

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

**GOVERNARE L'INTELLIGENZA
ARTIFICIALE:**
LA NUOVA RESPONSABILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

INTRODUZIONE

A cura di: **Stefano Del Missier**, Direttore responsabile Italian Health Policy Brief

L'intelligenza artificiale è entrata nel dibattito sanitario con la velocità di una tecnologia e viene ancora discussa come tale: algoritmi, prestazioni, investimenti, applicazioni. La domanda che questo contributo mette al centro è un'altra: che cosa cambia, concretamente, nella pratica clinica e nel governo del Servizio Sanitario Nazionale quando un algoritmo entra nel percorso di cura? Donato Scolozzi parte da un principio semplice: una grande innovazione produce valore solo quando cambia la pratica. Da qui deriva il significato che attribuisce alla parola visione, tra le più abusate del dibattito pubblico: una descrizione chiara e super partes di come deve cambiare il lavoro di chi cura, che nessun fornitore e nessuna singola Regione può scrivere da sola. Il contributo legge l'intelligenza artificiale come una trasformazione istituzionale che interpella direttamente il Servizio Sanitario Nazionale, chiamato a governare una nuova infrastruttura della conoscenza senza rinunciare ai principi di universalità, equità e solidarietà che ne costituiscono il fondamento. Il riferimento all'enciclica Magnifica humanitas di Leone XIV, con l'invito a disarmare l'intelligenza artificiale, viene tradotto in un criterio operativo: usarla per il più grande bene possibile, a partire da chi ha meno strumenti per difendersi da solo. Riteniamo questa prospettiva utile perché sposta il dibattito dalla tecnologia alla governance, e dalla governance alla pratica: dalle scelte che il sistema pubblico dovrà compiere a ciò che quelle scelte devono cambiare al letto del paziente.

**L'ATTUALE CONTESTO
POLITICO ECONOMICO**

A cura di **Donato Scolozzi**, Partner
KPMG Italy

Fine ottobre 2025, pronto soccorso pediatrico di New Orleans. Un bambino di sei anni, Ernie, arriva con dolori diffusi, una stanchezza inspiegabile e una febbre appena accennata. Gli esami del sangue sono tutti nella norma tranne uno: la lattato deidrogenasi, circa tre volte il valore di riferimento. Il laboratorio annota però che il campione è emolizzato. Il prelievo viene ripetuto, il valore è identico, l'annotazione è identica. I medici concludono che il dato è un artefatto e dimettono il bambino con una frase che il padre ricorderà a lungo: era stata esclusa qualsiasi condizione pericolosa per la vita. Il padre è Nathan Labenz, uno degli os-

servatori più seguiti dell'intelligenza artificiale a livello internazionale. Tornato a casa, quella notte copia a mano ogni referto dal portale dell'ospedale, scrive la storia clinica del figlio e la sottopone ai quattro modelli linguistici più avanzati disponibili. Tutti rispondono nello stesso modo: quel valore va preso sul serio, l'emolisi da sola spiega solo una parte dell'aumento, serve un approfondimento entro 48 ore, la leucemia è tra le ipotesi da escludere per prime. Dieci giorni dopo la diagnosi è confermata: leucemia di Burkitt, uno dei tumori a crescita più rapida che si conoscano, con un tempo di raddoppio che può arrivare a 24 ore. La chemioterapia inizia il giorno prima del referto istologico definitivo, perché il tempo conta più della certezza. L'ultimo aggiornamento pubblico è del 9 gennaio 2026, in un episodio del podcast del padre. Dopo il primo ciclo la PET non mostrava più focolai di malattia

e il tumor board aveva classificato Ernie in remissione. Il test di malattia minima residua, suggerito dall'algoritmo e non previsto dal protocollo, contava meno di una cellula tumorale per milione. Da allora Labenz non ha più dato notizie cliniche. Possiamo solo fare il tifo perché Ernie stia bene e perché quell'informazione che il padre ci ha fatto avere a gennaio sia ancora buona. C'è un dettaglio che vale quanto il resto della storia. Quando la madre sottopone allo stesso modello gli screenshot del portale, che riportano anche la nota del laboratorio sull'emolisi, il modello commette lo stesso errore dei medici: scarta il valore e conclude che tutto è nella norma. Da questa deduciamo che l'intelligenza artificiale ragiona bene esattamente quanto è buona l'informazione che riceve e il modo in cui gli viene presentata. Ho seguito questa vicenda perché conferma una convinzione maturata lavorando sui

programmi di digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. Una grande innovazione produce valore solo quando cambia la pratica: il modo in cui una decisione clinica viene costruita, discussa e assunta. Nel caso di Ernie la pratica è cambiata in una notte, al tavolo di una famiglia, senza che nessuna istituzione lo abbia deciso. Il tema dell'intelligenza artificiale in sanità è già passato dalla tecnologia alla governance.

DALLA DIGITALIZZAZIONE ALL'AI

Negli ultimi cinque anni il Paese ha costruito l'infrastruttura. Il PNRR ha destinato alla Missione Salute circa 20 miliardi di euro. Il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 copre il 98% della popolazione e quasi tutti i medici di medicina generale sono collegati. Sono numeri che nel 2019 sarebbero sembrati irraggiungibili. Poi si guarda l'uso. Il monitoraggio del Ministero della Salute e del Dipartimento per la trasformazione digitale, aggiornato a marzo 2026, registra che il 31% dei cittadini ha consultato il proprio fascicolo negli ultimi tre mesi e che il 45% ha dato ai professionisti il consenso a leggerlo. Dal lato dell'offerta il 95% dei medici di medicina generale lo alimenta. La spesa in conto capitale per la sanità digitale, per abitante, resta dal 2015 circa il 30% sotto la media europea. Meno della metà degli italiani possiede competenze digitali di base.

Il divario tra copertura ed uso è il dato che conta. I dati prodotti vengono impiegati soprattutto per finalità amministrative, documentali e di rendicontazione. In misura ancora limitata diventano supporto alle decisioni cliniche con capacità predittiva e governo dei percorsi assistenziali. La sensazione diffusa che il potenziale della digitalizzazione resti largamente inesplorato nasce qui.

L'intelligenza artificiale cambia i termini del problema. Per la prima volta quella massa di dati può essere interpretata, ad un costo marginale prossimo allo zero, da uno strumento che ragiona sul singolo caso. Le tecnologie digitali hanno permesso di raccogliere informazioni. L'intelligenza artificiale promette di leggerle. Ogni grande trasformazione tecnologica attraversa due fasi: la costruzione dell'infrastruttura e il suo uso per generare valore. Il PNRR ha finanziato la prima, e la coda della prima è già misurata: il dossier di monitoraggio dei Servizi Studi di Camera e Senato, aggiornato al 28 luglio 2026, registra su ReGiS una spesa dichiarata di 128,9 miliardi,

ai quali si aggiungono circa 24 miliardi collocati in strumenti finanziari che ne consentono l'impiego oltre la scadenza del Piano, in alcuni casi fino al 2028, per completare ciò che è stato avviato. La seconda fase, quella dell'interpretazione, comincia ora e nessun piano la finanzia. Considerare l'AI come un ulteriore progetto d'innovazione digitale sarebbe l'errore più costoso. Le tecnologie digitali hanno trasformato il supporto materiale della sanità. L'intelligenza artificiale interviene sui suoi processi cognitivi: su come si costruisce, si discute e si valida una decisione clinica. È il punto in cui la riflessione lascia la dimensione tecnologica.

IL TERZO ATTORE NELLA RELAZIONE DI CURA

La storia di Ernie mostra come la relazione di cura, fondata da sempre sull'incontro tra il medico e il paziente, è diventata triadica. Accanto al professionista e al cittadino compare un agente artificiale che raccoglie informazioni, formula ipotesi, suggerisce approfondimenti e rende disponibile in tempo reale una quantità di conoscenze che nessun singolo professionista può padroneggiare. L'autonomia decisionale di questi strumenti resta limitata e subordinata al giudizio clinico. Il loro peso nel ragionamento che precede la decisione cresce ogni mese. Nel caso di Ernie l'intelligenza artificiale ha svolto una funzione precisa: ha tenuto aperto il ragionamento clinico quando due valutazioni umane lo avevano chiuso. Il fenomeno è già osservabile dal lato del paziente.

Chi arriva in ambulatorio ha spesso già consultato una piattaforma d'intelligenza artificiale generativa, interpretato in autonomia i referti, confrontato le indicazioni ricevute con quelle prodotte dagli algoritmi. Lo stesso accade dal lato del professionista, che usa questi strumenti per verificare ipotesi, cercare evidenze, sintetizzare la letteratura e produrre documentazione. Le interviste ai medici di medicina generale raccolte da CERGAS Bocconi per il Rapporto OASI 2025 registrano già questa dinamica: il medico si trova a gestire una relazione in cui il confronto con il paziente include l'educazione all'uso corretto di questi strumenti. Le conseguenze sono di natura istituzionale. Chi risponde di una decisione clinica quando un algoritmo ha contribuito a costruirla? Come si documenta il ruolo dell'intelligenza artificiale nella cartella? Quali competenze ser-

no ai professionisti? Come fa il cittadino a capire quale peso è stato attribuito ad una raccomandazione algoritmica? Sono domande che il Servizio Sanitario Nazionale riceve oggi, da pazienti che arrivano in visita con un referto già letto da una macchina. Ogni volta che cambia il processo decisionale cambia il sistema delle responsabilità. Quando cambia il sistema delle responsabilità, il tema è istituzionale prima ancora che tecnologico.

GOVERNARE UNA NUOVA INFRASTRUTTURA PUBBLICA

L'intelligenza artificiale sta assumendo le caratteristiche di un'infrastruttura: una piattaforma che influenza la produzione della conoscenza, l'organizzazione dei servizi, il funzionamento delle professioni e la relazione tra cittadini e sistema sanitario. Le infrastrutture modificano le istituzioni, e lo fanno a prescindere dalle intenzioni di chi le ha introdotte.

Questa natura infrastrutturale rende insufficiente una risposta soltanto normativa. Il Regolamento europeo sull'intelligenza artificiale e il Regolamento sui dispositivi medici fissano il perimetro. Dentro quel perimetro servono istituzioni che accompagnino l'adozione, le competenze diffuse, le responsabilità attribuite e una "visione".

Uso la parola con cautela, perché è tra le più consumate del dibattito pubblico. Qui significa una cosa precisa: una descrizione chiara, e super partes, di come deve cambiare la pratica clinica quando un algoritmo entra nel percorso di cura. Chi legge l'immagine, chi firma il referto, chi decide di ignorare un valore anomalo e chi ne risponde. Un fornitore scriverebbe quella descrizione intorno alla

Meno della metà degli italiani possiede **competenze digitali di base**. Il divario tra copertura ed uso è il dato che conta.

propria soluzione, una singola Regione ne produrrebbe una versione su ventuno. Ma resterebbe un'istituzione nazionale che non ha nulla da vendere. Serve una governance su più livelli, e serve a questo.

GOVERNANCE DEI DATI

Il patrimonio informativo del Servizio Sanitario Nazionale è un'infrastruttura strategica d'interesse pubblico. Il 98% di copertura del Fascicolo lo rende, in potenza, uno dei più grandi archivi clinici strutturati d'Europa.

Oggi più della metà dei cittadini non ha ancora autorizzato i professionisti a leggerlo: il dato esiste e resta chiuso. La qualità dei dati, la loro interoperabilità e la disponibilità per ricerca e innovazione determinano il valore che l'intelligenza artificiale potrà estrarne.

Lo Spazio europeo dei dati sanitari fissa la scadenza: dal marzo 2029 gli Stati membri rendono disponibili le prime categorie di dati per l'uso secondario. Il Servizio Sanitario Nazionale arriverà a quel momento con dati che un algoritmo può leggere, oppure con documenti che un algoritmo deve prima decifrare. Il caso di Ernie mostra quanto pesa la differenza: una nota di laboratorio, letta come un'istruzione, ha portato uomini e macchine allo stesso errore.

GOVERNANCE CLINICA

L'intelligenza artificiale rende la responsabilità professionale più centrale e il giudizio del clinico resta il punto in cui la decisione si forma e viene assunta. Questo richiede modalità nuove di validazione scientifica, criteri trasparenti di utilizzo, monitoraggio continuo delle prestazioni degli algoritmi in uso reale, formazione che renda i professionisti consapevoli di potenzialità e limiti. La validazione di un algoritmo dovrà misurare, oltre all'accuratezza, il cambiamento che produce nella pratica: quante decisioni modifica, in quale direzione, con quale esito per il paziente. La cultura della valutazione si sta già muovendo in questa direzione: l'indice con cui lo Strategic Investment Lab della Bocconi ha appena riletto il PNRR assegna alla spesa il 40% del peso e riserva il resto alla qualità dell'implementazione e alla capacità di proseguire nel tempo. Lo stesso metro vale per gli algoritmi. La cartella clinica dovrà documentare quando e come uno strumento di intelligenza artificiale ha contribuito al ragionamento, così come oggi documenta un consulto. Questa è una regola che oggi manca.

GOVERNANCE ORGANIZZATIVA

La digitalizzazione ha insegnato che il valore di uno strumento dipende dalla capacità delle organizzazioni di integrarlo nei processi quotidiani. I casi documentati dal Rapporto OASI 2025, da Humanitas al Policlinico Gemelli al San Raffaele, mostrano che le aziende più avanzate hanno costituito strutture dedicate, con competenze cliniche, regolatorie, informatiche e di protezione dei dati nella stessa stanza, e sviluppano, o co-sviluppano, internamente le soluzioni che toccano il cuore della loro attività. Per tutte le altre aziende il vero investimento sono le persone che dovranno governare gli algoritmi: figure capaci di tenere insieme medicina, organizzazione e scienza dei dati e che presidiano il confine tra la tecnologia e la pratica clinica. Nella maggior parte delle aziende sanitarie italiane quel ruolo oggi manca e la sua assenza spiega gran parte del divario tra copertura e uso descritto sopra..

GOVERNANCE ISTITUZIONALE

L'istituzione super partes di cui parlavo esiste già, e ha un nome. Con la legge 25 del 2022 AgeNaS ha assunto il ruolo di Agenzia nazionale per la sanità digitale, e la legge 132 del 2025, la prima legge italiana sull'intelligenza artificiale, le ha affidato la progettazione, la realizzazione e la titolarità della Piattaforma nazionale d'intelligenza artificiale per l'assistenza territoriale, con suggerimenti non vincolanti per professionisti e cittadini. Tra le funzioni dell'Agenzia ci sono già la certificazione delle soluzioni digitali e la valutazione delle tecnologie sanitarie: i mestieri che servono per accreditare gli algoritmi. Il luogo istituzionale della governance dell'AI in sanità, in Italia, esiste, e si sta muovendo. Il bando della piattaforma è del settembre 2024, la sperimentazione è partita nel 2026 nelle cure primarie e nelle Case di Comunità, con una base di conoscenza di proprietà pubblica costruita su linee guida SNLG, documenti dell'Istituto Superiore di Sanità e del Ministero, PDTA e nomenclatori, la certificazione come dispositivo medico e un piano d'implementazione che al 2029 coinvolgerà progressivamente da 1.500 a 15.000 medici di medicina generale. È la prima volta che un'istituzione nazionale si posiziona a monte del processo, quando il rischio è ancora condiviso, invece di acquistare a valle soluzioni già consolidate

a prezzo pieno. Costruire il luogo, però, è il primo tempo anche qui. Il mandato è più largo di qualsiasi attore singolo: chiede alle Regioni i dati, alle professioni la pratica, alle aziende i casi d'uso e al Ministero la continuità degli investimenti. Ne abbiamo bisogno, perché la domanda che arriva dalle corsie non aspetta.

LA DIMENSIONE ETICA

L'etica dell'intelligenza artificiale è un criterio di progettazione delle politiche pubbliche. Equità, trasparenza, inclusione, responsabilità e partecipazione sono parametri con cui valutare la qualità delle decisioni. Un algoritmo che migliora le prestazioni cliniche e aumenta le disuguaglianze produce un arretramento. Nell'enciclica Magnifica humanitas, pubblicata il 25 maggio 2026, Leone XIV chiede di disarmare l'intelligenza artificiale, sottraendola alla logica della competizione militare, economica e cognitiva, e precisa il senso del verbo: «Disarmare non significa rinunciare alla tecnologia, ma impedirle di dominare l'umano». Dentro un sistema sanitario pubblico la frase ha una traduzione operativa: usare l'intelligenza artificiale per il più grande bene possibile, misurato sulla salute di tutti e in particolare di chi ha meno strumenti per difendersi da solo. Con meno della metà degli italiani in possesso di competenze digitali di base, il rischio che il terzo attore entri nella relazione di cura solo per chi sa interrogarlo è concreto. Ernie ha avuto un padre che sapeva copiare i referti e scrivere la domanda giusta. La governance serve a chi quel padre non ce l'ha.

CONCLUSIONI

Il terzo attore è entrato nella relazione di cura senza chiedere il permesso a nessuno, ha già una funzione, una quota d'influenza sulle decisioni e un costo che per il singolo cittadino prossimo allo zero ma non ha ancora un posto nella cartella clinica, un titolo di responsabilità e un percorso istituzionale di accesso. Disarmare l'intelligenza artificiale, in sanità, ha un significato concreto: un'istituzione pubblica che stabilisce quali algoritmi entrano in corsia, con quali prove e con quale cambiamento della pratica, per ogni cittadino, a prescindere da quanto sappia usarli. Se il Servizio Sanitario Nazionale arriverà al 2029 con quel modo proprio di accreditare gli algoritmi, o se lo detteranno le piattaforme che i pazienti usano già a casa, è una cosa che oggi non so prevedere.



Italian Health Policy Brief

ANNO DI PUBBLICAZIONE

Anno XVI - N° 4 2026

DIRETTORE RESPONSABILE

Stefano Del Missier

DIRETTORE PROGETTI ISTITUZIONALI

Marcello Portesi



Editore

Altis Omnia Pharma Service S.r.l.

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Ivana Marcon

CONTATTI

+39 02 49538300

info@altis-ops.it

www.altis-ops.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. Nota dell'Editore: nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.