

L'intelligenza artificiale nella sanità pubblica italiana: percezioni e aspettative dei cittadini italiani

Stefano A. Inglese, Nicola Pinelli, Giuseppe Quintavalle, Pietro Vento*

Background. La diffusione di sistemi di intelligenza artificiale (IA) nel settore sanitario rappresenta uno dei principali driver di trasformazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Nonostante la crescita degli investimenti nel digitale sanitario e il progressivo avanzamento del quadro normativo – dall'AI Act europeo alla Legge n. 132/2025 – la letteratura italiana sulla percezione pubblica dell'IA in sanità è ancora frammentata e prevalentemente focalizzata sugli operatori clinici piuttosto che sui cittadini.

Obiettivi. L'articolo presenta e discute i risultati di un'indagine demoscopica nazionale finalizzata a rilevare le percezioni, le aspettative e le preoccupazioni della popolazione italiana adulta rispetto all'adozione dell'IA nel SSN, con particolare attenzione alle dimensioni di utilità percepita, fiducia istituzionale e ruolo della professionalità medica.

Metodi. L'indagine è stata condotta dall'Istituto DEMOPOLIS per conto di FIASO su un campione di 3.400 adulti, statisticamente rappresentativo

della popolazione italiana maggiorenne per genere, età e area geografica. La metodologia ha integrato tecniche CAWI, CATI e CAMI con una fase preliminare di colloqui qualitativi aperti. I dati sono stati raccolti nel 2025.

Risultati. Il 61% degli intervistati prevede che l'IA migliorerà la gestione della salute e la cura delle malattie nel prossimo decennio. Il 63% considera l'IA in sanità un'innovazione sostenibile. L'utilità percepita si concentra sull'analisi di dati clinici (73%), sulla riduzione dei carichi burocratici (61%) e sul miglioramento dell'accessibilità ai servizi (58%). Parallelamente, l'85% degli intervistati sostiene che l'IA può integrare ma non sostituire la valutazione medica, segnalando un pattern di accettazione condizionata, coerente con i modelli teorici di *technology acceptance* estesi alla dimensione fiduciaria.

Conclusioni. I risultati suggeriscono che i cittadini italiani manifestano una propensione all'adozione dell'IA in sanità più elevata di quanto il dibattito pubblico lasci trasparire, ma subordinata a condizioni precise: presidio umano, trasparenza algoritmica e garanzia di equità nell'accesso. Le implicazioni manageriali per le aziende sanitarie riguardano la governance dell'innovazione, la comunicazione istituzionale e

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Riferimenti teorici
3. Metodologia
4. Risultati dell'indagine DEMOPOLIS per FIASO
5. Discussione
6. Conclusioni

* Stefano A. Inglese, Health analyst, Consulente FIASO.
Nicola Pinelli, Direttore FIASO.

Giuseppe Quintavalle, Presidente FIASO e Direttore generale ASL Roma 1.

Pietro Vento, Direttore Istituto DEMOPOLIS.

la progettazione di percorsi di adozione centrati sul cittadino.

Parole chiave: intelligenza artificiale, sanità pubblica, percezione pubblica, fiducia, SSN, technology acceptance.

Artificial Intelligence in Italian Public Health: Perceptions and Expectations of Italian Citizens

Background. The widespread adoption of artificial intelligence (AI) systems in the healthcare sector is one of the main drivers of transformation within the National Health Service (SSN). Despite growing investment in digital health and the gradual evolution of the regulatory framework—from the European AI Act to Law 132/2025—the Italian literature on public perceptions of AI in healthcare remains fragmented and primarily focused on clinical practitioners rather than citizens.

Objectives. This article presents and discusses the results of a national public opinion survey aimed at gauging the perceptions, expectations, and concerns of the Italian adult population regarding the adoption of AI in the NHS, with particular attention to the dimensions of perceived utility, institutional trust, and the role of the medical profession.

Methods. The survey was conducted by the DEMOPOLIS Institute on behalf of FIASO among a sample of 3,400 adults, statistically representative of the Italian adult population by gender, age, and geographic area. The methodology integrated CAWI, CATI, and CAMI techniques with a preliminary phase of open-ended qualitative interviews. Data were collected in 2025.

Results. 61% of respondents expect AI to improve health management and disease treatment over the next decade. 63% consider AI in healthcare to be a

sustainable innovation. The perceived benefits focus on the analysis of clinical data (73%), the reduction of bureaucratic burdens (61%), and improved access to services (58%). At the same time, 85% of respondents believe that AI can complement but not replace medical assessment, indicating a pattern of conditional acceptance consistent with theoretical models of technology acceptance extended to the trust dimension.

Conclusions. The results suggest that Italian citizens show a greater willingness to adopt AI in healthcare than the public debate would suggest, but this is contingent on specific conditions: human oversight, algorithmic transparency, and guaranteed equity in access. The managerial implications for healthcare organizations concern innovation governance, institutional communication, and the design of citizen-centered adoption pathways.

Keywords: artificial intelligence, public healthcare, public perception, trust, Italian NHS, technology acceptance.

Articolo sottomesso: 08/07/2026, accettato: 30/07/2026

1. Introduzione

L'intelligenza artificiale (IA) è oggi al centro del dibattito sulla trasformazione dei sistemi sanitari a livello globale. La rapidità con cui algoritmi di apprendimento automatico, modelli di elaborazione del linguaggio naturale e sistemi di analisi di immagini diagnostiche vengono integrati nella pratica clinica e nei processi organizzativi delle aziende sanitarie pone questioni rilevanti non soltanto sul piano tecnico e regolatorio, ma anche su quello della legittimazione sociale e della fiducia istituziona-

le. Di IA si parla ormai quotidianamente, ed estesamente, anche nel dibattito pubblico italiano: superate le consuete polarizzazioni fra entusiasti e allarmisti, oggi si inizia a discuterne un po' più nel merito, con interesse e con spinte prospettiche concrete, soprattutto per le applicazioni più utili al miglioramento della qualità della vita dei cittadini, non ultimo, l'utilizzo in tema di servizi sanitari.

In Italia, il contesto è caratterizzato da una convergenza di fattori acceleratori: gli investimenti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) nella sanità digitale, che hanno portato la spesa per la sanità digitale a 2,7 miliardi di euro nel 2025, con un incremento del 9% rispetto all'anno precedente (Osservatorio Sanità Digitale, Politecnico di Milano, 2026), mentre sul versante specifico dell'IA la spesa nazionale in tecnologie intelligenti ha raggiunto 1,38 miliardi di euro nel 2025, con un tasso di crescita del 47,6% (Anitec-Assinform, 2026); la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 come infrastruttura abilitante per l'interoperabilità dei dati clinici; l'entrata in vigore dell'AI Act europeo (Reg. UE 2024/1689) e la Legge n. 132/2025, che istituisce una piattaforma nazionale di IA per l'assistenza territoriale, attribuendone la titolarità ad AGENAS. Secondo i dati più recenti dell'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano, nel 2026 l'utilizzo dell'IA generativa tra i medici specialisti del SSN ha raggiunto il 61%, rispetto al 26% dell'anno precedente.

Tuttavia, la letteratura empirica sulla percezione della cittadinanza italiana rispetto all'IA in sanità è ancora piuttosto esigua. La riflessione si è concentrata prevalentemente sui profes-

sionisti clinici e sulle organizzazioni sanitarie, trascurando la dimensione di cittadini e pazienti come soggetti attivi del processo di adozione tecnologica. Una lacuna rilevante, poiché la sostenibilità dell'innovazione in sanità dipende in misura significativa dalla fiducia e dall'accettazione da parte dei cittadini, tanto nei confronti degli strumenti tecnologici che delle istituzioni che li introducono.

Il presente articolo presenta e discute i risultati di un'indagine demoscopica nazionale realizzata dall'Istituto DEMOPOLIS per FIASO – Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere. L'indagine, condotta nel 2025 su un campione rappresentativo di 3.400 adulti, ha rilevato convincimenti, aspettative e preoccupazioni della popolazione italiana in merito alle applicazioni dell'IA nel SSN. L'analisi dei dati consente di identificare i determinanti della propensione all'adozione, i vantaggi percepiti, le resistenze e le condizioni alle quali i cittadini esprimono disponibilità ad accettare l'integrazione dell'IA nei percorsi di cura.

La struttura dell'articolo segue la seguente sequenza: la sezione 2 inquadra il tema nel contesto della letteratura sul *technology acceptance* e sulla percezione pubblica dell'IA in sanità; la sezione 3 illustra il disegno metodologico dell'indagine; la sezione 4 presenta i principali risultati; la sezione 5 discute le implicazioni teoriche e manageriali; la sezione 6 conclude con considerazioni sulle limitazioni e sulle prospettive di ricerca.

2. Riferimenti teorici

2.1. *Technology acceptance* e IA in sanità

Lo studio dell'accettazione delle tecnologie rinvia al Technology Accep-

tance Model (TAM), originariamente proposto da Davis (1989), che individua in due costrutti cognitivi – l'utilità percepita (*perceived usefulness*) e la facilità d'uso percepita (*perceived ease of use*) – i principali determinanti che spiegano perché si adottano o rifiutano le tecnologie dell'informazione. Le versioni estese del modello (TAM 2, TAM 3), attraverso il vasto corpus di ricerche sul modello di accettazione delle tecnologie, hanno progressivamente integrato variabili contestuali, tra cui le norme sociali e il controllo comportamentale percepito. Tuttavia, il TAM, nella sua versione originale e nelle successive estensioni (TAM 2, TAM 3), è stato sviluppato e validato empiricamente nel contesto dell'adozione di tecnologie informatiche da parte di lavoratori all'interno di organizzazioni: sistemi gestionali, software d'ufficio, ERP (Enterprise Resource Planning). Il costrutto di intenzione comportamentale all'uso presuppone tipicamente un utente con un rapporto continuativo e strutturato con la tecnologia in un contesto professionale, spesso con un grado di obbligatorietà implicita o esplicita (Venkatesh, Bala, 2008). La sua applicazione diretta al cittadino come utente volontario, episodico e non vincolato di servizi sanitari richiede, pertanto, adattamenti concettuali significativi. A questo scopo, Venkatesh, Thong e Xu (2012) hanno proposto l'UTAUT2, un'estensione del modello unificato UTAUT specificamente concepita per il contesto dell'utente, che introduce costrutti aggiuntivi – motivazione edonistica, valore del prezzo, abitudine – e adatta il modello a situazioni di adozione non vincolata. Nel contesto dei servizi sanitari pubblici, tuttavia, né il TAM organizzativo né l'UTAUT2 colgono

pienamente la specificità della relazione tra il cittadino-paziente e la tecnologia sanitaria: una relazione mediata dalla fiducia istituzionale nel sistema di cura, non riducibile alla percezione di utilità di un singolo strumento.

È proprio la centralità della fiducia a distinguere il contesto sanitario da altri ambiti di adozione tecnologica. Cicin e Çetin Gürkan (2026), in uno studio pubblicato su *Frontiers in Digital Health* condotto su professionisti clinici, dimostrano empiricamente che la fiducia svolge un ruolo di mediazione piena tra le variabili tradizionali del TAM – utilità percepita, facilità d'uso, norme soggettive – e l'intenzione all'uso dell'IA. In altri termini, l'utilità percepita non si traduce in intenzione all'adozione se non è mediata dalla fiducia: senza fiducia nel sistema, anche la tecnologia percepita come utile non viene accettata. Questo risultato, benché rilevato su un campione di medici, ha implicazioni che si possono estendere al cittadino-paziente: se la fiducia media l'adozione anche tra professionisti con elevata competenza tecnica, è ragionevole attendersi che essa svolga un ruolo ancora più determinante per gli utenti non specialisti, la cui valutazione della tecnologia sanitaria è largamente mediata dalla relazione con le istituzioni di cura.

Ulteriori studi condotti direttamente sui pazienti – e non sui professionisti – confermano che la fiducia è il costrutto centrale per comprendere l'accettazione dell'IA sanitaria da parte dei cittadini. Nong e Platt (2025), in uno studio pubblicato su *JAMA Network Open*, effettuato su un campione nazionale rappresentativo di adulti statunitensi, dimostrano che la fiducia pregressa nel sistema sanita-

rio – non la conoscenza dell'IA, non l'alfabetizzazione sanitaria – è il fattore che più fortemente predice le aspettative di beneficio dall'IA. Chi già si fida del proprio sistema sanitario tende ad aspettarsi che l'IA venga usata responsabilmente; chi diffida del sistema, tende a essere più scettico sull'IA indipendentemente dalla propria competenza tecnologica. Questo risultato è cruciale: suggerisce che le strategie di comunicazione sull'IA sanitaria devono preoccuparsi di agire sul piano della fiducia istituzionale, prima che su quello della divulgazione tecnologica. Il lavoro distingue, inoltre, due dimensioni della fiducia rilevanti per il contesto sanitario: la fiducia interpersonale nel medico e la fiducia istituzionale nel sistema, che si dimostrano parzialmente indipendenti e con effetti diversi sulle aspettative rispetto all'IA. Un contributo più recente, di Bracic *et al.* (2026), pubblicato su *JAMA Network Open*, effettuato su un campione di 3.000 adulti statunitensi, identifica con precisione i fattori che aumentano la fiducia e la scelta di scenari medici con IA: l'accuratezza del sistema, la certificazione regolatoria, e – significativamente – la presenza di un clinico come supervisore umano, che aumenta la probabilità di scelta del 18,4%. Anche qui la fiducia è il costrutto centrale, e il presidio umano ne è il principale determinante istituzionale. Baldus *et al.* (2026), in uno studio su pazienti ospedalieri tedeschi (Aachen, $n = 198$), confermano il quadro: il 91,5% degli intervistati si attende benefici dall'IA, ne sostiene l'uso nella diagnostica e nella terapia, ma ne rifiuta l'impiego per il triage, ed esprime preoccupazioni specifiche per la riduzione della comprensione individuale dei disturbi e

per l'impoverimento della dimensione umana nella relazione terapeutica. Queste preoccupazioni non sono assimilabili a generica diffidenza nei confronti delle tecnologie: sono espressioni di una fiducia condizionata, che richiede garanzie sul mantenimento del presidio clinico umano.

La letteratura internazionale converge nel segnalare un pattern ricorrente che può essere definito di “accettazione condizionata”: i cittadini manifestano apertura verso l'IA in sanità a condizione che essa operi come supporto al giudizio clinico umano, non in sostituzione di esso, e che siano presenti garanzie di governance trasparente sull'uso dei dati. Reis *et al.* (2025), pubblicando su *JAMA Network Open* i risultati di una survey su adulti statunitensi, mostrano come la percezione di competenza e affidabilità del medico vari significativamente in funzione del tipo di uso dichiarato dell'IA (diagnostico, terapeutico, amministrativo): la fiducia nel medico che usa l'IA non è automatica, ma dipende dal tipo di applicazione e dalla trasparenza con cui essa viene comunicata al paziente. Anche questo lavoro colloca dunque la fiducia – questa volta nella figura clinica, non nel sistema – al centro del processo di accettazione.

2.2. Percezione pubblica dell'IA sanitaria: evidenze europee e italiane

La centralità della fiducia emerge con coerenza anche dalle evidenze europee sulla percezione pubblica dell'IA sanitaria. A livello europeo, la Joint Research Centre della Commissione Europea ha condotto indagini sulla percezione dei robot socio-assistivi ($n = 1.092$) che evidenziano un atteggiamento diffuso di accettazione pragmatica, temperata da preoccupazioni

etiche relative all'autonomia decisionale e alla privacy, evidenziando una correlazione inversa tra la vulnerabilità percepita della persona assistita e l'accettazione dei ruoli dei robot (JRC, 2024). L'analisi comparata tra Paesi indica che la fiducia sistemica nelle istituzioni sanitarie pubbliche funge da moderatore dell'atteggiamento verso l'IA: questa relazione – già ipotizzata dalla letteratura anglosassone e confermata da Nong e Platt (2025) per il contesto statunitense – suggerisce che l'accettazione dell'IA non si costruisce su basi puramente tecnologiche, ma è stratificata sulla fiducia preesistente nel sistema di cura. Ne consegue che Paesi con elevata fiducia istituzionale nella sanità pubblica partono da una posizione di vantaggio nell'introduzione dell'IA, mentre sistemi con fiducia più erosa devono tenere conto di questo elemento per costruire l'accettazione dell'IA.

In ambito danese, Isaksen *et al.* (2025), pubblicando su *npj Digital Medicine* i risultati di una coorte longitudinale ($n = 5.899$, rilevazioni 2022-2024), offrono un quadro articolato e per certi versi controcorrente. Nel periodo tra il 2022 e il 2024, le opinioni pubbliche sull'IA in sanità sono diventate globalmente più caute: la percezione di benefici netti è rimasta stabile al 40% al baseline, ma la proporzione di incerti è scesa dal 37% al 20%, con parte di essi che ha spostato la propria valutazione verso percezioni più definite – sia positive sia negative. Il dato più rilevante per le implicazioni di policy riguarda l'effetto specifico dell'esposizione diretta a ChatGPT: tra gli intervistati che al baseline erano incerti (circa un terzo del campione), chi aveva usato ChatGPT mostrava probabilità significativamente più alte

di orientarsi verso una valutazione di benefici netti (OR 3,21; IC 95%: 2,34-4,40). Questo risultato, che va letto con precisione – non come miglioramento della percezione generale, ma come riduzione dell'incertezza nel sottogruppo degli indecisi – suggerisce che l'esperienza diretta con sistemi di IA possa funzionare come meccanismo di chiarificazione degli atteggiamenti: chi non aveva ancora un'opinione definita tende a formarsene una favorevole dopo l'uso. Le implicazioni per le strategie di comunicazione istituzionale sono rilevanti: interventi di alfabetizzazione tecnologica attiva, che consentano ai cittadini un contatto diretto e guidato con strumenti di IA, potrebbero contribuire a ridurre l'incertezza.

Per il contesto italiano, Corea *et al.* (2023) hanno esplorato il quadro etico-normativo dell'IA, ma si tratta di un contributo che non include dati empirici sulla percezione pubblica. Lo studio più vicino al nostro impianto per disegno metodologico è quello condotto in Lombardia da Ardito *et al.* (2025), pubblicato su *Digital Health*, che ha rilevato i livelli di adozione dell'IA in 46 organizzazioni sanitarie pubbliche e private, identificando tre approcci distinti (non adozione, sviluppo interno, acquisto di soluzioni commerciali) e una prevalenza della non adozione (57%). Tuttavia, nemmeno questo studio include la prospettiva del cittadino: la fiducia dell'utente finale del SSN nei confronti dell'IA sanitaria sembra essere un territorio ancora largamente inesplorato nel contesto italiano.

L'indagine DEMOPOLIS-FIASO si inserisce in questo quadro, e si caratterizza per l'ampiezza del campione e per la rappresentatività nazionale e,

soprattutto, per la scelta di collocare esplicitamente il cittadino – e non il professionista o l'organizzazione – al centro dell'analisi, con una batteria di domande riguardanti dimensioni rilevanti – dalle aspettative sui cambiamenti futuri, alla valutazione dei vantaggi e svantaggi specifici, fino alla disponibilità concreta all'accettazione di applicazioni di IA in specifici ambiti della cura – che consente di rilevare sia la fiducia sistemica nel SSN come mediatore delle aspettative sull'IA, sia le condizioni specifiche di governance che i cittadini ritengono necessarie per accordare tale fiducia.

3. Metodologia

3.1. Disegno dello studio

L'indagine è stata progettata e condotta dall'Istituto DEMOPOLIS su commissione di FIASO come studio trasversale di tipo demoscopico a metodo misto, con integrazione sequenziale di una fase qualitativa esplorativa e di una fase quantitativa descrittiva. Il disegno risponde all'esigenza di coniugare la ricchezza interpretativa dei vissuti individuali con la generalizzabilità statistica dei dati di popolazione, seguendo le indicazioni metodologiche consolidate nella ricerca di opinione pubblica in ambito sanitario (Bowling, 2014).

Il percorso di analisi dell'opinione pubblica, sviluppato per FIASO dall'Istituto DEMOPOLIS, ha indagato convincimenti, aspettative, apprensioni della popolazione in merito alle applicazioni di sistemi e soluzioni di IA per la cura, fino a studiare l'eventuale adesione a ipotesi di soluzioni per la salute approntate da sistemi artificiali intelligenti.

L'intera articolazione progettuale, a partire dalle fasi qualitative di ascolto aperto della popolazione, ha consenti-

to di tratteggiare le sfumature di propensione alle innovazioni ma anche i dubbi sui modi in cui l'IA potrebbe rivoluzionare la sanità.

3.2. Campione e procedura di rilevazione

Il campione quantitativo comprende 3.400 intervistati, statisticamente rappresentativo dell'universo della popolazione italiana maggiorenne. La stratificazione è stata effettuata per quote sulla base di tre variabili di controllo: genere, classe di età e area geografica di residenza (Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud e Isole). Le quote sono state costruite con riferimento ai dati ISTAT di popolazione.

La rilevazione quantitativa è stata condotta con metodo integrato CAWI-CATI-CAMI (*Computer-Assisted Web Interviewing, Computer-Assisted Telephone Interviewing, Computer-Assisted Mobile Interviewing*) con supervisione metodologica di Marco Elio Tabacchi. L'integrazione delle tre modalità di somministrazione consente di ridurre i bias di coverage tipici dei soli panel online, assicurando una copertura più ampia delle fasce di popolazione con minore dimestichezza con gli strumenti digitali.

La fase qualitativa, condotta in precedenza rispetto alla rilevazione quantitativa, ha impiegato colloqui aperti in profondità con un sottoinsieme di cittadini. Questa fase ha assolto una funzione esplorativa e generativa, consentendo di identificare le dimensioni semantiche e i frame cognitivi attorno a cui strutturare il questionario quantitativo, in modo da evitare la proiezione di categorie interpretative esterne sulle percezioni spontanee degli intervistati. La supervisione del progetto di ricerca ha fatto capo a Pietro

Vento, con la collaborazione di Giusy Montalbano e Maria Sabrina Titone.

3.3. Strumento di rilevazione

Il questionario strutturato ha esplorato le seguenti aree tematiche: (a) aspettative sull'impatto dell'IA nei principali ambiti della vita quotidiana nel prossimo decennio (lavoro, tempo libero, salute); (b) valutazione dell'IA sanitaria come innovazione sostenibile o illusione tecnologica; (c) giudizio su specifiche affermazioni relative ai potenziali effetti dell'IA sul SSN; (d) percezione dei vantaggi e degli svantaggi dell'IA in sanità; (e) disponibilità all'accettazione di applicazioni di IA in specifici ambiti clinici; (f) valutazione complessiva della prospettiva di integrazione dell'IA nei sistemi di cura. La batteria sugli svantaggi percepiti ha incluso domande relative al rischio di riduzione del ruolo professionale del medico, alla dipendenza tecnologica e alla compromissione della dimensione umana nella cura.

3.4. Analisi

I dati sono stati elaborati con analisi delle frequenze marginali e incrocia-

te. Il presente articolo si concentra sui dati aggregati a livello nazionale. L'analisi multivariata per sottogruppi (genere, età, area geografica, livello di istruzione) costituisce un'estensione dello studio non inclusa in questa sede.

4. Risultati dell'indagine DEMOPOLIS per FIASO

4.1. Aspettative sull'impatto dell'IA: il primato della salute

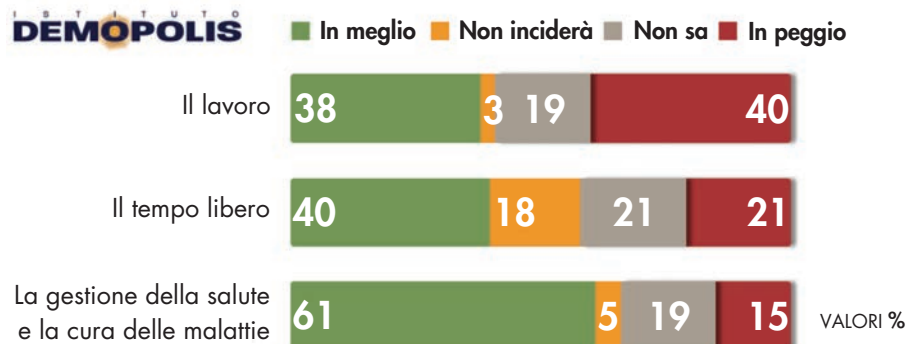
Il primo nucleo di risultati riguarda le aspettative degli italiani sull'impatto dell'IA nei principali ambiti della vita nel prossimo decennio (Fig. 1). La distribuzione delle risposte rivela un profilo di ottimismo selettivo: gli italiani mostrano aspettative polarizzate rispetto al mondo del lavoro (il 38% prevede un cambiamento in meglio, il 40% in peggio), aspettative moderatamente positive rispetto al tempo libero (40% in meglio, 21% in peggio), e aspettative nettamente ottimiste rispetto alla gestione della salute e alla cura delle malattie. In quest'ultimo ambito, il 61% degli intervistati prevede un miglioramento attribuibile all'IA nei prossimi dieci anni, con soltanto il 15% che esprime

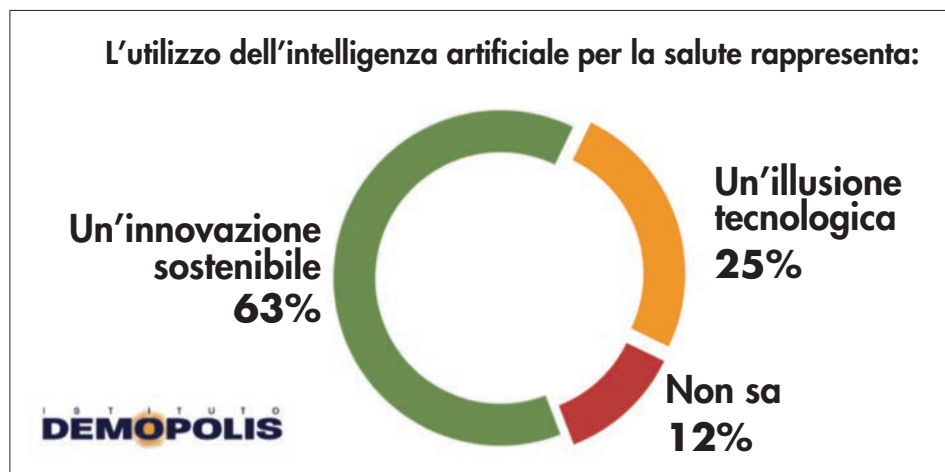
Fig. 1

La percezione dell'IA per l'opinione pubblica

Fonte: L'intelligenza artificiale e la salute: indagine demoscopica nazionale Istituto DEMOPOLIS per FIASO, Roma, 2025.

Nei prossimi 10 anni, l'uso dell'intelligenza artificiale cambierà:



**Fig. 2**

Utilizzo dell'IA per la salute

Fonte: L'intelligenza artificiale e la salute: indagine demoscopica nazionale Istituto DEMOPOLIS per FIASO, Roma, 2025.

una previsione negativa. Il dato è particolarmente significativo in quanto rovescia il pattern di preoccupazione che caratterizza il giudizio sull'impatto lavorativo dell'IA: l'ambito sanitario è percepito come quello in cui l'IA può produrre i benefici più netti, probabilmente in ragione della natura dell'obiettivo perseguito, la salute.

4.2. IA sanitaria: innovazione sostenibile o illusione tecnologica?

Alla domanda diretta sul significato dell'utilizzo dell'IA per la salute, il 63% degli italiani lo qualifica come un'innovazione sostenibile, mentre il 25% lo giudica un'illusione tecnologica (Fig. 2). Il 12% non esprime un giudizio definito. Il dato del 63% appare rilevante se comparato con i risultati dello studio danese di Isaksen *et al.* (2025): al baseline del 2022, prima della diffusione di ChatGPT, il 40% degli intervistati danesi percepiva benefici netti dell'IA in sanità, con un terzo del campione ancora incerto. Il contesto italiano del 2025, con il 63% che giudica l'IA sanitaria un'innovazione sostenibile, segnala una perce-

zione più favorevole, verosimilmente maturata nel periodo di più ampia diffusione degli strumenti di IA generativa.

4.3. L'IA nel SSN: utilità percepita e riduzione delle disuguaglianze

Con riferimento alle aspettative specifiche sull'impatto dell'IA nel Servizio Sanitario Nazionale, i dati restituiscono un quadro di cauto ottimismo (Fig. 3). Il 58% degli intervistati ritiene vera l'affermazione che l'IA potrebbe migliorare l'efficienza delle cure nel SSN (a fronte di un 19% che la valuta falsa e un 23% che non esprime un giudizio). Più contenuto, ma comunque maggioritario, è il consenso sull'affermazione che l'IA potrebbe garantire una migliore organizzazione e accessibilità al SSN con riduzione delle disuguaglianze: il 51% la giudica vera, il 22% falsa, il 27% non sa.

La minore certezza sull'effetto perequativo dell'IA rispetto al suo impatto sull'efficienza clinica riflette una distinzione cognitiva significativa: i cittadini sono più propensi ad attribuire all'IA una capacità di miglioramen-

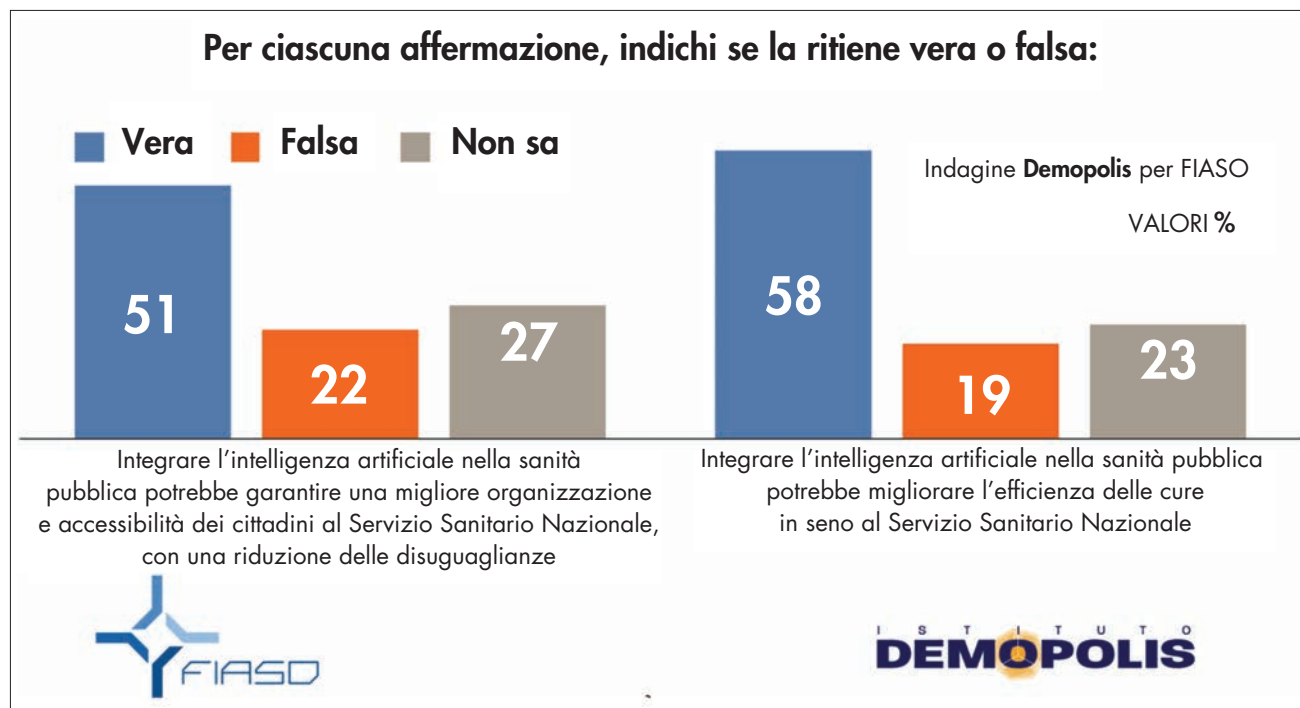


Fig. 3

IA in sanità, utilità percepita e riduzione delle disuguaglianze

Fonte: L'intelligenza artificiale e la salute: indagine demoscopica nazionale Istituto DEMOPOLIS per FIASO, Roma, 2025.

to delle prestazioni individuali che un impatto redistributivo sistemico. Questo dato è coerente con le preoccupazioni rilevate in letteratura riguardo al rischio che l'IA in sanità amplifichi piuttosto che riduca i divari di accesso, se non accompagnata da scelte deliberate di governance orientate all'equità.

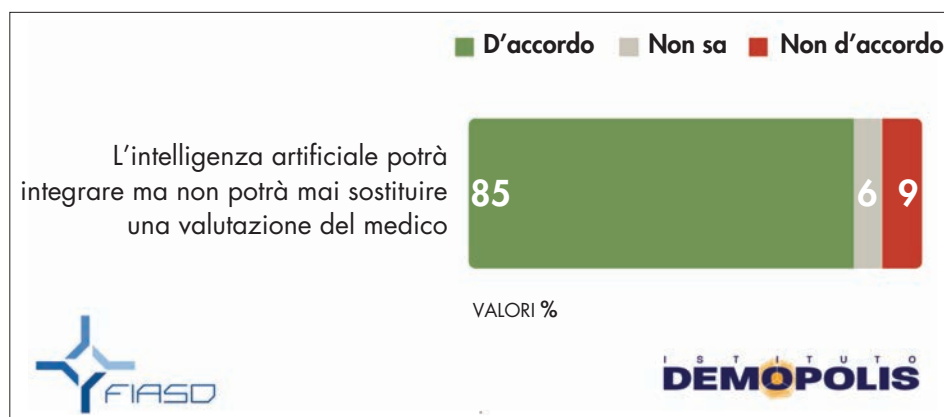
4.4. Il presidio umano come condizione non negoziabile

Il dato più netto dell'intera indagine riguarda il rapporto tra IA e professionalità medica (Fig. 4). L'85% degli intervistati concorda con l'affermazione che l'intelligenza artificiale potrà integrare ma non potrà mai sostituire una valutazione del medico.

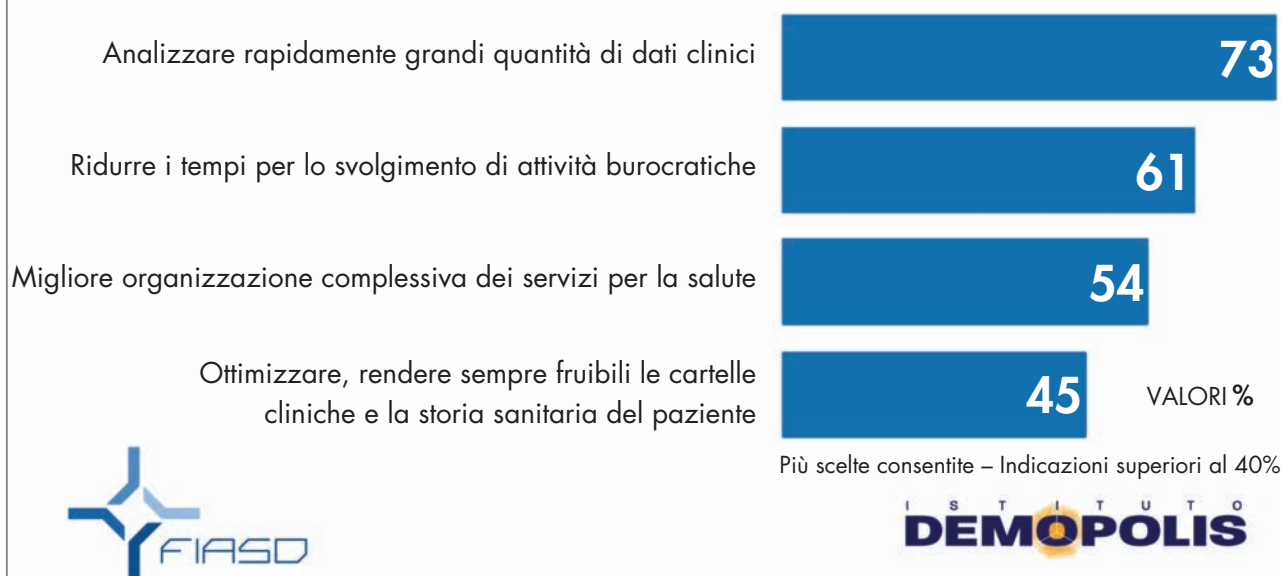
Fig. 4

IA e valutazione del medico

Fonte: L'intelligenza artificiale e la salute: indagine demoscopica nazionale Istituto DEMOPOLIS per FIASO, Roma, 2025.



Quali sarebbero i vantaggi dell'introduzione dell'intelligenza artificiale nella sanità?



Soltanto il 9% si dichiara non d'accordo. Questo risultato configura ciò che potremmo definire come "consensus dell'integrazione": la quasi totalità della popolazione italiana adulta non concepisce l'IA in sanità come un agente autonomo nella relazione terapeutica, ma come uno strumento subordinato al giudizio clinico umano. Non a caso, appena il 30% immagina che potrebbe fidarsi personalmente di una diagnosi sviluppata dall'IA in modalità esclusiva.

Il dato è in linea con quanto rilevato in altri contesti nazionali. Reis *et al.* (2025) mostrano come la popolazione statunitense percepisca in modo differenziato i medici che dichiarano di utilizzare l'IA a fini diagnostici rispetto a quelli che la usano per scopi amministrativi, con una valutazione più ambivalente nel primo caso. Coerentemente, nella survey di Aachen

(Baldus *et al.*, 2026) il 73% dei pazienti esprimeva preoccupazioni per una riduzione della comprensione delle condizioni cliniche individuali in esito all'uso dell'IA.

4.5. I vantaggi percepiti: efficienza e accessibilità

Alla domanda sui vantaggi specifici che l'IA potrebbe apportare alla sanità – con possibilità di indicazioni multiple – il quadro che emerge privilegia le dimensioni operative e organizzative, soprattutto negli ambiti dove il vantaggio competitivo della "macchina" è ineguagliabile (Fig. 5). Il vantaggio più citato è la capacità di analizzare rapidamente grandi quantità di dati clinici (73%), seguito dalla riduzione dei tempi per le attività burocratiche (61%) e dal miglioramento dell'organizzazione complessiva dei servizi (54%). Il 45% indica come vantaggio

Fig. 5

Vantaggi dell'introduzione dell'IA in sanità

Fonte: L'intelligenza artificiale e la salute: indagine demoscopica nazionale Istituto DEMOPOLIS per FIASO, Roma, 2025.

rilevante anche l'ottimizzazione e la fruibilità delle cartelle cliniche e della storia sanitaria del paziente. Molto ampia – secondo l'indagine DEMOPOLIS-FIASO – risulta la disponibilità degli italiani ad accettare – anche per sé – l'integrazione dei sistemi di IA. Il 51% ne accetterebbe anche per sé l'applicazione nella diagnostica (lettura, analisi integrata di immagini e dati clinici), il 48% nella chirurgia computerizzata, il 46% per lo sviluppo di nuove molecole e farmaci. Oltre 4 su 10 accetterebbero applicazioni di IA per i controlli da remoto delle patologie e la medicina generale (44%), la riabilitazione (42%), le procedure predittive per l'anticipazione di eventuali patologie.

Più in generale, la graduatoria dei vantaggi percepiti riflette i punti di maggiore sofferenza che i cittadini sperimentano nel rapporto quotidiano con il SSN: i tempi di attesa, la frammentazione della documentazione clinica, la burocrazia. Come emerso già a partire dai colloqui in profondità della fase qualitativa di ricerca, la principale attesa dei cittadini riguarda dinamiche e tempi dei servizi sanitari: è convinzione diffusa, tra gli italiani intervistati da DEMOPOLIS, che l'IA possa innovare l'organizzazione della sanità pubblica, migliorandone l'accessibilità e sanandone le lentezze, a fronte di una richiesta crescente e spesso inevasa di servizi e prestazioni. L'IA viene dunque concepita come uno strumento di efficientamento sistemico.

4.6. Le preoccupazioni: il primato della dimensione umana

I principali svantaggi percepiti dell'introduzione dell'IA in sanità afferiscono alla compromissione della dimensione umana e professionale delle cure. Il 72%

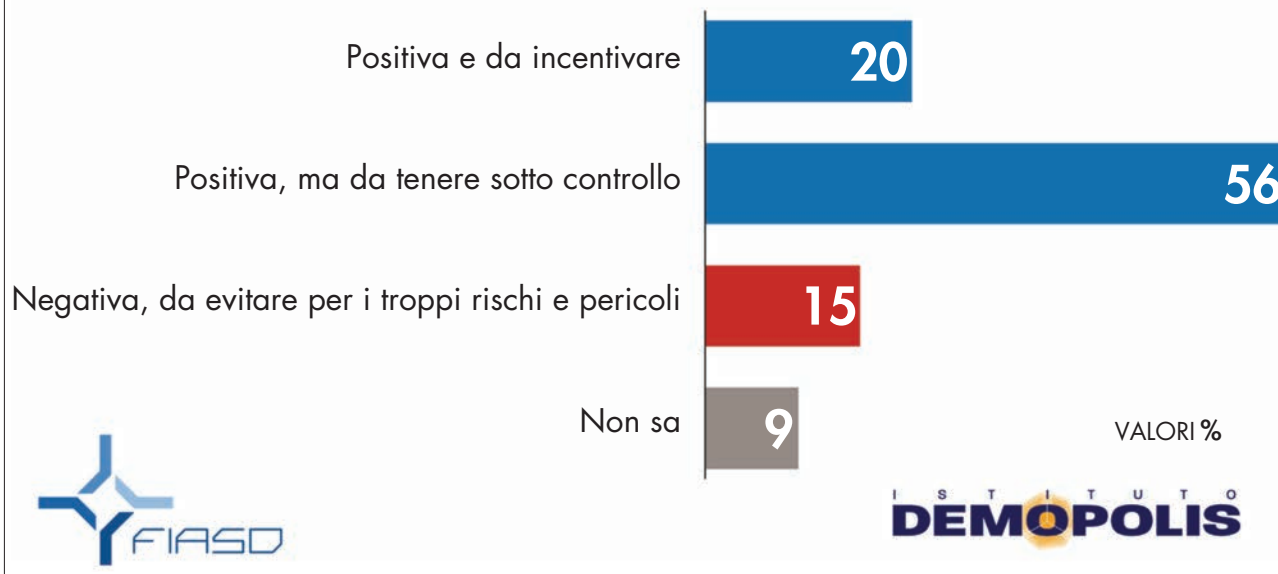
degli intervistati teme che l'IA possa determinare una riduzione della comprensione dei disturbi e delle malattie nella loro dimensione individuale; il 68% che i medici diventino eccessivamente dipendenti dai sistemi informatici; il 55% teme il pericolo di affidarsi a valutazioni errate; il 53% che si produca un impoverimento delle competenze cliniche. Questi dati configurano una preoccupazione articolata, non genericamente ostile alle tecnologie, ma specificamente orientata alla tutela della qualità della professione medica, a fronte del rischio – paventato dagli intervistati – che si riduca il ruolo del professionista, l'acume e il controllo dell'umano con il prevalere di sistemi informatizzati. I cittadini pretendono che si tratti di "integrazione" e non di sostituzione delle professionalità con le macchine.

4.7. La prospettiva complessiva: positiva ma da governare

In termini di valutazione prospettica dell'integrazione dell'IA nella sanità e nei sistemi di cura (Fig. 6), il 76% degli intervistati esprime un giudizio positivo: il 20% ritiene che vada incentivata senza remore, mentre il 56% – maggioranza assoluta – la valuta positiva ma da tenere sotto controllo. Il 15% la eviterebbe del tutto, considerandola pericolosa per i troppi rischi. Il 9% non esprime un orientamento definito.

La quota del 56% che esprime un'accettazione condizionata al presidio manageriale e istituzionale costituisce un segnale rilevante per le aziende sanitarie e per i decisori. I cittadini non auspicano il blocco dell'innovazione, ma ne richiedono una governance adeguata: trasparenza nelle finalità d'uso, responsabilità nella supervisione clinica, garanzie sull'utilizzo dei dati personali.

L'integrazione dell'intelligenza artificiale nella sanità e nei sistemi di cura è in prospettiva:



5. Discussione

5.1. Un profilo di accettazione condizionata

I risultati dell'indagine DEMOPOLIS-FIASO delineano un profilo dell'opinione pubblica italiana che può essere inquadrato come "accettazione condizionata" dell'IA in sanità. Questo profilo condivide la logica del TAM esteso alla dimensione fiduciaria (Cicin, Çetin Gürkan, 2026): l'utilità percepita è elevata e si traduce in una disposizione favorevole all'adozione, ma questa è mediata da condizioni di natura istituzionale (chi governa l'IA?), professionale (il medico mantiene la guida clinica?) ed etica (i dati vengono usati in modo trasparente e sicuro?). Nei colloqui qualitativi, così come nei dati di rile-

vazione campionaria, si rivela un radicato interesse dei cittadini, un'attesa maggioritaria per un miglioramento dell'accesso ai servizi, ma anche una richiesta di "presidio dell'umano" sulla gestione della salute e delle cure. Nella percezione dell'opinione pubblica, esistono rischi che devono essere mitigati, per esempio attraverso il presidio dei medici, ma l'IA rappresenta soprattutto una grande opportunità di innovazione in sanità e di evoluzione dei servizi.

La convergenza tra il dato italiano (85% favorevole all'integrazione non sostitutiva) e quelli registrati in altri Paesi, sembra suggerire che questo pattern non sia specifico del contesto nazionale, ma rappresenti una caratteristica strutturale dell'atteggiamento pubblico verso l'IA in sanità.

Fig. 6

Valutazione dell'introduzione dell'IA in sanità in prospettiva

Fonte: L'intelligenza artificiale e la salute: indagine demoscopica nazionale Istituto DEMOPOLIS per FIASO, Roma, 2025.

5.2. Implicazioni per il management delle aziende sanitarie

Sul piano manageriale, i risultati suggeriscono almeno tre indirizzi operativi per le direzioni strategiche delle aziende sanitarie pubbliche.

In primo luogo, la comunicazione istituzionale sull'IA dovrebbe valorizzare le applicazioni percepite come maggiormente utili dai cittadini: analisi dei dati clinici, accessibilità al FSE, riduzione della burocrazia. Questi ambiti, in cui la quasi-totalità degli intervistati riconosce un potenziale beneficio, costituiscono il terreno più fertile per costruire fiducia senza suscitare resistenze. La comunicazione dovrebbe evitare narrativi tecnocratici che enfatizzino la capacità "decisionale" dell'IA, privilegiando quelli che ne evidenziano il ruolo strumentale al servizio del sistema nelle sue diverse articolazioni, a partire dalle professionalità cliniche.

In secondo luogo, i percorsi di adozione dell'IA nelle organizzazioni sanitarie dovrebbero prevedere processi strutturati di coinvolgimento dei professionisti, in primo luogo i clinici, non soltanto come utenti dei sistemi ma come garanti del presidio umano che i cittadini richiedono. L'evidenza sull'uso crescente dell'IA da parte dei medici specialisti SSN (dal 26% al 61% in un solo anno, secondo i dati Politecnico di Milano 2026) segnala che l'adozione dal lato dell'offerta sta accelerando. È necessario che la governance organizzativa accompagni questa transizione con framework di accountability chiari.

In terzo luogo, la preoccupazione per l'equità nell'accesso – segnalata dall'incertezza di un quarto degli intervistati sull'effetto redistributivo dell'IA – deve diventare una priorità

esplicita nella progettazione dei sistemi. Il Piano Triennale per la Sanità Digitale 2024-2026 e la piattaforma AGENAS istituita dalla Legge n. 132/2025 forniscono cornici istituzionali all'interno delle quali le aziende sanitarie possono operare scelte consapevoli di design orientate anche al sostegno e al rafforzamento delle politiche per l'equità.

5.3. Limitazioni dello studio

L'indagine presenta alcune limitazioni metodologiche che è necessario esplicitare. In primo luogo, trattandosi di uno studio trasversale condotto in un determinato momento storico, i risultati riflettono uno stato della percezione pubblica che può evolvere rapidamente, soprattutto in un campo tecnologico in rapida trasformazione. In secondo luogo, i dati aggregati a livello nazionale non consentono di rilevare variazioni significative in funzione di variabili socio-demografiche (età, genere, livello di istruzione, area geografica, condizioni di salute), la cui analisi dovrebbe essere oggetto di lavori successivi. In terzo luogo, il questionario, pur costruito a partire da una fase qualitativa esplorativa, non può catturare pienamente la complessità delle rappresentazioni individuali. Infine, la natura demoscopica dell'indagine non consente inferenze causali ma soltanto descrittive e associative.

6. Conclusioni

L'indagine demoscopica nazionale DEMOPOLIS-FIASO offre un contributo empirico alla comprensione della percezione pubblica dell'IA in sanità nel contesto italiano. I risultati consentono di affermare che i cittadini italiani, contrariamente a quanto una lettura superficiale del dibattito pub-

blico potrebbe suggerire, manifestano una propensione all'adozione dell'IA nel SSN più elevata e più articolata di quanto comunemente ritenuto. Il 63% la giudica un'innovazione sostenibile; il 76% esprime una valutazione prospettica positiva; la quasi totalità (85%) ne sostiene il ruolo integrativo rispetto alle professionalità cliniche.

Questa disponibilità non è acritica né incondizionata. Essa richiede, come precondizione di legittimazione sociale, che l'introduzione dell'IA nel SSN sia governata secondo principi di trasparenza, responsabilità clinica, tutela della dimensione umana della cura e garanzia di equità nell'accesso ai servizi. Il 56% degli italiani accetta l'IA in sanità a condizione che sia tenuta sotto controllo: questa non è una resistenza al cambiamento, ma una domanda di governance.

Per le aziende sanitarie e per il sistema istituzionale nel suo complesso, questo risultato ha un significato preciso: l'innovazione tecnologica avanzata

può contare su un substrato di consenso sociale ampio, ma questo consenso deve essere coltivato e non dato per scontato. La fiducia dei cittadini nell'IA in sanità si costruisce non soltanto con la qualità dei sistemi tecnici, ma anche con la massima attenzione ai processi di governance che ne guidano l'adozione.

Le prospettive di ricerca aperte da questo studio includono l'analisi per sottogruppi, con particolare attenzione alla variabile età (dato il potenziale impatto differenziale dell'IA sulle popolazioni anziane e fragili, principali utilizzatrici del SSN) e alla variabile geografica (considerate le disomogeneità territoriali). Studi longitudinali, che rilevino l'evoluzione delle percezioni nel tempo in funzione dell'effettiva diffusione dell'IA nelle organizzazioni sanitarie, consentiranno inoltre di testare l'ipotesi, suggerita dai dati danesi, che l'esposizione diretta ai sistemi di IA modifichi significativamente gli atteggiamenti in senso favorevole.

BIBLIOGRAFIA

Anitec-Assinform (2025). *Tecnologie e policy per il futuro della sanità digitale (White Paper)*. Roma: Anitec-Assinform/NetConsulting cube.

Anitec-Assinform (2026). *Il Digitale in Italia 2026*. Roma: Anitec-Assinform/NetConsulting cube.

Ardito V., Cappellaro G., Compagni A., Petracca F., Preti L.M. (2025). Adoption of artificial intelligence applications in clinical practice: Insights from a Survey of Healthcare Organizations in Lombardy, Italy.

Digital Health, Jul 10, 11, 20552076251355680. DOI: 10.1177/20552076251355680.

Baldus S.G., Wiesmann M., Habel U., Gerhards A., Hasan D., Weyland C.S., Truhn D., Hasl M.M., Clemens B., Nikoubashman O. (2026). Patients' views on the use of artificial intelligence in healthcare: Artificial Intelligence Survey Aachen (AISA) – a prospective survey. *Insights Imaging*, Jan 5, 17(1): 6. DOI: 10.1186/s13244-025-02159-3.

- Bowling A. (2014). *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services*. Maidenhead: Open University Press.
- Bracic A., Spector-Bagdady K., Towle S., Zhang R., James C.A., Price W.N. (2026). Factors for Patient Trust and Acceptance of Medical Artificial Intelligence. *JAMA Network Open*, Mar 2, 9(3), e260815. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2026.0815.
- Cicin F.N., Çetin Gürkan G. (2026). How physicians embrace AI: insights from technology acceptance and trust theories. *Frontiers in Digital Health*, 8, 1722087. DOI: 10.3389/fdgth.2026.1722087.
- Corea F., Fossa F., Loreggia A. *et al.* (2023). A principle-based approach to AI: the case for European Union and Italy. *AI & Soc*, 38: 521-535 DOI: 10.1007/s00146-022-01453-8.
- Davis F.D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly*, 13(3): 319-339. DOI: 10.2307/249008.
- Isaksen A.A., Schaarup J.R., Bjerg L. *et al.* (2025). Changes in public perception of artificial intelligence in healthcare after exposure to ChatGPT. *npj Digital Medicine*, 8, 795. DOI: 10.1038/s41746-025-02169-x.
- Istituto DEMOPOLIS (2025). *L'intelligenza artificiale e la salute: indagine demoscopica nazionale per FIASO*. Roma: Istituto DEMOPOLIS.
- JRC – Joint Research Centre (2024). Public perception of socially assistive robots for healthcare in the EU: A large-scale survey. *Computers in human behavior reports*, 15, 100465, JRC132947. DOI: 10.1016/j.chbr.2024.100465 (online).
- Ministero della Salute (2024). *PNRR – Missione 6 Salute*. Roma, Ministero della Salute.
- Ministero della Salute – AgID (2024). *Piano Triennale per la Sanità Digitale 2024-2026*. Roma.
- Nong P., Platt J. (2025). Patients' Trust in Health Systems to Use Artificial Intelligence. *JAMA Network Open*, 8(2): e2460628. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.60628.
- Osservatorio Sanità Digitale – Politecnico di Milano (2026). *Consolidare il futuro: la Sanità tra investimenti da valorizzare e nuove sfide dell'AI*. Milano: POLIMI School of Management, maggio 2026.
- Parlamento Europeo (2024). *Artificial Intelligence Act (AI Act), Regolamento UE 2024/1689*.
- Reis M., Reis F., Kunde W. (2025). Public Perception of Physicians Who Use Artificial Intelligence. *JAMA Network Open*, Jul 1, 8(7), e2521643. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2025.21643.
- Venkatesh V., Bala H. (2008). Technology Acceptance Model 3 and a Research Agenda on Interventions. *Decision Sciences*, 39(2): 273-315. DOI: 10.1111/j.1540-5915.2008.00192.x.
- Venkatesh V., Thong J.Y.L., Xu X. (2012). Consumer Acceptance and Use of Information Technology: Extending the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology. *MIS Quarterly*, 36(1): 157-178. DOI: 10.2307/41410412.
- Zondag A.G.M., Rozestraten R., Grimmelikhuisen S., Jongsma K., van Solinge W., Bots M., Verhoeven R., Haitjema S. (2024). The Effect of Artificial Intelligence on Patient-Physician Trust: Cross-Sectional Vignette Study. *Journal of Medical Internet Research*, 26, e50853. DOI: 10.2196/50853.