

BERARDINO ZOINA *

Ridurre i divari territoriali in sanità: il ruolo del PNRR nell'equità e nell'accessibilità alle prestazioni sanitarie **

ABSTRACT (EN): This paper explores the role of Italy's National Recovery and Resilience Plan (PNRR) in reducing territorial disparities in healthcare, highlighting the opportunities offered by Mission 6. Using a mixed-methods approach, it examines governance challenges, interregional cooperation, and policy responsiveness. The study focuses on territorial healthcare reorganization and the promotion of digital health solutions.

ABSTRACT (IT): Il contributo analizza il ruolo del PNRR nella riduzione dei divari territoriali in sanità, evidenziando le opportunità offerte dalla Missione 6. Attraverso un approccio metodologico misto, si valutano criticità e potenzialità della governance, della cooperazione interregionale e dell'adeguatezza delle politiche ai bisogni locali. Particolare attenzione è rivolta alla riorganizzazione dei servizi territoriali e alla sanità digitale.

SOMMARIO: 1. L'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale e le disuguaglianze regionali. – 2. L'impatto della pandemia di COVID-19 sul Sistema Sanitario. – 3. Il Ruolo del PNRR nella riduzione delle disuguaglianze. – 4. L'innovazione tecnologica e il futuro della sanità in Italia. – 5. Conclusioni: il PNRR come leva per una sanità più equa, integrata e generativa.

1. L'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale e le disuguaglianze regionali

L'Italia ha attraversato diverse fasi di trasformazione del proprio sistema sanitario, riflettendo i mutamenti sociali, economici e politici del Paese¹. Nel periodo pre-unitario, l'assistenza sanitaria era caratterizzata da un modello frammentato, in cui la gestione delle cure dipendeva principalmente dagli enti religiosi, dalle istituzioni filantropiche e, in misura minore, dagli enti locali. Questa struttura disomogenea portava a significative disparità nell'accesso ai servizi sanitari, con differenze marcate tra le Regioni più sviluppate e quelle più arretrate.

Con l'unificazione d'Italia nel 1861, si avviò un lento processo di regolamentazione del settore sanitario, ma per decenni la sanità rimase un privilegio per pochi. Il primo tentativo di standardizzazione si ebbe con l'introduzione di sistemi mutualistici nel XX secolo. Il modello mutualistico si basava su enti di assistenza legati ai settori produttivi, con servizi sanitari destinati principalmente ai lavoratori dipendenti. Tuttavia, questa impostazione lasciava ampie

* Dottorando di ricerca in Diritto amministrativo – Università degli studi della Campania “Luigi Vanvitelli”.

** Articolo sottoposto a referaggio.

¹ F. TARONI, *Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale*, in *L'Italia e le sue Regioni*, n. 1, 2015, pp. 411-427.

fasce della popolazione senza copertura sanitaria adeguata, in particolare i disoccupati, le donne non lavoratrici e le persone a basso reddito.

La svolta avvenne con la creazione del SSN nel 1978, attraverso la Legge 833, che sancì il principio di universalità, equità e gratuità delle cure, finanziate attraverso la fiscalità generale. Questo sistema si proponeva di garantire assistenza sanitaria a tutti i cittadini, indipendentemente dal reddito o dalla posizione lavorativa, superando le disuguaglianze ereditate dal precedente modello mutualistico². L'istituzione del SSN rappresentò un passo avanti significativo nella modernizzazione della sanità italiana, ponendo le basi per una gestione centralizzata e uniforme dei servizi.

L'accesso equo alle cure è uno dei principi fondanti del SSN italiano, sancito dall'articolo 32 della Costituzione, che garantisce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. Tuttavia, nella pratica, l'equità sanitaria è ancora lontana dall'essere una realtà per tutti i cittadini. Le differenze territoriali, le disparità socioeconomiche e l'aumento dei costi sanitari hanno contribuito a una crescente povertà sanitaria, ovvero l'incapacità di una parte della popolazione di accedere a cure adeguate per motivi economici, geografici o sociali³.

Le disuguaglianze sanitarie in Italia rappresentano un problema strutturale e multidimensionale, determinato da una combinazione di fattori economici, territoriali e culturali.

Uno degli indicatori più preoccupanti della povertà sanitaria in Italia è rappresentato dalla rinuncia alle cure per motivi economici o logistici. Secondo recenti indagini, circa il 10% della popolazione ha dichiarato di aver rinunciato almeno una volta a prestazioni mediche necessarie, a causa dei costi troppo elevati o della lunghezza delle liste d'attesa nel sistema pubblico. Questo fenomeno assume una particolare gravità perché non riguarda interventi marginali o opzionali, ma spesso si riferisce a cure essenziali, la cui assenza può compromettere gravemente la salute individuale e il benessere collettivo.

Le categorie più colpite da questa dinamica sono principalmente gli anziani e i pensionati con redditi modesti, spesso costretti a scegliere tra le spese sanitarie e quelle necessarie alla sopravvivenza quotidiana. Anche i disoccupati e i lavoratori precari, privi di coperture sanitarie integrative, si trovano frequentemente nell'impossibilità di affrontare i costi delle visite specialistiche o dei trattamenti riabilitativi. Un segmento particolarmente vulnerabile è costituito dalle donne, in particolare quelle appartenenti a famiglie monoreddito, per le quali le spese legate all'assistenza ginecologica o pediatrica possono risultare insostenibili.

Un ulteriore fattore di disuguaglianza è rappresentato dalle barriere di tipo burocratico e culturale. L'accesso ai servizi può essere ostacolato dalla complessità delle procedure amministrative, dalla scarsa conoscenza dei diritti sanitari da parte dei cittadini e dalla mancanza di strumenti adeguati per garantire un'assistenza inclusiva.

² M. S. BONOMI, *Il diritto alla salute e il sistema sanitario nazionale*, in *Federalism.it-Rivista di Diritto Pubblico Italiano, Comunitario e Comparato*, n. 16, 2014, pp. 1-14.

³ F. MAINO, F. RAZETTI, *La conquista e le sfide: qualità e accessibilità del servizio sanitario universale*, in *Un nuovo regionalismo per l'Italia di domani. Le regioni a 50 anni dalla loro istituzione: strategie per le riforme necessarie*, Presidenza del Consiglio dei ministri. Dipartimento per gli affari regionali e le autonomie, 2022, pp.183-207.

In particolare, le persone straniere o appartenenti a minoranze linguistiche incontrano maggiori difficoltà in assenza di mediatori culturali e servizi di orientamento, elementi fondamentali per garantire l'equità e l'universalità dell'assistenza sanitaria. Un'effettiva equità sanitaria non può prescindere dall'inclusione delle popolazioni migranti e delle minoranze sociali. L'accesso alle cure è spesso compromesso da barriere linguistiche, burocratiche e culturali.

Un altro ambito prioritario di intervento è rappresentato dalla riduzione delle liste d'attesa, che costituiscono una delle principali cause di rinuncia alle cure. Per affrontare questo problema, occorre investire nell'aumento del numero di medici specialisti e nel potenziamento della diagnostica di primo livello, riducendo così la dipendenza dal settore privato per ottenere prestazioni tempestive. Inoltre, l'adozione di sistemi digitali per la prenotazione e il monitoraggio in tempo reale delle prestazioni può contribuire a rendere il sistema più trasparente, prevenendo abusi e inefficienze. Un ulteriore strumento fondamentale è l'ampliamento delle fasce di esenzione dal ticket sanitario, includendo tra i beneficiari anche i lavoratori precari e le famiglie a basso reddito, così da garantire l'accesso alle cure anche a chi vive in condizioni di vulnerabilità economica.

Il costo dei farmaci e delle terapie rappresenta un ulteriore ostacolo all'accesso universale alla salute. Per questo motivo, sarebbe opportuno introdurre misure che prevedano il rimborso o la distribuzione gratuita dei farmaci salvavita per le categorie più vulnerabili della popolazione. Particolare attenzione dovrebbe essere riservata ai pazienti oncologici e alle persone con malattie croniche, per i quali le terapie di lungo periodo rappresentano un carico economico significativo. Inoltre, la promozione dell'utilizzo dei farmaci generici e il sostegno alla produzione nazionale di medicinali possono contribuire a ridurre i costi per il sistema e a limitare la dipendenza dalle importazioni estere.

A tutto ciò si aggiungono le disparità territoriali, che si riflettono in modo evidente nel confronto tra Nord e Sud. Le Regioni settentrionali, grazie a maggiori risorse economiche e a una più efficiente organizzazione dei servizi, offrono un ventaglio più ampio di prestazioni sanitarie di qualità. Al contrario, il Mezzogiorno soffre spesso di una carenza strutturale di infrastrutture sanitarie, personale medico e servizi essenziali, costringendo molti cittadini a ricorrere alla mobilità sanitaria verso altre Regioni per ricevere cure adeguate. Questo fenomeno non solo grava economicamente sulle famiglie, ma contribuisce ad accentuare ulteriormente il divario tra i territori.

Uno degli elementi che alimenta le disparità territoriali in materia sanitaria è la riforma del Titolo V della Costituzione Italiana del 2001 ha introdotto una decentralizzazione delle competenze sanitarie, trasferendo alle Regioni una maggiore autonomia nella gestione e organizzazione del sistema sanitario⁴. La sanità dal 2001 è una materia di legislazione concorrente, con lo Stato centrale incaricato di stabilire i principi fondamentali e le Regioni responsabili dell'attuazione pratica dei servizi sanitari.

⁴ B. CARAVITA, *Prime osservazioni di contenuto e di metodo sulla riforma del Titolo V della Costituzione*, in *Statuti Regionali*, Roma, n. 2, 2003, pp. 103-114.

Questa riforma, se da un lato ha permesso alle Regioni più efficienti di sviluppare modelli organizzativi avanzati e di investire in tecnologie innovative, dall'altro ha amplificato le disuguaglianze territoriali.

Le Regioni del Nord, avendo accesso a maggiori risorse finanziarie e una capacità amministrativa più sviluppata, hanno potuto migliorare la qualità dei servizi sanitari, costruire nuove strutture ospedaliere e adottare innovazioni tecnologiche all'avanguardia.

Al contrario, il Sud Italia ha continuato a scontare gravi ritardi, con strutture sanitarie spesso obsolete, difficoltà nel reperire personale qualificato e problemi di gestione economica che hanno portato in alcuni casi a piani di rientro finanziario imposti dal governo centrale⁵. Questa situazione ha alimentato il fenomeno della migrazione sanitaria, con un numero crescente di pazienti meridionali che si spostano nelle Regioni settentrionali per ricevere cure di qualità superiore. La mobilità sanitaria, sebbene garantisca un accesso alle cure per chi ne ha bisogno, ha contribuito a depauperare ulteriormente le Regioni del Sud, che si vedono costrette a rimborsare ingenti somme alle Regioni ospitanti per le prestazioni sanitarie erogate ai propri cittadini.

Un'altra criticità emersa con la riforma del Titolo V riguarda la capacità delle singole Regioni di pianificare e gestire le risorse sanitarie in modo efficace⁶. Mentre alcune Regioni hanno saputo sfruttare l'autonomia gestionale per migliorare l'offerta sanitaria, altre hanno dovuto affrontare inefficienze burocratiche, sprechi di risorse e scarsa capacità di attrarre investimenti nel settore della salute.

Inoltre, il progressivo definanziamento del SSN, accelerato dalla crisi economica del 2008 e dalle politiche di contenimento della spesa pubblica, ha acuito le disuguaglianze. Mentre le Regioni più ricche hanno potuto integrare il finanziamento pubblico con risorse proprie e con una maggiore collaborazione con il settore privato, le Regioni economicamente più fragili hanno dovuto affrontare tagli ai servizi, chiusura di ospedali e riduzione dei posti letto.

Tale differenziazione, tuttavia, ha acuito un problema strutturale che il PNRR cerca oggi di affrontare in modo deciso. Il PNRR destina oltre 15 miliardi di euro alla sanità con l'obiettivo di ridurre i divari tra Nord e Sud attraverso il rafforzamento della sanità di prossimità, l'introduzione di tecnologie digitali, la valorizzazione del capitale umano e una nuova governance multilivello. In assenza di interventi mirati, il rischio è che le Regioni più svantaggiate non riescano a beneficiare pienamente delle risorse disponibili, riproducendo le stesse disuguaglianze che la riforma intendeva correggere.

La pandemia di COVID-19 ha ulteriormente aggravato il quadro, evidenziando in modo drammatico le fragilità del sistema sanitario italiano e le profonde differenze territoriali. Le Regioni settentrionali, pur colpite duramente nei primi mesi dell'emergenza, hanno avuto la capacità di riorganizzare rapidamente i servizi sanitari, grazie alla maggiore disponibilità di risorse e a un sistema ospedaliero più solido⁷. Al contrario, le Regioni meridionali, con un

⁵ M. DE PHILIPPIS, A. LOCATELLI, G. PAPINI, R. TORRINI, *La crescita dell'economia italiana e il divario nord-sud: trend storici e prospettive alla luce dei recenti scenari demografici*, in *Bank of Italy Occasional Paper*, n. 683, 2022, pp. 1-22.

⁶ M. P. CHITI, *Regioni e Unione europea dopo la riforma del Titolo V della Costituzione: l'influenza della giurisprudenza costituzionale*, in *Le Regioni*, n. 30(6), 2002, pp. 1401-1426.

⁷ T. FILIPPINI, S. R. VINCETI, *Italian National Recovery and resilience plan...*, cit., pp. 1-19.

numero inferiore di terapie intensive e un sistema sanitario territoriale meno sviluppato, hanno mostrato maggiori difficoltà nella gestione della crisi.

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) nasce con l'ambizione di affrontare alcune delle criticità più strutturali del Servizio Sanitario Nazionale, emerse con particolare evidenza durante la pandemia ma radicate in dinamiche preesistenti. Tra le principali necessità che il Piano si propone di colmare vi è, innanzitutto, il rafforzamento della sanità territoriale, spesso carente soprattutto nelle Regioni meridionali, dove l'assistenza di prossimità è debole e frammentata. A ciò si aggiunge l'urgenza di ridurre la mobilità sanitaria passiva, potenziando l'offerta di servizi di qualità anche nelle aree svantaggiate.

Un altro nodo critico riguarda la carenza cronica di personale sanitario, che incide sulla tempestività e sull'equità nell'accesso alle cure. Il PNRR, almeno sulla carta, mira a intervenire sia attraverso il potenziamento del capitale umano – con l'aumento delle borse di studio e incentivi per il personale nelle aree disagiate – sia attraverso l'adozione di tecnologie digitali, come la telemedicina e i fascicoli sanitari elettronici, per colmare le distanze geografiche e organizzative tra territori.

Inoltre, il PNRR prevede lo sviluppo di programmi di inclusione sanitaria volti a garantire che nessun cittadino venga escluso dalle cure per motivi economici, sociali o culturali. Tuttavia, affinché queste misure producano effetti duraturi, sarà indispensabile affiancarle a strategie di lungo periodo capaci di garantire sostenibilità, continuità e integrazione nel sistema ordinario del Servizio Sanitario Nazionale.

Infine, tra le necessità più urgenti rientra il superamento delle disomogeneità nella governance regionale: l'eterogeneità dei modelli gestionali, acuita dalla riforma del Titolo V, ha prodotto risposte diseguali a parità di diritti costituzionali. Per invertire questa tendenza è prioritario attuare un insieme di strategie integrate, capaci di agire su più livelli dell'organizzazione e dell'erogazione dei servizi, oltre a valutare una riforma del Titolo V a favore della centralizzazione del sistema sanitario.

2. L'impatto della pandemia di COVID-19 sul Sistema Sanitario

La pandemia di COVID-19 ha rappresentato un evento epocale che ha messo sotto pressione i sistemi sanitari di tutto il mondo, esponendo fragilità strutturali e accentuando le disuguaglianze preesistenti. In Italia, la crisi sanitaria ha amplificato il divario tra le Regioni del Nord e del Sud, evidenziando in modo drammatico le differenze nella capacità di risposta all'emergenza, nella dotazione di risorse ospedaliere e nella qualità dell'assistenza sanitaria territoriale⁸.

All'inizio del 2020, l'Italia è stata uno dei primi paesi occidentali a essere colpito dal virus su larga scala. Le Regioni settentrionali, in particolare la Lombardia, l'Emilia-Romagna e il Veneto, sono state travolte da un'ondata di contagi che ha rapidamente saturato i reparti di terapia intensiva e messo in crisi la capacità di accoglienza degli ospedali. Nonostante la presenza

⁸ A. CANDIDO, L. CUOCOLO, *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, in *Sanità a 21 velocità: Come garantire ai cittadini italiani il diritto alla salute in un sistema federalista*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2013, pp. 27-75.

di un sistema sanitario relativamente ben strutturato, la rapidità di diffusione del virus e l'alto numero di pazienti in condizioni critiche hanno reso evidente la carenza di personale sanitario, di posti letto in terapia intensiva e di attrezzature mediche adeguate.

Nelle Regioni meridionali, dove i casi iniziali erano numericamente inferiori, il sistema sanitario si è trovato a fronteggiare l'emergenza con molte più difficoltà, a causa di un preesistente deficit infrastrutturale. La carenza di ospedali attrezzati, la scarsità di unità di terapia intensiva e la difficoltà di coordinamento tra i servizi sanitari hanno rappresentato sfide enormi. La paura di un collasso del sistema ha portato a una gestione più restrittiva dell'accesso alle cure, con il rinvio di molte visite ed esami non urgenti, aggravando ulteriormente le condizioni di salute dei pazienti affetti da patologie croniche. Questa situazione ha messo in luce carenze strutturali nei servizi di prevenzione, nella medicina territoriale e nella gestione delle cronicità, spesso trascurati a causa di un sottofinanziamento prolungato e della mancata integrazione con i servizi socioassistenziali. In assenza di una rete efficiente di assistenza di prossimità, gli ospedali si sono ritrovati a farsi carico anche di pazienti non suscettibili di ospedalizzazione, generando pressioni aggiuntive che hanno avuto effetti negativi sia sulla qualità delle prestazioni erogate sia sul benessere psicofisico del personale sanitario.

Con l'arrivo della seconda ondata nell'autunno del 2020, la pandemia ha colpito in modo più uniforme tutto il territorio nazionale, mettendo alla prova non solo le capacità ospedaliere, ma anche i servizi di prevenzione e assistenza territoriale. È emerso con chiarezza il problema della mancanza di una rete di sanità territoriale efficace, specialmente nelle Regioni del Sud⁹. Ad esempio, nel 2017, la copertura dell'Assistenza Domiciliare Integrata era del 75,3% a livello nazionale, ma solo del 45,6% in Sicilia e del 34,7% in Campania. Questa carenza si riflette in tassi di mortalità evitabile più elevati: nel 2021, Napoli ha registrato 27,1 decessi ogni 10.000 abitanti, rispetto a una media nazionale di 19,2. Inoltre, l'aspettativa di vita in buona salute nel 2023 era di 66,5 anni a Bolzano, ma solo di 52,8 anni in Basilicata, evidenziando un significativo divario nella qualità della vita tra Nord e Sud.

Uno degli aspetti positivi emersi durante la pandemia è stato il rapido sviluppo della telemedicina e delle soluzioni digitali per la gestione a distanza dei pazienti. La necessità di ridurre i contatti fisici e il rischio di contagio ha accelerato l'adozione di sistemi di consultazione online, monitoraggio remoto delle condizioni di salute e prescrizioni elettroniche.

Tuttavia, l'implementazione di queste tecnologie non è stata omogenea sul territorio nazionale. Le Regioni più avanzate dal punto di vista digitale, come la Lombardia e il Veneto, sono riuscite a integrare rapidamente i nuovi strumenti nel sistema sanitario, mentre nelle Regioni con minori risorse tecnologiche e infrastrutturali il processo è stato più lento e frammentario. Questo ha generato ulteriori disuguaglianze nell'accesso alle cure, con pazienti in alcune aree del Paese che hanno beneficiato di servizi innovativi e altri che si sono trovati privi di assistenza adeguata.

Uno degli effetti collaterali più gravi della pandemia è stato il rallentamento delle cure per altre patologie. Con ospedali e risorse sanitarie interamente dedicate alla gestione dei pazienti

⁹ Si veda: (i) Infermiereonline.org (2023), *Assistenza infermieristica domiciliare in Italia – AiDomus.IT*: i dati preliminari, disponibile [qui](#) (ii) DottNet (2023), *Istat: i dati sulle morti evitabili in Italia, al Sud gli esiti peggiori*, disponibile [qui](#) (iii) Open.online (2024), *Istat, aspettativa di vita in buona salute: al Sud 14 anni in meno rispetto al Nord*, disponibile [qui](#).

COVID-19, molte prestazioni sanitarie non urgenti sono state sospese o ritardate, con un impatto devastante sui pazienti oncologici, cardiopatici e su coloro che necessitavano di interventi chirurgici programmati¹⁰.

Questo fenomeno ha colpito in modo particolarmente duro le Regioni meridionali, dove già prima della pandemia le liste d'attesa erano più lunghe e l'accesso a cure specialistiche più limitato. L'aumento del numero di pazienti che hanno dovuto ricorrere alla sanità privata per ottenere diagnosi e trattamenti ha contribuito a una crescita delle disuguaglianze economiche nell'accesso ai servizi sanitari¹¹.

L'esperienza della pandemia da COVID-19 ha rappresentato un banco di prova straordinario per il Servizio Sanitario Nazionale, mettendone in evidenza fragilità strutturali e aree di miglioramento che oggi costituiscono una bussola per l'azione riformatrice. Tra le principali lezioni apprese vi è, innanzitutto, la necessità di rafforzare la sanità territoriale. L'insufficienza della medicina di base e delle strutture di prossimità ha determinato un sovraccarico degli ospedali, con conseguenze rilevanti sulla gestione dell'emergenza.

Un secondo aspetto emerso con forza è l'importanza della prevenzione, intesa non solo come promozione della salute, ma anche come capacità di risposta rapida a eventi critici. La mancanza di strumenti di tracciamento e contenimento dei contagi ha evidenziato l'assenza di strategie consolidate per fronteggiare situazioni straordinarie.

La pandemia ha inoltre accelerato la consapevolezza della necessità di digitalizzare il sistema sanitario. La telemedicina, il fascicolo sanitario elettronico e l'uso delle tecnologie digitali sono emersi come strumenti fondamentali per garantire la continuità assistenziale e ridurre le disuguaglianze nell'accesso alle cure, in particolare nelle aree interne e più isolate.

Infine, l'emergenza sanitaria ha mostrato con drammatica evidenza le disuguaglianze territoriali, richiamando l'urgenza di una maggiore equità nella distribuzione delle risorse, nella qualità dei servizi e nella capacità di risposta tra le diverse Regioni italiane. Le Regioni con sistemi sanitari più robusti e maggiori risorse hanno retto meglio l'urto dell'emergenza, mentre le aree più fragili hanno manifestato ritardi, carenze e criticità diffuse.

Alla luce di quanto emerso, si rende necessario adottare una logica redistributiva nell'erogazione dei servizi pubblici – a partire dalla sanità – intesa non solo come garanzia di diritti fondamentali, ma anche come leva strategica per promuovere uno sviluppo equo e sostenibile. Solo rafforzando l'offerta pubblica nei territori più deprivati sarà possibile ridurre i divari tra e intra regionali, e favorire una crescita realmente inclusiva e coesa.

Uno degli interventi più urgenti riguarda, come vedremo più avanti, il rafforzamento della medicina di prossimità. L'apertura diffusa delle Case della Comunità, in ogni quartiere o comune con una soglia minima di popolazione, rappresenta un passo essenziale per garantire

¹⁰ Secondo il rapporto dell'ISTAT e dell'AGENAS, nel 2020 si sono registrati circa 6,5 milioni di ricoveri ospedalieri, con una diminuzione del 22% rispetto alla media del triennio precedente, attribuibile principalmente al differimento delle ospedalizzazioni non urgenti.

¹¹ Secondo la Fondazione GIMBE, nel 2021 la spesa sanitaria privata ha raggiunto i 36,5 miliardi di euro, rappresentando il 21,8% della spesa sanitaria totale. Inoltre, oltre 600.000 famiglie hanno sostenuto spese sanitarie considerate "catastrofiche", ovvero insostenibili rispetto al loro budget, e quasi 380.000 famiglie si sono impoverite a causa di queste spese, con una maggiore incidenza nelle Regioni meridionali.

ai cittadini l'accesso a servizi sanitari di base senza la necessità di spostamenti lunghi o onerosi. A ciò deve accompagnarsi un'integrazione più profonda tra i servizi sanitari e quelli sociali, con l'obiettivo di assicurare una presa in carico globale dei pazienti, in particolare di quelli che presentano fragilità economiche e condizioni sociali complesse. Parallelamente, è necessario rafforzare l'assistenza domiciliare, soprattutto per gli anziani e per le persone affette da malattie croniche, così da ridurre il ricorso inappropriato ai ricoveri ospedalieri e favorire una continuità assistenziale più efficace e sostenibile.

Queste osservazioni rappresentano la base logica su cui si fonda l'impianto del PNRR, che nasce anche con l'obiettivo di rispondere a tali vulnerabilità.

3. Il ruolo del PNRR nella riduzione delle disuguaglianze

Il PNRR rappresenta un'occasione irripetibile per affrontare le profonde disuguaglianze che caratterizzano il sistema sanitario italiano, specialmente tra Nord e Sud. La Missione 6 del PNRR, dedicata alla salute, ha stanziato oltre 15 miliardi di euro per modernizzare il sistema sanitario e garantire un accesso più equo e uniforme ai servizi sanitari. Le risorse sono destinate a tre aree strategiche fondamentali, che mirano a rafforzare la sanità territoriale, promuovere la digitalizzazione del sistema e investire nel capitale umano.

Il PNRR, attraverso la Missione 6, affronta alcune delle principali criticità del Servizio Sanitario Nazionale. Le aree di intervento si concentrano su tre assi principali: la riorganizzazione della sanità territoriale, la digitalizzazione del sistema sanitario e lo sviluppo del capitale umano.

In primo luogo, è prevista una revisione della sanità territoriale attraverso la creazione delle *Case della Comunità*¹², strutture polifunzionali volte a garantire l'accesso a cure primarie di prossimità. A queste si affiancano gli *Ospedali di Comunità*¹³, destinati a pazienti con necessità cliniche a media e bassa intensità, e le *Centrali Operative Territoriali*, con funzioni di coordinamento tra ospedali, medici di base e servizi sociali. Queste strutture si inseriscono nel più ampio modello organizzativo *hub & spoke*, volto a razionalizzare e differenziare l'offerta assistenziale sul territorio. In questo schema, i grandi ospedali (*hub*) concentrano le attività ad alta complessità, mentre le strutture di prossimità (*spoke*) – come Case e Ospedali di Comunità – gestiscono le cure primarie, la cronicità e i bisogni a bassa intensità, garantendo la continuità del percorso di cura e una maggiore accessibilità anche nelle aree più periferiche. L'obiettivo è evitare ospedalizzazioni inappropriate e alleggerire la pressione sulle strutture di emergenza-urgenza.

¹² M. DEL VECCHIO, L. GIUDICE, L. M. PRETI, V. RAPPINI, *Le Case della Comunità tra disegno e sfide dell'implementazione*, in *Rapporto OASI 2022*, Egea, 2022, pp. 407-432.

¹³ G. FATTORE, F. MEDA, M. MEREGAGLIA, *Gli Ospedali di Comunità: Quali prospettive alla luce del PNRR?...*, cit., pp. 466-517.

In secondo luogo, il PNRR promuove la digitalizzazione del sistema sanitario. Sono previste piattaforme di telemedicina¹⁴, la piena implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico¹⁵ (FSE), e l'introduzione di tecnologie basate sull'intelligenza artificiale¹⁶ per migliorare la diagnosi precoce, la presa in carico dei pazienti cronici e l'ottimizzazione delle risorse cliniche.

Infine, il piano prevede investimenti significativi per affrontare la carenza di personale sanitario, in particolare nelle Regioni del Mezzogiorno. Le misure includono l'aumento delle borse di studio per la formazione specialistica, programmi di aggiornamento continuo e incentivi per attrarre professionisti nelle aree più svantaggiate.

Nonostante l'articolazione degli interventi, diversi rapporti istituzionali – tra cui quelli della Corte dei conti, del Ministero della Salute e della Commissione europea – segnalano alcune criticità che potrebbero compromettere l'efficacia del PNRR.

Una delle principali riguarda la capacità amministrativa delle Regioni, in particolare nel Mezzogiorno, dove la storica difficoltà nell'assorbimento dei fondi pubblici rischia di ritardare o compromettere l'attuazione dei progetti. Il rischio è che le risorse, pur ingenti, non si traducano in servizi e infrastrutture reali nei territori più fragili.

Ulteriori problemi riguardano la frammentazione della governance sanitaria – conseguenza della riforma del Titolo V – e la difficoltà di coordinamento tra Stato e Regioni. In assenza di un approccio integrato e linee guida vincolanti, il pericolo è quello di una distribuzione disomogenea delle riforme, con il conseguente rafforzamento delle Regioni già forti e il peggioramento del divario Nord-Sud.

Inoltre, diversi osservatori sottolineano la mancanza, finora, di un piano chiaro per garantire la sostenibilità a lungo termine degli investimenti. Una volta esauriti i fondi straordinari, sarà necessario prevedere risorse strutturali e meccanismi di finanziamento stabili, evitando che le nuove infrastrutture diventino cattedrali nel deserto.

Alla luce del dibattito scientifico e delle analisi istituzionali, emergono alcune proposte che, pur integrandosi con le misure previste dal PNRR, mirano a rafforzarne l'efficacia e a garantirne la sostenibilità nel medio-lungo periodo¹⁷.

In primo luogo, si rende necessario un rafforzamento della governance multilivello, prevedendo un ruolo più attivo dello Stato centrale nel supportare le Regioni con minore capacità amministrativa e gestionale. Tale supporto dovrebbe concretizzarsi attraverso l'offerta di assistenza tecnica, linee guida operative chiare e un accompagnamento costante nella fase di attuazione dei progetti¹⁸.

¹⁴ C. PAOLA, B. NOEMI, S. BUSTI, M. MASSIMO, *La telemedicina al servizio delle cure primarie*, in *Quaderni ACP*, n. 6, 2022, pp. 269-288.

¹⁵ N. POSTERARO, *La digitalizzazione della sanità in Italia: uno sguardo al Fascicolo Sanitario Elettronico (anche alla luce del PNRR)*, in *federalismi.it*, 2021, pp. 1-42.

¹⁶ A. CAROBENE, A. PADOAN, *Esplorando l'Intelligenza Artificiale in medicina di laboratorio e nella ricerca scientifica: Tra sfide e nuove opportunità, l'importanza di un approccio proattivo*, in *Biochimica Clinica*, n. 48(2), 2024, pp. 111-124.

¹⁷ E. ANESSI PESSINA, A. CICCETTI, D. D'ANGELA, B. POLISTENA, F. SPANDONARO, *Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità: Governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative delle missioni...*, cit., pp. 89-117.

¹⁸ G. REBORA, *Le sfide organizzative del PNRR...*, cit.

In parallelo, appare fondamentale incentivare forme strutturate di cooperazione interregionale¹⁹. La condivisione di buone pratiche, modelli organizzativi efficaci e strumenti di pianificazione potrebbe favorire un processo di apprendimento reciproco tra Regioni, contribuendo a ridurre le asimmetrie nella qualità e nell'efficienza dei servizi sanitari²⁰.

Un ulteriore ambito di intervento riguarda la manutenzione e l'aggiornamento continuo delle tecnologie digitali introdotte grazie agli investimenti del PNRR. Affinché questi strumenti possano rappresentare un reale fattore di equità, è indispensabile garantire la loro piena operatività anche nelle aree interne e marginali del Paese, spesso caratterizzate da infrastrutture tecnologiche deboli e da carenze nei servizi di base.

La formazione continua del personale sanitario rappresenta un altro snodo cruciale. Oltre all'adeguamento delle competenze rispetto alle innovazioni tecnologiche e organizzative, è necessario intervenire sulle condizioni di lavoro, al fine di valorizzare le risorse umane e contrastare fenomeni di *turnover* e fuga dei professionisti, soprattutto nelle aree a maggiore criticità assistenziale.

Infine, si evidenzia l'importanza di prevedere strumenti di monitoraggio rigorosi e trasparenti, che consentano di misurare in modo chiaro l'efficacia delle politiche attuate. L'adozione di indicatori di impatto, unitamente a meccanismi di rendicontazione pubblica accessibili e comprensibili, risulterebbe fondamentale per garantire una gestione responsabile delle risorse e per orientare eventuali correzioni in corso d'opera.

4. L'innovazione tecnologica e il futuro della sanità in Italia

L'innovazione tecnologica sta trasformando il settore sanitario in tutto il mondo, e l'Italia si trova di fronte a un'opportunità storica per colmare le lacune strutturali e rendere il SSN più efficiente, accessibile ed equo²¹. Il progresso in ambiti come l'IA, la robotica, la telemedicina, i big data e le biotecnologie offre soluzioni concrete per migliorare la qualità delle cure e ridurre i divari territoriali^{22,23}. Tuttavia, l'integrazione di queste innovazioni richiede investimenti mirati, una governance efficace e una formazione adeguata del personale sanitario.

Uno degli obiettivi principali del PNRR è la completa digitalizzazione del SSN. Attualmente, il sistema sanitario italiano soffre di un'infrastruttura digitale frammentata, con differenze significative tra Regioni nella gestione delle informazioni sanitarie e nell'utilizzo delle nuove tecnologie.

L'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) rappresenta un passaggio fondamentale per garantire un accesso rapido ed efficiente alle informazioni cliniche dei

¹⁹ F. SPANDONARO, *Sanità: Mettere d'accordo equità, innovazione organizzativa e ricerca clinica*, in *Spostare il baricentro: Il PNRR, l'Europa e la politica industriale*, 2023, pp. 267-277.

²⁰ C. MAINARDIS, *Il regionalismo italiano tra continuità sostanziale e le sfide del PNRR*, in *Le Regioni*, n. 49(1-2), 2021, pp. 139-153.

²¹ M. FARINA, *L'empowerment sanitario nell'era della digitalizzazione: le nuove sfide della tecnologia verso una sanità potenziale etica e giuridicamente responsabile*, in *Rivista Elettronica di Diritto, Economia, Management*, n. 2, 2023, pp. 65-85.

²² N. MUSACCHIO, G. GUAITA, A. OZZELLO, M. A. PELLEGRINI, P. PONZANI, R. ZILICH, A. DE MICHELI, *Intelligenza artificiale e Big Data in ambito medico: Prospettive, opportunità, criticità*, in *JAMD*, 21(3), 2018, pp. 1-12.

²³ U. PAGALLO, *Il dovere alla salute: Sul rischio di sottoutilizzo dell'intelligenza artificiale in ambito sanitario*, *Mimesis*, 2022.

pazienti in tutto il Paese. Il FSE consente a medici e specialisti di consultare la storia clinica di un paziente in tempo reale, migliorando la tempestività delle diagnosi e la qualità dei trattamenti. Tuttavia, affinché questo strumento sia davvero efficace, è necessario superare le difficoltà legate alla standardizzazione dei dati sanitari e alla loro integrazione nei diversi sistemi regionali.

Parallelamente, il rafforzamento della cybersicurezza sanitaria è essenziale per proteggere le informazioni sensibili dei pazienti da attacchi informatici, che rappresentano una minaccia crescente nel panorama digitale globale. Investire in protocolli di sicurezza avanzati e nella formazione degli operatori sanitari in ambito digitale è una priorità per garantire la protezione dei dati sanitari.

La pandemia di COVID-19 ha accelerato l'adozione della telemedicina²⁴, evidenziandone il potenziale nel migliorare l'accesso alle cure, in particolare per le popolazioni residenti in aree rurali e periferiche. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede un potenziamento significativo delle infrastrutture digitali, al fine di promuovere la diffusione di servizi come il teleconsulto, il telemonitoraggio e la teleassistenza. L'obiettivo è quello di ridurre la necessità di spostamenti fisici per visite mediche e controlli di routine, migliorando così l'efficienza e l'equità del sistema sanitario.

Tra i principali benefici associati alla telemedicina vi è la possibilità di garantire un accesso più ampio alle cure per i pazienti che vivono in zone geograficamente svantaggiate, contribuendo a ridurre il divario territoriale tra Nord e Sud. Inoltre, l'erogazione di servizi a distanza consente di abbattere i tempi di attesa, facilitando consulti tempestivi senza la necessità di visite in presenza. Particolarmente rilevante è anche il ruolo della telemedicina nella gestione delle patologie croniche: grazie a dispositivi medici connessi, i parametri vitali dei pazienti possono essere monitorati in tempo reale, migliorando la qualità dell'assistenza e riducendo il rischio di complicanze. Questo approccio permette inoltre una maggiore continuità assistenziale, poiché i pazienti possono essere seguiti a domicilio con strumenti tecnologici avanzati.

Tuttavia, affinché la telemedicina si affermi come pratica diffusa ed efficace, è necessario superare diverse barriere di natura culturale e tecnologica. In particolare, occorre garantire l'interoperabilità tra i diversi sistemi informatici sanitari e investire nella formazione del personale medico, affinché sia pienamente in grado di utilizzare le nuove piattaforme digitali. Solo attraverso un approccio integrato e inclusivo sarà possibile trasformare la telemedicina in uno strumento realmente efficace di innovazione e di equità nell'accesso alle cure.

L'AI sta rivoluzionando il settore sanitario, introducendo strumenti sempre più sofisticati per la diagnosi precoce, la personalizzazione delle terapie e l'ottimizzazione della gestione delle strutture ospedaliere. Le sue applicazioni sono molteplici e coprono un ampio spettro di ambiti clinici e organizzativi. In particolare, l'AI consente di sviluppare algoritmi predittivi in grado di analizzare enormi quantità di dati clinici e identificare con tempestività l'insorgenza di patologie, migliorando così l'appropriatezza e la rapidità degli interventi terapeutici.

²⁴ C. PAOLA, B. NOEMI, S. BUSTI, M. MASSIMO, *La telemedicina al servizio delle cure primarie...*, cit., pp. 269-288.

Un altro campo di grande rilevanza è quello della medicina personalizzata: grazie all'intelligenza artificiale, è possibile adattare i trattamenti alle specifiche caratteristiche genetiche, biologiche e cliniche dei singoli pazienti, incrementando l'efficacia delle cure e riducendo gli effetti indesiderati. Sul piano gestionale, l'adozione di modelli predittivi basati sull'AI permette agli ospedali di pianificare in modo più efficiente l'utilizzo dei posti letto, la disponibilità dei farmaci e l'impiego del personale sanitario, contribuendo alla riduzione degli sprechi e al miglioramento complessivo della qualità del servizio.

Accanto all'intelligenza artificiale, anche l'uso dei big data²⁵ si profila come un elemento strategico per il futuro del Servizio Sanitario Nazionale. L'analisi di grandi volumi di informazioni, provenienti da cartelle cliniche elettroniche, studi epidemiologici e dispositivi medici connessi, consente di individuare trend sanitari, prevedere l'evoluzione di alcune patologie e orientare in modo più consapevole la programmazione delle politiche pubbliche in ambito sanitario.

Tuttavia, per poter sfruttare appieno le potenzialità offerte da questi strumenti tecnologici, è fondamentale investire in infrastrutture digitali robuste e in sistemi di analisi avanzati, capaci di garantire la sicurezza, l'interoperabilità e la qualità dei dati. Solo in questo modo sarà possibile trasformare l'enorme quantità di informazioni disponibili in conoscenza utile per il miglioramento della salute pubblica e dell'efficienza dei servizi.

Un altro ambito in rapida espansione è quello della robotica applicata alla sanità. L'impiego di robot chirurgici è ormai diffuso in molti ospedali, dove viene utilizzato per interventi di alta precisione che consentono di migliorare gli esiti operatori, ridurre i margini di errore e abbreviare i tempi di recupero post-operatorio. Oltre alla chirurgia, la robotica sta rivoluzionando anche la gestione dei processi ospedalieri attraverso soluzioni automatizzate che ottimizzano l'efficienza e la sicurezza delle operazioni quotidiane.

Ad esempio, i robot impiegati per la somministrazione dei farmaci contribuiscono a ridurre significativamente il rischio di errore nella preparazione e nella distribuzione delle terapie, garantendo maggiore accuratezza e tracciabilità. I sistemi di logistica automatizzata permettono di velocizzare e rendere più efficiente il trasporto interno di materiali sanitari e dispositivi medici, sollevando il personale da compiti ripetitivi e ottimizzando l'uso delle risorse. Un ulteriore ambito di applicazione è rappresentato dai robot di supporto per l'assistenza a persone anziane e con disabilità: questi strumenti consentono di migliorare la qualità dell'assistenza, sia in contesto domiciliare che ospedaliero, offrendo un supporto concreto alle attività quotidiane e contribuendo a ridurre il carico di lavoro del personale sanitario.

In prospettiva, la robotica sanitaria rappresenta un'opportunità strategica per affrontare le sfide legate all'invecchiamento della popolazione, alla carenza di operatori sanitari e alla necessità di garantire standard qualitativi elevati su tutto il territorio nazionale.

Nonostante le numerose opportunità offerte dall'innovazione tecnologica, la transizione digitale del sistema sanitario italiano presenta ancora diverse sfide che devono essere affrontate per garantirne un'effettiva efficacia e inclusività. Una delle principali criticità riguarda le

²⁵ N. MUSACCHIO, G. GUAITA, A. OZZELLO, M. A. PELLEGRINI, P. PONZANI, R. ZILICH, A. DE MICHELI, *Intelligenza artificiale e Big Data in ambito medico...*, cit., pp. 1-12.

disparità territoriali nell'accesso alle tecnologie: alcune Regioni, in particolare nel Mezzogiorno, dispongono di infrastrutture digitali meno sviluppate e rischiano di restare indietro rispetto ai territori più avanzati, con il conseguente rischio di amplificare ulteriormente i divari esistenti.

A questa problematica si aggiunge la resistenza al cambiamento, che rappresenta un ostacolo culturale significativo. La digitalizzazione non comporta solo l'introduzione di nuovi strumenti, ma richiede anche un'evoluzione nelle competenze e negli atteggiamenti sia dei professionisti sanitari sia dei pazienti. L'adozione efficace delle tecnologie dipende infatti dalla capacità degli operatori di integrarle nei propri processi di lavoro quotidiani e dalla fiducia della popolazione nell'utilizzo di servizi sanitari digitali.

Un'altra sfida fondamentale riguarda la sicurezza e la protezione dei dati. L'aumento della digitalizzazione espone il sistema sanitario a un maggior rischio di violazioni della privacy e di attacchi informatici, rendendo imprescindibile l'adozione di misure robuste di *cybersecurity* e la definizione di standard chiari per la gestione dei dati sensibili.

Infine, i costi di implementazione delle nuove tecnologie costituiscono una variabile critica. L'adozione su larga scala di soluzioni digitali richiede investimenti ingenti, che devono essere pianificati in modo sostenibile nel lungo periodo, anche al fine di evitare che le innovazioni si esauriscano con la fine dei finanziamenti straordinari previsti dal PNRR. Affrontare queste sfide in modo sistemico sarà essenziale per costruire un sistema sanitario digitalizzato, equo e resiliente.

L'innovazione tecnologica rappresenta il futuro della sanità italiana, ma il suo successo dipenderà dalla capacità del sistema sanitario di adattarsi alle nuove sfide, garantendo un'equa distribuzione delle risorse e una gestione sostenibile delle tecnologie emergenti. Il PNRR offre un'opportunità unica per accelerare questa trasformazione, ma sarà necessario un impegno costante da parte delle istituzioni, delle aziende sanitarie e dei professionisti del settore per assicurare che l'innovazione non sia solo un'opportunità per pochi, ma un diritto per tutti i cittadini italiani.

Investire nell'innovazione significa migliorare la qualità della vita, aumentare l'efficienza del sistema sanitario e garantire che l'Italia possa competere con le migliori realtà internazionali nel campo della sanità digitale e della medicina del futuro.

5. Conclusioni: il PNRR come leva per una sanità più equa, integrata e generativa

Questo contributo ha evidenziato come il SSN italiano sia segnato da profonde disuguaglianze territoriali, organizzative e sociali, che compromettono il principio costituzionale dell'universalità nell'accesso alle cure. L'analisi storica e normativa ha messo in luce come l'autonomia regionale introdotta con la riforma del Titolo V abbia accentuato la frammentazione dei modelli sanitari, contribuendo all'allargamento del divario tra Nord e Sud.

La crisi pandemica ha reso visibili queste fragilità, mettendo sotto pressione il sistema ospedaliero e rivelando la debolezza della sanità territoriale in molte Regioni, soprattutto nel Mezzogiorno. Tuttavia, la pandemia ha anche rappresentato un punto di svolta: ha accelerato l'introduzione della telemedicina, della digitalizzazione e di modelli assistenziali più integrati, aprendo una finestra di opportunità per riforme strutturali a lungo attese.

In questo scenario, il PNRR rappresenta un'occasione storica per ridisegnare il SSN in chiave più equa, resiliente e generativa, a condizione che gli interventi non si limitino all'innovazione tecnologica, ma siano accompagnati da azioni incisive sul piano organizzativo, formativo e redistributivo.

Le risorse del PNRR possono infatti diventare un potente strumento per ridurre i divari territoriali, se orientate verso una logica di riequilibrio e di inclusione sociale. Come evidenziato anche dal *Rapporto Dorso*²⁶, investire nella sanità pubblica nelle aree interne e svantaggiate non significa solo garantire diritti essenziali, ma anche attivare meccanismi di sviluppo locale, occupazione di qualità e coesione sociale. La sanità, in questi contesti, può fungere da volano di rigenerazione territoriale.

Per rendere effettivo questo potenziale, è necessario intervenire su più fronti:

1. Equità territoriale e redistribuzione delle risorse: allocazione mirata dei fondi per colmare il gap infrastrutturale e di accesso tra le Regioni, valorizzando il ruolo della sanità come leva di sviluppo socioeconomico, specie nelle aree interne del Mezzogiorno.

2. Finanziamento stabile e sostenibile: superamento della logica dell'“emergenza” e garanzia di fondi strutturali post-PNRR, per evitare che le riforme intraprese si interrompano o si disperdano.

3. Riorganizzazione della sanità territoriale: consolidamento delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle COT all'interno del modello hub & spoke, per rafforzare la presa in carico di prossimità e l'integrazione sociosanitaria prevedendo anche l'introduzione della figura del coordinatore sanitario regionale soprattutto per favorire la collaborazione tra Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie locali.

4. Innovazione digitale e tecnologica: estensione della telemedicina, utilizzo dell'intelligenza artificiale nella diagnostica, digitalizzazione dei processi clinico-amministrativi, garantendo però accessibilità e alfabetizzazione digitale per tutti i cittadini.

5. Valorizzazione del capitale umano: piani straordinari di assunzione nelle aree carenti, formazione continua, meccanismi di incentivazione per il personale sanitario e sociosanitario che sceglie di lavorare nelle aree interne (es. indennità aggiuntiva).

6. Governance multilivello e monitoraggio dell'attuazione: rafforzamento della cooperazione tra Stato e Regioni, trasparenza nella gestione dei fondi e istituzione di sistemi di valutazione dell'impatto territoriale degli interventi.

In conclusione, il PNRR può rappresentare un punto di svolta per il SSN solo se accompagnato da una visione politica e strategica coerente, capace di fare della sanità pubblica non solo un diritto da difendere, ma una politica di sviluppo territoriale e coesione sociale. La sfida è trasformare questa fase di investimento straordinario in una riforma duratura, che restituisca centralità al Servizio Sanitario Nazionale come pilastro del modello sociale italiano ed europeo.

²⁶ M. CARRIERI, L. DE VITA, E. ERRICO, B. ZOINA, *Sanità e servizi socioassistenziali: un'occasione di sviluppo per le aree interne*, Edizioni del Centro Dorso, Avellino, 2025.