obtaining permission from the third party and for any claims of infringement.

You must not use the OECD or the European Commission’s respective logo, visual identity or cover image without express permission or suggest the OECD or the European Commission endorse your use of the work.

Any dispute arising under this licence shall be settled by arbitration in accordance with the Permanent Court of Arbitration (PCA) Arbitration Rules 2012. The seat of arbitration shall be Paris (France). The number of arbitrators shall be one.