ALTEMS ADVISORY

SCIENCE ECONOMICS LIFE

Spin off dell'Università Cattolica del Sacro Cuore

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

REPORT

Finanziamenti per la prevenzione in sanità: assetto nazionale, regionale e prospettive future

Report di sintesi della Masterclass nazionale di aggiornamento



Contributi

Data di pubblicazione

Ottobre 2026

Si prega di citare il *report*:

"Finanziamenti per la prevenzione in sanità: assetto nazionale, regionale e prospettive future Report di sintesi della Masterclass nazionale di aggiornamento, Altems Advisory, 2026".

Informazioni

info@altemsadvisory.it

Disclosure

Il presente elaborato è stato realizzato da ALTEMS Advisory quale sintesi ragionata dei contenuti scientifici e didattici della Masterclass nazionale di aggiornamento con il contributo incondizionato di Gilead.

Indice

Abbreviazioni **4**
Lista Tabelle **6**
Lista Figure **6**
Executive summary **7**
Introduzione e obiettivo **8**
Sintesi del percorso formativo **9**
L'architettura del finanziamento della prevenzione tra Stato e Regioni 9
La prevenzione come investimento: regole europee, prospettive post-PNRR e *Health Golden Rule* 10
La *governance* della prevenzione: il PNP 2026-2031 e l'integrazione dei Piani di settore 12
Il quadro epidemiologico di HIV, epatiti virali e IST: l'evidenza del Rapporto COA 15
Dagli indirizzi alle azioni: il PNA HIV-EpV-IST e gli organi consultivi del Ministero 16
Dalla teoria alla pratica: gli esiti dei gruppi di lavoro 17
Evidenze principali **19**
Key Messages **20**
Conclusioni **21**

Abbreviazioni

AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
AIDS	Sindrome da Immunodeficienza Acquisita
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
AIRTUM	Associazione Italiana dei Registri Tumori
ART / HAART	Terapia antiretrovirale (di combinazione ad alta efficacia)
ASL	Azienda Sanitaria Locale
CCM	Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie
CIPESS	Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica e lo Sviluppo Sostenibile
CNA	Commissione Nazionale per la lotta contro l'AIDS
COA	Centro Operativo AIDS
CSR	Conferenza Stato-Regioni
CTS	Comitato Tecnico Sanitario
ECDC	Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie
EpV	Epatiti virali
FESR	Fondo Europeo di Sviluppo Regionale
FSE+	Fondo Sociale Europeo Plus
FSN	Fondo Sanitario Nazionale
HBV / HCV / HDV	Virus dell'epatite B / C / D
HIV	Virus dell'immunodeficienza umana
HPV	Papillomavirus umano
IST	Infezioni sessualmente trasmesse
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MSM	Uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini
NIEBP	*Network* Italiano *Evidence-based Prevention*
OCSE	Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ONS	Osservatorio Nazionale *Screening*
PEP	Profilassi post-esposizione

PNA	Piano Nazionale d'Azione (HIV, EpV, IST)
PNAIDS	Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS
PNCAR	Piano Nazionale di Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza
PNP	Piano Nazionale della Prevenzione
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PrEP	Profilassi pre-esposizione
PRP	Piano Regionale della Prevenzione
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
U=U	*Undetectable* = *Untransmittable* (non rilevabile = non trasmissibile)

Lista Tabelle

Tabella 1 – Fonti e strumenti del finanziamento della prevenzione per livello di governo 10
Tabella 2 – *Health Golden Rule*: quadro attuale e prospettiva di riforma 12
Tabella 3 – Le principali novità del PNP 2026-2031 13
Tabella 4 – I principali Piani di settore e il raccordo con il PNP 2026-2031 15
Tabella 5 – Le evidenze del Rapporto COA e le implicazioni per la prevenzione 16
Tabella 6 – La strategia nazionale per le IST nel PNA HIV-EpV-IST 17
Tabella 7 – Sintesi degli esiti dei gruppi di lavoro 18

Lista Figure

Figura 1 – La catena del valore della prevenzione e il confronto tra quadro contabile attuale e *Health Golden Rule* 12
Figura 2 – Risorse dedicate al PNP 2026-2031 (milioni di euro) 13
Figura 3 – Box – Il PNP 2026-2031 come quadro strategico dei Piani di settore 14

Executive summary

La Masterclass nazionale di aggiornamento "*Finanziamenti per la prevenzione in sanità: assetto nazionale, regionale e prospettive future*", promossa da ALTEMS Advisory con il supporto incondizionato di Gilead, ha affrontato in modo integrato il tema del finanziamento della prevenzione sanitaria, coniugando la dimensione economico-istituzionale con un caso applicativo di rilievo per la sanità pubblica: la prevenzione e il controllo dell'infezione da HIV, delle epatiti virali e delle infezioni sessualmente trasmesse (IST). Il percorso ha messo in relazione l'architettura del finanziamento della prevenzione, la governance della programmazione nazionale e regionale, l'evidenza epidemiologica più aggiornata e la traduzione operativa dei principi in modelli di intervento.

Dal confronto emerge con chiarezza un cambiamento di paradigma: la prevenzione tende a essere riconosciuta non più come voce di spesa corrente, ma come investimento in capitale umano, produttività e sostenibilità del sistema. Questo riorientamento attraversa tutti i livelli, dalla revisione delle regole di bilancio europee e dal dibattito sulla cosiddetta *Health Golden Rule*, ossia la proposta di trattare la spesa per la prevenzione come un investimento con ritorni pluriennali, al pari delle infrastrutture, anziché come consumo corrente, fino al nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2026-2031, che per la prima volta associa alla programmazione uno stanziamento dedicato (200 milioni di euro annui per Regioni e Province autonome, cui si aggiungono 50 milioni di euro per il 2026 destinati alla prevenzione territoriale) e una piattaforma digitale nazionale per pianificazione, monitoraggio e valutazione.

Il caso HIV/IST rende tangibili sia le criticità sia le opportunità. I dati del Rapporto COA mostrano un'incidenza delle nuove diagnosi che non decresce, un progressivo invecchiamento della popolazione che vive con HIV, una quota di *late presenters* superiore al 60% e circa 7.000 persone che ancora non sanno di essere positive. A fronte di ciò, gli strumenti di intervento sono maturi e convergenti: prevenzione combinata (PrEP, PEP, condom), promozione del test (incluso il modello *opt-out*) integrazione ospedale-territorio secondo il modello *hub-spoke*, educazione all'affettività e alla sessualità, contrasto allo stigma e presa in carico multidisciplinare a lungo termine, in coerenza con il messaggio U=U e con l'obiettivo di eliminazione fissato al 2030. Il passaggio decisivo, condiviso dai diversi contributi, è quello dalla logica di progetto, tipica della stagione del PNRR, alla logica di sistema, fondata sulla sostenibilità ordinaria, sull'equità territoriale e sulla misurazione degli esiti di salute.

Introduzione e obiettivo

La Masterclass nazionale di aggiornamento si è svolta a Roma nel giugno 2026 con l'obiettivo di offrire una lettura aggiornata e sistemica del finanziamento della prevenzione in sanità, tema oggi al centro dell'agenda di politica sanitaria per effetto della transizione epidemiologica, dell'invecchiamento della popolazione, del crescente peso delle malattie croniche e della conclusione del ciclo straordinario di investimenti del PNRR.

Il contesto di riferimento è quello di un Servizio Sanitario Nazionale chiamato a garantire la prevenzione come una delle tre macroaree dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), storicamente destinataria di circa il 5% delle risorse, in un quadro segnato da forte disomogeneità territoriale nelle capacità di programmazione e di spesa. Il razionale del percorso formativo muove dalla necessità di superare una visione puramente contabile della prevenzione, per collocarla all'interno di un ragionamento su valore, sostenibilità e ritorno di lungo periodo dell'investimento pubblico in salute.

Coerentemente con questa impostazione, la Masterclass ha adottato una prospettiva multilivello, nazionale, regionale e locale, e ha scelto come terreno di verifica il campo delle malattie infettive prioritarie, in particolare HIV, epatiti virali e IST, dove la relazione tra risorse, organizzazione dei servizi ed esiti di salute è particolarmente evidente e misurabile.

I destinatari del percorso sono professionisti e decisori del sistema salute: referenti delle istituzioni sanitarie centrali e regionali, operatori dei Dipartimenti di Prevenzione e dei servizi territoriali, clinici e specialisti, economisti sanitari, rappresentanti delle società scientifiche e del terzo settore. Gli obiettivi formativi si articolano su quattro piani: comprendere l'architettura e le fonti del finanziamento della prevenzione ai diversi livelli di governo; inquadrare le novità della programmazione nazionale, con particolare riferimento al PNP 2026-2031 e ai Piani di settore; interpretare l'evidenza epidemiologica come base delle scelte di allocazione; tradurre i principi in strumenti operativi, modelli organizzativi e raccomandazioni per la programmazione.

Sintesi del percorso formativo

La ricostruzione che segue è organizzata per grandi temi e non secondo la successione cronologica degli interventi, così da restituire l'unità concettuale del percorso e le relazioni tra i suoi diversi contributi.

L'architettura del finanziamento della prevenzione tra Stato e Regioni

Il primo nucleo tematico ha ricostruito la struttura del finanziamento della prevenzione lungo la filiera che collega lo Stato, le Regioni e le Aziende sanitarie. A livello nazionale, la prevenzione collettiva e sanità pubblica costituisce una delle tre macroaree dei LEA, alla quale è tradizionalmente destinato circa il 5% delle risorse; a questa dotazione ordinaria si affiancano fondi vincolati per obiettivi prioritari nazionali, tra i quali *screening* oncologici, prevenzione delle malattie croniche, vaccinazioni, salute nei luoghi di lavoro, e finanziamenti straordinari derivanti da leggi di bilancio, programmi europei, risorse del PNRR e programmi di ricerca sanitaria.

Il meccanismo di destinazione delle quote vincolate del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) agli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, fondato sulla Legge 662/1996 e sulla Legge 133/2008, prevede un accordo annuale in sede di Conferenza Stato-Regioni e una successiva delibera del CIPESS, con erogazione di un acconto del 70% e saldo del 30% subordinato all'approvazione dei progetti regionali e alla rendicontazione dei risultati. All'interno di questo dispositivo, la Linea 4 sostiene l'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione e il funzionamento dei *network* tecnici nazionali (Osservatorio Nazionale *Screening*, *Network* Italiano *Evidence-based Prevention*, Associazione Italiana dei Registri Tumori).

A livello regionale, il finanziamento si compone della quota regionale dei LEA, delle quote vincolate del FSN, delle risorse proprie (addizionali IRPEF e IRAP, fondi di bilancio) e dei fondi europei e territoriali (FSE+, FESR, progetti cofinanziati). La programmazione si sviluppa secondo una logica multilivello: il PNP definisce le priorità, gli obiettivi e i Programmi Predefiniti obbligatori, perché fondati su prove di efficacia e costo-efficacia, mentre i Piani Regionali della Prevenzione (PRP) traducono gli indirizzi nazionali in azioni adattate ai bisogni dei territori, assegnano responsabilità organizzative e programmano l'uso delle risorse. In sintesi, il livello nazionale decide "cosa fare", quello regionale "come farlo nel territorio" e le ASL realizzano concretamente gli interventi.

La **Tabella 1** sintetizza le principali fonti di finanziamento, gli strumenti di programmazione e le funzioni attribuite a ciascun livello di governo.

Tabella 1 – Fonti e strumenti del finanziamento della prevenzione per livello di governo

Livello	Principali fonti di finanziamento	Strumento di programmazione	Funzione
Nazionale	Macroarea "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" dei LEA (circa 5% delle risorse) Quote vincolate del FSN per obiettivi prioritari (L. 662/1996 e L. 133/2008: accordo in CSR, delibera CIPESS, acconto 70% e saldo 30%) Finanziamenti straordinari: leggi di bilancio, programmi europei, PNRR, ricerca sanitaria	PNP e Programmi Predefiniti Linea 4: attuazione del PNP e *network* tecnici (ONS, NIEBP, AIRTUM)	Definisce "cosa fare"
Regionale	Quota regionale dei LEA e quote vincolate del FSN Risorse proprie (addizionali IRPEF e IRAP, fondi di bilancio) Fondi europei e territoriali (FSE+, FESR, progetti cofinanziati)	Piani Regionali della Prevenzione (PRP)	Definisce "come farlo nel territorio"
Aziendale (ASL)	Risorse assegnate dalla Regione	Programmazione attuativa dei Dipartimenti di Prevenzione	Realizza concretamente gli interventi

L'analisi delle criticità del rapporto Stato-Regioni ha spostato l'attenzione dalla mera quantità delle risorse alla capacità di utilizzarle in modo omogeneo ed efficace. Oltre al sottofinanziamento percepito, con una quota del 5% giudicata insufficiente rispetto al peso crescente delle cronicità, emergono la difficoltà di alcune Regioni a impiegare integralmente i fondi già assegnati, una marcata disomogeneità territoriale, un legame ancora debole tra finanziamento e risultati, un'eccessiva complessità programmatoria e ritardi negli investimenti strutturali e digitali. Sul piano del monitoraggio, gli indicatori LEA misurano soprattutto coperture, attività e adempimenti, mentre risultano meno presenti gli indicatori di esito di salute; da qui la proposta, coerente con la *Value-Based Healthcare* (VBHC), di affiancare agli indicatori di processo misure di impatto sanitario ed economico.

La prevenzione come investimento: regole europee, prospettive post-PNRR e *Health Golden Rule*

Il secondo tema ha collocato il finanziamento della prevenzione nel quadro della disciplina finanziaria europea e delle prospettive successive al PNRR. Con le nuove regole di bilancio dell'Unione, in vigore dal 2024 e pienamente applicate nel ciclo 2025-2029, la spesa per la prevenzione non è automaticamente classificata come investimento e non gode di una *golden rule* che la escluda dal computo del deficit. La riforma del Patto di Stabilità ha tuttavia introdotto un parametro operativo unico, il percorso di spesa netta, e uno strumento, il Piano strutturale di bilancio di medio termine, in cui riforme e investimenti prioritari possono giustificare una traiettoria di aggiustamento più graduale, estendibile da quattro fino a sette anni: uno spazio potenziale entro cui qualificare in modo più favorevole determinate spese sanitarie.

La questione centrale del dopo-PNRR è stata definita come il passaggio dalla logica di progetto alla logica di sistema. Tra il 2021 e il 2026 la Missione Salute ha mobilitato oltre 15,6 miliardi di euro, in larga parte destinati al rafforzamento della sanità territoriale, alla digitalizzazione e alla prevenzione secondo l'approccio *One Health*; dal 2027, con la conclusione dei fondi straordinari, la sfida diventa la sostenibilità della gestione ordinaria di quanto realizzato, che dovrà essere

sostenuta dai canali ordinari, FSN, bilanci regionali, fondi europei strutturali e nuovi programmi di prevenzione. Le direttrici di sviluppo indicate sono la maggiore integrazione tra prevenzione e assistenza territoriale, lo sviluppo della prevenzione digitale (Fascicolo Sanitario Elettronico, telemedicina, sistemi di sorveglianza), il rafforzamento dell'approccio *One Health* con attenzione ai rischi ambientali e climatici, e il finanziamento basato sui risultati.

In questo orizzonte si inserisce il dibattito sulla *Health Golden Rule*, la proposta di trattare alcune spese sanitarie, segnatamente quelle per la prevenzione e il rafforzamento dei sistemi, come investimenti anziché come consumi correnti, in analogia con quanto avviene per le infrastrutture. Il fondamento teorico risiede nel considerare la salute una forma di capitale umano: la prevenzione riduce la malattia, sostiene la partecipazione al lavoro e la produttività e, in ultima analisi, il prodotto e il gettito. Sul piano economico, Commissione europea, OCSE e OMS riconoscono la prevenzione come investimento; sul piano contabile europeo, però, in base al Sistema Europeo dei Conti (SEC 2010) la maggior parte della spesa preventiva continua a essere registrata come spesa corrente, incidendo sul saldo di bilancio. Le nuove regole aprono nondimeno margini per qualificare tali spese come investimenti strategici, se inserite nei piani fiscali-strutturali nazionali e collegate alle priorità comuni dell'Unione e alle raccomandazioni del Semestre Europeo.

Per chiarire la portata della proposta è utile distinguerne tre componenti. La prima riguarda il perimetro: non l'intera spesa sanitaria, ma un insieme circoscritto e verificabile di interventi, quali programmi di *screening*, vaccinazioni, prevenzione delle malattie infettive e croniche, sistemi di sorveglianza e infrastrutture digitali, con ritorni documentabili in termini di salute e di produttività. La seconda riguarda il trattamento di bilancio: tali spese potrebbero ricevere una considerazione favorevole nel percorso di spesa netta, ad esempio attraverso il loro riconoscimento, nel Piano strutturale di bilancio di medio termine, tra gli investimenti prioritari che giustificano un aggiustamento più graduale. La terza riguarda la condizionalità: il trattamento agevolato andrebbe legato alla misurazione degli esiti e alla rendicontazione dei risultati, così da evitare che la flessibilità si traduca in spesa corrente non qualificata (**Figura 1** e **Tabella 2**).

In questa chiave, la *Health Golden Rule* non rappresenta soltanto la richiesta di maggiori margini di spesa, ma un cambio di metrica: la prevenzione viene valutata per il valore che genera nel tempo, in termini di costi assistenziali evitati, maggiore partecipazione al lavoro e maggiore gettito, e non soltanto per il suo impatto sul saldo dell'anno in corso. Un precedente utile per inquadrare la proposta è l'attivazione, nel 2025, della clausola di salvaguardia nazionale per la spesa per la difesa, che ha mostrato come il nuovo quadro europeo consenta un trattamento differenziato di specifiche categorie di spesa ritenute strategiche. Gli strumenti previsti dal PNP 2026-2031, dalla piattaforma digitale di monitoraggio alla valutazione delle ricadute economiche degli interventi nell'ambito del Programma CCM, potrebbero fornire la base informativa necessaria per qualificare in modo rigoroso la spesa preventiva come investimento.

Figura 1 – La catena del valore della prevenzione e il confronto tra quadro contabile attuale e *Health Golden Rule*



Tabella 2 – *Health Golden Rule*: quadro attuale e prospettiva di riforma

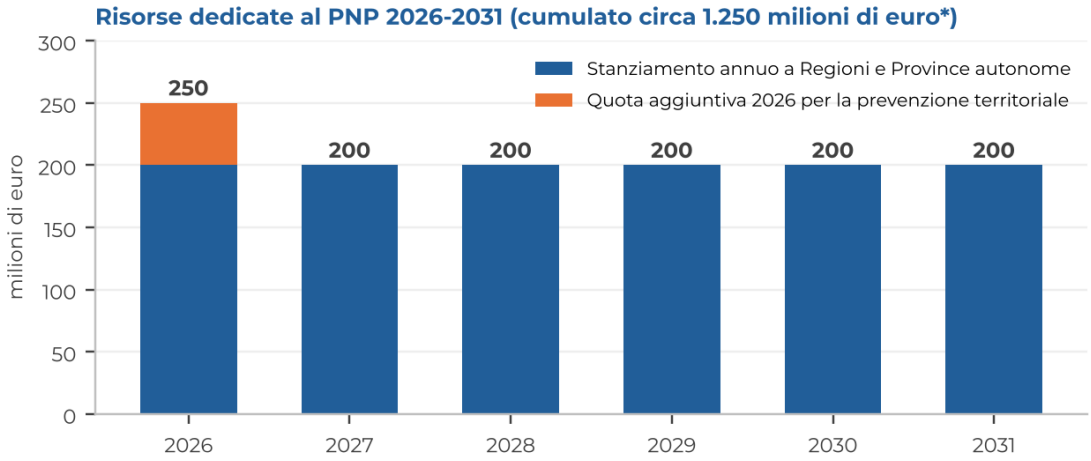
Dimensione	Quadro attuale	Prospettiva *Health Golden Rule*
Natura della spesa	Consumo corrente	Investimento in capitale umano
Trattamento contabile	In prevalenza spesa corrente secondo il SEC 2010, con impatto sul saldo di bilancio	Riconoscimento come investimento strategico nella valutazione del rispetto delle regole fiscali
Regole di bilancio UE	Nessuna *golden rule*; parametro unico del percorso di spesa netta	Considerazione favorevole nel percorso di spesa netta, entro il Piano strutturale di bilancio di medio termine
Orizzonte di valutazione	Annuale, centrato sul saldo	Pluriennale, centrato sui ritorni di salute ed economici
Perimetro	Indistinto	Interventi circoscritti, con efficacia e costo-efficacia documentate
Condizioni	Non previste	Misurazione degli esiti, rendicontazione, coerenza con le priorità UE e con il Semestre Europeo

La *governance* della prevenzione: il PNP 2026-2031 e l'integrazione dei Piani di settore

Il terzo tema ha illustrato l'evoluzione della *governance* della prevenzione con il nuovo PNP 2026-2031, che segna una discontinuità rispetto al ciclo 2020-2025. La logica non è più soltanto quella di definire obiettivi sanitari, ma di collegare in modo più stretto risorse, *governance*, valutazione e attuazione regionale. Le novità principali sono lo stanziamento nazionale esplicito (200 milioni di euro annui per Regioni e Province autonome, più 50 milioni per il 2026 dedicati alla prevenzione territoriale), la piattaforma digitale nazionale per la pianificazione, il monitoraggio e la valutazione dei PRP, a garanzia di trasparenza, uniformità dei dati, comparabilità tra Regioni e verifica dell'utilizzo delle risorse, il consolidamento dell'approccio *One Health*, l'integrazione con la fase post-PNRR e uno spostamento del focus verso esiti, equità e resilienza territoriale.

Sul piano finanziario, la novità più rilevante è che per la prima volta il PNP è accompagnato da risorse dedicate e predeterminate, anziché poggiare esclusivamente sulla quota della macroarea prevenzione dei LEA e sulle quote vincolate del FSN. Lo stanziamento di 200 milioni di euro annui per Regioni e Province autonome, cui si sommano nel 2026 ulteriori 50 milioni di euro per la prevenzione territoriale, porta la dotazione del primo anno a 250 milioni di euro; nell'ipotesi di conferma per l'intera durata del Piano, le risorse dedicate raggiungerebbero complessivamente circa 1,25 miliardi di euro nel periodo 2026-2031 (**Figura 2**). Il valore di queste risorse non risiede soltanto nel loro ammontare, ma nel collegamento con la piattaforma digitale nazionale: la verifica dell'utilizzo dei fondi e il monitoraggio degli obiettivi dei PRP su basi comparabili tra Regioni rendono possibile un legame più stretto tra finanziamento e risultati, uno dei nodi critici emersi nell'analisi del rapporto Stato-Regioni. La **Tabella 3** sintetizza le principali novità del Piano e le loro implicazioni per la programmazione.

Figura 2 – Risorse dedicate al PNP 2026-2031 (milioni di euro)



** Valore cumulato calcolato nell'ipotesi di conferma dello stanziamento annuo di 200 milioni di euro per l'intera durata del Piano.*

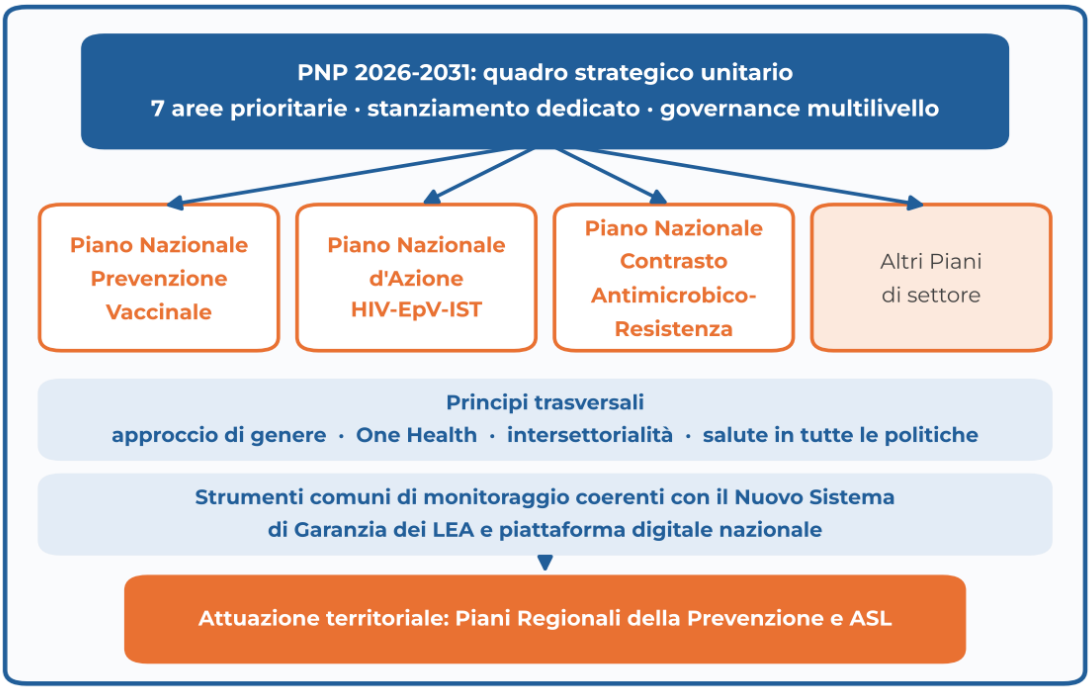
Tabella 3 – Le principali novità del PNP 2026-2031

Novità	Contenuto	Implicazioni per la programmazione
Stanziamento dedicato	200 milioni di euro annui per Regioni e Province autonome, più 50 milioni di euro nel 2026 per la prevenzione territoriale	Risorse certe e predeterminate, collegate agli obiettivi del Piano
Piattaforma digitale nazionale	Pianificazione, monitoraggio e valutazione dei PRP	Trasparenza, uniformità dei dati, comparabilità tra Regioni e verifica dell'utilizzo delle risorse
Governance	Gruppo di coordinamento del Piano e Tavolo interistituzionale tra Ministeri ed Enti	Attuazione del principio della "salute in tutte le politiche"
Dipartimenti di Prevenzione	Collaborazione con AGENAS per standard di riferimento e dotazioni di personale	Riduzione della disomogeneità organizzativa tra territori
Valutazione economica	Ricadute economiche degli interventi nell'ambito del Programma CCM	Base informativa per qualificare la prevenzione come investimento
Orientamento strategico	*One Health*, integrazione con la fase post-PNRR, focus su esiti, equità e resilienza territoriale	Passaggio dalla logica di progetto alla logica di sistema

Il nuovo Piano rafforza inoltre il coordinamento delle politiche di prevenzione attraverso un modello organizzativo strutturato sui livelli nazionale, regionale e locale, con l'istituzione di un Gruppo di coordinamento del Piano e di un Tavolo interistituzionale composto da Ministeri ed Enti di diversi settori, secondo il principio della "salute in tutte le politiche". Sono sette le aree di intervento prioritarie: malattie croniche non trasmissibili; dipendenze e problemi correlati; incidenti stradali e domestici; salute, sicurezza e benessere dei lavoratori; ambiente, clima e salute; malattie infettive prioritarie; sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria. Sono altresì previste una collaborazione con AGENAS per definire standard di riferimento e dotazioni di personale dei Dipartimenti di Prevenzione e, nell'ambito del Programma CCM, la valutazione delle ricadute economiche degli interventi di prevenzione.

In questa cornice, il PNP 2026-2031 opera come quadro strategico che integra e orienta i principali Piani di settore, tra cui il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, il Piano HIV-EpV-IST e il Piano di Contrasto all'Antimicrobico-Resistenza, favorendone il collegamento e l'armonizzazione attorno a principi trasversali quali l'approccio di genere, la visione *One Health* e l'intersettorialità, con strumenti comuni di monitoraggio coerenti con il Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA.

Figura 3 – Box – Il PNP 2026-2031 come quadro strategico dei Piani di settore



L'integrazione dei Piani di settore rappresenta uno degli elementi più qualificanti del nuovo ciclo di programmazione. La pianificazione per singole aree, dalle vaccinazioni alle malattie infettive fino all'antimicrobico-resistenza, ha seguito finora percorsi in larga parte paralleli, con obiettivi, indicatori e tempistiche non sempre allineati. Il PNP 2026-2031 assume invece il ruolo di cornice unitaria: i Piani di settore mantengono la propria specificità tecnica, ma convergono su obiettivi

comuni, utilizzano strumenti di monitoraggio condivisi e trovano nei PRP il luogo dell'attuazione territoriale (**Figura 3** e **Tabella 4**). Ne derivano tre vantaggi: la riduzione delle sovrapposizioni programmatorie e degli oneri di rendicontazione per Regioni e ASL; un impiego più efficiente delle risorse, che possono essere orientate su azioni trasversali rivolte alle stesse popolazioni target; una maggiore leggibilità dei risultati, misurati con indicatori coerenti con il Nuovo Sistema di Garanzia. Il caso del PNA HIV-EpV-IST, approfondito nei paragrafi successivi, illustra concretamente questo raccordo: le malattie infettive prioritarie costituiscono una delle sette aree del PNP e il Piano di settore ne declina strategie, obiettivi e indicatori.

Tabella 4 – I principali Piani di settore e il raccordo con il PNP 2026-2031

Piano di settore	Ambito	Raccordo con il PNP 2026-2031
Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale	Strategie e obiettivi di copertura vaccinale lungo il corso della vita	Area "malattie infettive prioritarie"; monitoraggio coerente con il Nuovo Sistema di Garanzia
PNA HIV-EpV-IST	Eliminazione di HIV, epatiti virali e IST: prevenzione combinata, *testing*, presa in carico	Area "malattie infettive prioritarie"; declinazione operativa nei PRP
PNCAR	Contrasto all'antimicrobico-resistenza in ambito umano, veterinario e ambientale	Approccio *One Health*; aree "malattie infettive prioritarie" e "sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria"

Il quadro epidemiologico di HIV, epatiti virali e IST: l'evidenza del Rapporto COA

Il quarto tema ha fornito la base epidemiologica su cui poggiano le scelte di prevenzione, attraverso i dati del Rapporto del Centro Operativo AIDS. Il messaggio di fondo è che l'incidenza delle nuove diagnosi di HIV non decresce: nel 2024 si conferma una stabilità che segnala l'insufficienza degli attuali livelli di intercettazione precoce. L'incidenza più elevata si registra nella fascia 25-49 anni, ma è rilevante l'aumento delle diagnosi tra le persone con più di 50 anni e la progressiva crescita della quota di ultrasessantacinquenni tra le persone che vivono con HIV, con un conseguente invecchiamento complessivo della popolazione assistita.

Sul piano delle modalità di trasmissione, l'aumento post-pandemico è più evidente tra gli uomini che hanno rapporti con altri uomini (MSM) e tra gli uomini eterosessuali; le incidenze calcolate sulle singole popolazioni restano nettamente più alte tra gli MSM. Particolarmente critico è il dato sulla diagnosi tardiva: più della metà delle nuove diagnosi riguarda *late presenters* e circa un quarto del totale è già in fase di AIDS al momento della diagnosi; la quota di presentazione tardiva cresce con l'età ed è più elevata tra gli eterosessuali. Circa un terzo delle nuove diagnosi interessa persone di cittadinanza straniera, e il motivo prevalente di effettuazione del test resta la presenza di patologie già HIV-correlate, a conferma di un ricorso al test ancora troppo spesso tardivo.

L'analisi del *continuum of care* colloca l'Italia in prossimità degli obiettivi 95-95-95 dell'OMS per il 2030, ma evidenzia due *gap* rilevanti: circa 7.000 persone non sanno ancora di essere positive e circa 25.000 non hanno raggiunto la soppressione virale. Da questa lettura discendono le priorità di prevenzione indicate: informare ed educare, in particolare i giovani adulti tra i 25 e i 39 anni; promuovere il test HIV in tutte le sue modalità (*self-test*, test rapidi, test in farmacia, nei centri territoriali e del terzo settore, in strutture pubbliche in forma anonima e gratuita) e adottare il

modello *opt-out* almeno nei contesti ad alta prevalenza; garantire un'assistenza multidisciplinare e a lungo termine, orientata alla gestione delle comorbidità e a un modello di cura olistico e integrato, in previsione del fatto che nel 2030 una quota consistente delle persone con HIV avrà più di 65 anni.

La **Tabella 5** riepiloga le principali evidenze del Rapporto COA e le corrispondenti priorità di intervento.

Tabella 5 – Le evidenze del Rapporto COA e le implicazioni per la prevenzione

Ambito	Evidenza	Implicazione per la prevenzione
Incidenza	Nuove diagnosi di HIV stabili nel 2024, senza segnali di decrescita	Rafforzare l'intercettazione precoce
Età	Incidenza più elevata tra 25 e 49 anni; aumento delle diagnosi oltre i 50 anni e invecchiamento delle persone con HIV	Presa in carico multidisciplinare e gestione delle comorbidità
Modalità di trasmissione	Aumento post-pandemico tra MSM e uomini eterosessuali; incidenza più alta tra MSM	Interventi mirati sulle popolazioni chiave
Diagnosi tardiva	Più della metà delle nuove diagnosi riguarda *late presenters*; circa un quarto è già in fase di AIDS	Promozione del test in tutte le modalità e modello *opt-out*
Cittadinanza	Circa un terzo delle nuove diagnosi in persone di cittadinanza straniera	Servizi accessibili e culturalmente adeguati
Motivo del test	Prevale la presenza di patologie HIV-correlate	Offerta proattiva del test
Continuum of care	Circa 7.000 persone non diagnosticate e circa 25.000 non in soppressione virale	*Testing* esteso e *retention in care* verso gli obiettivi 95-95-95

Dagli indirizzi alle azioni: il PNA HIV-EpV-IST e gli organi consultivi del Ministero

Il quinto tema ha ricostruito la traduzione degli indirizzi in strategia operativa. Il Piano Nazionale d'Azione per porre fine all'HIV, alle epatiti virali e alle IST (PNA HIV-EpV-IST) si inserisce nel quadro delle strategie globali ed europee, dalla *Global Health Sector Strategy* dell'OMS ai piani regionali europei 2022-2030, e persegue l'obiettivo, coerente con l'Agenda 2030, di "zero nuove infezioni, zero decessi e zero discriminazioni". Il Piano è articolato in quattro parti, misure preventive comuni, HIV/AIDS, epatiti virali e, per la prima volta nel Paese, una strategia nazionale dedicata alle IST, ciascuna corredata da schede di indicatori.

La strategia per le IST si sviluppa attraverso obiettivi tra loro coordinati: sviluppare modelli assistenziali e percorsi di cura integrati ospedale-territorio secondo il modello *hub-spoke*, valorizzando *checkpoint*, unità di strada e realtà del terzo settore; facilitare l'accesso e il percorso diagnostico, con prestazioni a costo contenuto o gratuite, strategia *opt-out* per il test HIV nei centri IST, *contact tracing* e telemedicina; standardizzare la raccolta dati e la diagnostica, anche nell'ottica dell'*antimicrobial stewardship* e in coerenza con il PNCAR; attivare azioni preventive mirate, *screening* per *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* nelle popolazioni target, test rapidi gestiti dal terzo settore, educazione all'affettività e alla salute sessuale nei *curricula* scolastici secondo il modello della *Comprehensive Sexuality Education*; programmare la formazione del personale e rafforzare i sistemi di sorveglianza sentinella coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità, con *report* annuali a supporto delle decisioni.

I principali obiettivi e le relative azioni operative della strategia nazionale per le IST sono sintetizzati nella **Tabella 6**.

Tabella 6 – La strategia nazionale per le IST nel PNA HIV-EpV-IST

Obiettivo	Principali azioni
Modelli assistenziali integrati	Percorsi ospedale-territorio secondo il modello *hub-spoke*; valorizzazione di *checkpoint*, unità di strada e terzo settore
Accesso e percorso diagnostico	Prestazioni a costo contenuto o gratuite; *opt-out* per il test HIV nei centri IST; *contact tracing* e telemedicina
Dati e diagnostica	Standardizzazione della raccolta dati e della diagnostica; *antimicrobial stewardship* in coerenza con il PNCAR
Azioni preventive mirate	*Screening* per *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* nelle popolazioni target; test rapidi gestiti dal terzo settore; educazione all'affettività e alla salute sessuale (*Comprehensive Sexuality Education*)
Formazione e sorveglianza	Formazione del personale; sorveglianza sentinella coordinata dall'ISS con *report* annuali

L'azione strategica poggia su un solido impianto istituzionale e consultivo. Le Sezioni L e M del Comitato Tecnico Sanitario, che hanno raccolto le funzioni della storica Commissione Nazionale AIDS e della Consulta delle Associazioni, svolgono un ruolo di indirizzo tecnico-scientifico e di rappresentanza della società civile, contribuendo alla redazione delle Linee Guida sui farmaci antiretrovirali, delle Linee Guida su HIV e gravidanza, del Piano Nazionale AIDS e della Conferenza di Consenso italiana su U=U. Il nuovo CTS, insediato nell'ottobre 2025 con mandato triennale, opera attraverso gruppi di lavoro tematici (sorveglianza, comunicazione, prevenzione, *care*, HIV e carceri, HIV e oncologia, PNA). In parallelo, un quadro normativo in evoluzione, dalla revisione della Legge 135/1990 ai protocolli d'intesa tra Ministero della Salute e Ministero dell'Istruzione, e una consistente attività di ricerca finanziata dal Ministero (dai progetti EduForIST alle azioni sullo *screening* HCV, fino alla partecipazione alla *Joint Action* europea PERCH sull'HPV) rafforzano l'attuazione. A conferma del nesso tra programmazione e risorse, è stato istituito un capitolo di bilancio dedicato (cap. 4313) per ampliare l'accesso alla PrEP, con una dotazione di 1 milione di euro annui a decorrere dal 2026, ripartito tra le Regioni sulla base della stima degli utilizzatori.

Dalla teoria alla pratica: gli esiti dei gruppi di lavoro

L'ultimo tema ha valorizzato la componente laboratoriale della Masterclass, in cui i partecipanti hanno tradotto i principi in modelli e raccomandazioni operative. Il gruppo dedicato ai modelli di *Budget Impact*, dall'epidemiologia alla programmazione, ha indicato quattro direttrici: rafforzare la qualità e l'interoperabilità dei dati epidemiologici, anche mediante strumenti di intelligenza artificiale per standardizzare i flussi regionali e integrare dati di laboratorio, prescrizioni e dispensazioni, coinvolgendo le associazioni dei pazienti nella stima della popolazione eleggibile; garantire una validazione metodologica indipendente dei modelli da parte di soggetti terzi con competenze di economia sanitaria, epidemiologia e sanità pubblica; focalizzare i modelli sui *driver* che generano valore, efficacia delle strategie preventive, diagnosi precoce, tempestiva presa in carico, che riducono comorbidità, tumori HIV-correlati, infezioni opportunistiche e ricoveri; integrare la dimensione organizzativa, confrontando modelli ospedalocentrici e territoriali per individuare opportunità di efficientamento. I gruppi dedicati agli *stakeholder* e alla progettualità

libera sull'HIV hanno elaborato una mappa degli attori di una campagna di sensibilizzazione (istituzioni sanitarie, operatori, comunità e società civile, mondo accademico e della ricerca, media e comunicazione, cittadini e popolazioni prioritarie) e hanno interrogato i modelli decisionali dei tavoli tecnici, mettendo a confronto l'esigenza di rappresentatività con quella di agilità operativa e riflettendo sulla misurazione dei risultati nella lotta allo stigma e sull'intercettazione dei sottogruppi meno raggiunti. Ne sono scaturite proposte concrete: campagne informative fondate sui messaggi U=U, *testing* semplice e gratuito, rispetto e inclusione; la formazione degli operatori e le campagne come leve strategiche complementari; il ruolo delle farmacie dei servizi come punto di accesso, con strumenti digitali e di intelligenza artificiale per la valutazione anonima del rischio e l'indirizzamento ai servizi; l'educazione nelle scuole come base di prevenzione; e la proposta di studi pilota nazionali sul modello *opt-out* nei reparti di malattie infettive, con disegno pre-post, indicatori dedicati e finalità di rafforzare, sulla base dell'evidenza reale, l'adozione di politiche a livello di sistema.

I gruppi orientati ai modelli organizzativi hanno infine posto al centro lo sviluppo dei programmi HIV di prossimità e l'integrazione ospedale-territorio, assumendo il *framework Fast Track Cities* come riferimento per le reti istituzionali, e l'*empowerment* e il coinvolgimento delle popolazioni chiave, con leve che spaziano dal *counseling* e dal *testing* alla *Rapid ART*, alla PrEP e PEP, alla *retention in care*, fino alle nuove tecnologie (applicazioni, spedizioni, intelligenza artificiale), alla *peer education* e a una comunicazione capillare, partecipata e inclusiva.

Le principali proposte emerse dai gruppi di lavoro sono sintetizzate nella **Tabella 7**.

Tabella 7 – Sintesi degli esiti dei gruppi di lavoro

Gruppo di lavoro	Focus	Principali proposte
Modelli di *Budget Impact*	Dall'epidemiologia alla programmazione	Qualità e interoperabilità dei dati, anche con l'intelligenza artificiale; validazione metodologica indipendente; focus sui *driver* di valore; integrazione della dimensione organizzativa
***Stakeholder* e progettualità libera sull'HIV**	Mappa degli attori e modelli decisionali dei tavoli tecnici	Campagne basate su U=U; formazione degli operatori; farmacie dei servizi come punto di accesso; educazione nelle scuole; studi pilota *opt-out* con disegno pre-post
Modelli organizzativi	Programmi di prossimità e integrazione ospedale-territorio	*Framework Fast Track Cities*; *empowerment* delle popolazioni chiave; *counseling*, *testing*, *Rapid ART*, PrEP e PEP, *retention in care*; nuove tecnologie e *peer education*

Evidenze principali

Dall'insieme dei contributi emergono alcuni concetti ricorrenti e alcune evidenze condivise, che rappresentano il patrimonio conoscitivo comune del percorso.

Il primo elemento è il riconoscimento della prevenzione come investimento. La convergenza tra la lettura economica (capitale umano, produttività, sostenibilità), il dibattito europeo sulla *Health Golden Rule* e la scelta del PNP 2026-2031 di associare alla programmazione uno stanziamento dedicato indica un mutamento di paradigma condiviso, pur a fronte di un vincolo contabile europeo che continua a registrare gran parte della spesa preventiva come spesa corrente.

Il secondo elemento è la centralità della *governance* multilivello e integrata. La filiera FSN → Regione → ASL, la relazione tra PNP e PRP, l'approccio *One Health* e il principio della "salute in tutte le politiche" disegnano un modello in cui l'efficacia dipende non solo dalle risorse ma dalla capacità di programmazione, coordinamento e attuazione omogenea sul territorio.

Il terzo elemento è l'orientamento agli esiti e ai dati. La critica agli indicatori LEA incentrati su coperture e adempimenti, la proposta di misure di impatto sanitario ed economico, la piattaforma digitale nazionale di monitoraggio e l'impianto degli studi pilota basati su indicatori pre-post convergono verso una prospettiva di VBHC in cui le decisioni sono guidate dall'evidenza reale.

Il quarto elemento è la disomogeneità territoriale come principale criticità di sistema, insieme al mancato pieno utilizzo delle risorse già assegnate e al debole legame tra finanziamento e risultati: nodi che il nuovo ciclo di programmazione intende affrontare con strumenti di trasparenza, comparabilità ed equità.

Sul versante clinico ed epidemiologico, le evidenze chiave riguardano l'incidenza di HIV che non decresce, l'invecchiamento della popolazione con HIV, la quota di *late presenters* superiore al 60%, le circa 7.000 persone non diagnosticate e le circa 25.000 non in soppressione virale, e la prossimità agli obiettivi 95-95-95. A queste evidenze corrispondono modelli, *framework* e strumenti operativi ricorrenti: la prevenzione combinata e il messaggio U=U; il modello organizzativo *hub-spoke* e il *framework Fast Track Cities* per l'integrazione ospedale-territorio; il *testing* esteso e il modello *opt-out*; i modelli di *Budget Impact* centrati sui *driver* di valore; l'educazione all'affettività e alla sessualità secondo gli standard OMS/UNESCO; la sorveglianza sentinella coordinata dall'ISS; e strumenti di finanziamento dedicati come il capitolo 4313 per la PrEP.

Sul piano delle raccomandazioni, i contributi convergono nell'indicare: la validazione metodologica indipendente dei modelli economici; il rafforzamento della qualità e interoperabilità dei dati, anche mediante intelligenza artificiale; l'integrazione della dimensione organizzativa nelle valutazioni; il coinvolgimento strutturato del terzo settore e delle popolazioni chiave; e la sperimentazione controllata di nuovi modelli di offerta come premessa alla loro adozione di sistema.

Key Messages

Al di là dei singoli contenuti, il percorso restituisce alcuni messaggi strategici che ne rappresentano l'eredità più rilevante per la programmazione e la pratica professionale.

- La prevenzione è un investimento, non un costo: qualificarla come tale nei piani fiscali-strutturali e collegarla a risorse dedicate è la condizione per la sua sostenibilità di lungo periodo.
- Il passaggio dalla logica di progetto alla logica di sistema è la vera sfida del dopo-PNRR: le infrastrutture e i servizi realizzati vanno sostenuti stabilmente attraverso i canali ordinari.
- Il valore della prevenzione si dimostra con gli esiti: occorre spostare il baricentro dagli indicatori di processo a quelli di impatto sanitario ed economico, sfruttando la nuova piattaforma digitale nazionale di monitoraggio.
- L'equità territoriale è insieme sia obiettivo sia criticità: ridurre la disomogeneità nella capacità di programmazione, spesa e attuazione è prioritario quanto l'ammontare delle risorse.
- La *governance* efficace è multilivello e intersettoriale: *One Health* e "salute in tutte le politiche" sono i principi ordinatori del nuovo ciclo di programmazione.
- Nel campo di HIV, epatiti e IST la conoscenza scientifica e gli strumenti sono maturi: diagnosi precoce, *testing* esteso e *opt-out*, prevenzione combinata, integrazione ospedale-territorio e presa in carico multidisciplinare consentono di puntare realisticamente agli obiettivi di eliminazione al 2030.
- Lo stigma è un determinante di salute: il messaggio U=U, l'educazione all'affettività e alla sessualità e il coinvolgimento delle comunità e del terzo settore sono leve indispensabili di prevenzione.
- I dati guidano le decisioni: qualità, interoperabilità e validazione indipendente delle analisi economico-epidemiologiche sono precondizioni per scelte allocative solide.

Conclusioni

La Masterclass ha offerto una lettura organica e attuale del finanziamento della prevenzione, tenendo insieme la dimensione macro delle regole di bilancio e della programmazione con quella micro dell'organizzazione dei servizi e degli esiti di salute. Il suo valore principale risiede nell'aver mostrato che il tema delle risorse non è separabile da quello della *governance*, della qualità dei dati e della capacità di misurare il valore generato: la prevenzione produce ritorni reali soltanto se programmata, attuata e valutata in modo coerente ai diversi livelli del sistema.

L'insegnamento di fondo è duplice. Sul piano delle politiche, il riconoscimento della prevenzione come investimento richiede strumenti coerenti (stanziamenti dedicati, piattaforme di monitoraggio, indicatori di esito) e una regia capace di ridurre le disuguaglianze territoriali. Sul piano operativo, il caso di HIV, epatiti e IST dimostra che disporre di evidenze robuste, modelli organizzativi maturi e strumenti economici affidabili consente di trasformare gli obiettivi strategici in risultati misurabili, a condizione di superare le barriere culturali, di semplificare la programmazione e di coinvolgere in modo strutturato professionisti, comunità e terzo settore.

Gli sviluppi futuri appaiono già tracciati: il consolidamento del PNP 2026-2031 e della sua piattaforma digitale, la messa a regime degli investimenti del PNRR nella gestione ordinaria, l'adozione di logiche di finanziamento basate sui risultati, il rafforzamento dell'approccio *One Health* e della prevenzione digitale, e la sperimentazione di nuovi modelli di offerta, dagli studi pilota *opt-out* alle farmacie dei servizi, dai programmi di prossimità all'*empowerment* delle popolazioni chiave. Per i professionisti e i decisori del sistema salute, la ricaduta pratica è chiara: progettare interventi di prevenzione con la stessa cura metodologica riservata agli investimenti, documentandone il valore con dati affidabili e misurando l'impatto sugli esiti e sull'equità, così da rendere la prevenzione un pilastro stabile e riconosciuto della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.