

Assistenza domiciliare integrata e innovazione tecnologica: un connubio virtuoso*

di Carla Maria Saracino

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. La domiciliarità tra i livelli essenziali delle prestazioni. L'attuale disegno normativo. – 3. Gli obiettivi del PNRR e il dm 77/2022. Il ruolo della telemedicina nell'assistenza domiciliare e territoriale. – 4. La centralità del diritto alla salute e le sue declinazioni. – 5. L'interazione tra soggettività pubbliche e private per l'erogazione di prestazioni assistenziali. Il *trend* della giurisprudenza amministrativa. – 6. I modelli di intelligenza artificiale in sanità e l'evoluzione dell'assistenza domiciliare. Stato dell'arte e prospettive *de iure condendo*.

1. Premessa

Nell'attuale sistema sociale, l'assenza di un'idonea rete di protezione familiare e sanitaria è tale da far scivolare i soggetti sfortunati di adeguate tutele in una condizione di totale povertà assistenziale¹.

Tale nozione è pregna di un significato non solo economico, implicando, più ampiamente, la deprivazione dei legami relazionali, delle opportunità e delle garanzie necessarie per la salvaguardia dell'integralità dei bisogni essenziali della persona che assumono centralità nel sistema di assistenza socio – sanitaria.

Il calo demografico e l'aumento dell'invecchiamento della popolazione impongono, inoltre, con urgenza, nuovi scenari assistenziali².

* Lo scritto raccoglie gli spunti e i contenuti della relazione tenuta a EGPA Conference di Atene del 3-6 settembre 2024 in tema di “*Strengthening Democratic Governance for Better Public Policies and Services*” nel panel coordinato dalla Prof.ssa Anna Simonati che, sentitamente, si ringrazia.

¹ M. Luvuciciani, *Generazioni future, distribuzione temporale della spesa pubblica e vincoli costituzionali*, in *Dir. soc.*, 2008, 145; C. FRANCHINI, *L'intervento pubblico di contrasto alla povertà*, Napoli, 2021; R. GAROFOLI, B.G. MATTARELLA, *Governare le fragilità*, Milano, 2025; U. BECK, *La società del rischio, verso una seconda modernità*, Milano, 2000. L'attuale società viene definita da U. BECK nel suo saggio come “società del rischio”.

² Una quota rilevante della popolazione italiana (11,7% della popolazione ultra settantacinquenni (dati ISTAT 2020) e' costituita da persone, solitamente anziane, spesso affette da piu' patologie croniche, le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da fattori quali lo *status* socio-familiare e ambientale o l'accessibilità alle cure.

Ai soggetti in condizioni di fragilità, disabilità e non autosufficienza si uniscono, infatti, individui in età anziana che necessitano, oltretutto di interventi assistenziali mirati ed immediati, principalmente, di un monitoraggio e di un'attenzione costante, al fine di prevenire i rischi connessi alle eventuali insorgenze patologiche.

A fronte di tale contesto, emerge la necessità di un modello assistenziale di prevenzione e di gestione del rischio³, orientato alla promozione della salute intesa in termini olistici, di complessiva valorizzazione della persona umana, che sia tale da prendere in carico gli assistiti in modo proattivo, assicurando tra i livelli essenziali delle prestazioni⁴, adeguati *standards* di assistenza domiciliare e territoriale.

L'idea di promuovere e sperimentare una cultura dell'assistenza domiciliare integrata per gli anziani e i fragili⁵ in condizioni di isolamento, con l'ausilio delle reti di cooperazione e attraverso le nuove tecnologie, consente di preservare l'identità propria di tali soggetti e di facilitare la diffusione di interventi di assistenza capillare.

Il progetto necessita, tuttavia, di un apparato di modelli applicativi e regole giuridiche volte a delinearne l'operatività.

In questa prospettiva, il modello di analisi socio-giuridica che ci si propone è *caratterizzato dall'evoluzione verso una progressiva sostituzione dell'assistenza⁶ in hospice e para-hospice* con l'assistenza domiciliare integrata,

³ Riflette, con persistente attualità, sulla relazione tra incertezza tecnico-scientifica e governo del rischio e sulla necessità di decisioni amministrative precauzionali, F. DE LEONARDIS *Il principio di precauzione nell'amministrazione di rischio*, Milano, 2005.

⁴ Si v. F. BIONDI, *Livelli essenziali delle prestazioni*, in S. CASSESE (a cura di), *Dizionario di Diritto pubblico*, Milano, 2006, 3567. Cfr. anche C. PINELLI, *Sui "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali" (art. 117, co. 2, lett. m, Cost.)*, in *Dir. pubbl.*, 894 ss.; A. D'ALOIA, *I livelli essenziali delle prestazioni, I livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali: uno snodo decisivo nella configurazione del nuovo disegno autonomistico*, Atti del Convegno annuale Associazione Gruppo di Pisa tenutosi a Pavia il 6 e 7 giugno 2003 sul tema *La riforma del Titolo V e la giurisprudenza costituzionale*, in <http://costituzionale.unipr.it>; nonché M. BELLETTI, *"Livelli essenziali delle prestazioni" e "contenuto essenziale dei diritti" nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, in L. CALIFANO (a cura di), *Corte costituzionale e diritti fondamentali*, Torino 2004, 181 ss.

⁵ R. GAROFOLI, B. G. MATTARELLA, *Governare le fragilità*, op.cit. Gli A. valorizzano l'importanza di un coinvolgimento dei privati nella realizzazione delle infrastrutture critiche e l'indifferibilità di politiche economiche dirette a razionalizzare la spesa pubblica nel sistema sanitario, afflitto da perduranti inefficienze oltre che da disuguaglianze profonde.

⁶ Sui profili evolutivi del Sistema Sanitario Nazionale G.B. VERBARI, *Servizio Sanitario Nazionale (voce)*, in *Noviss. Dig. it.*, VII, Torino, 1987, 182 ss.; P. SANTINELLO, *Servizio sanitario nazionale (voce)*, in *Dig. disc. pubbl.*, XIII, Torino, 1997; R. FERRARA, *L'ordinamento della*

quale condizione assistenziale privilegiata, rispettosa dell'individuo e più efficiente nel lungo periodo anche in termini *budgetari* e macroeconomici, se solo si pensi a una strategia di accurata gestione del rischio e alla possibilità di prevenire determinati stati morbosi o degenerativi, prima della loro insorgenza.

Lo studio deve basarsi su una regolamentazione dei rapporti pubblico-privato e sul coinvolgimento della cittadinanza nella promozione di interventi assistenziali territoriali.

L'obiettivo è quello di promuovere una delocalizzazione degli investimenti e una canalizzazione degli stessi verso servizi assistenziali a livello domiciliare, al fine di garantire una maggiore consapevolezza, identità e conservazione della dignità della persona in condizioni di fragilità, contribuendo a ridurre l'esposizione al rischio di patologie.

L'implementazione di tali modelli socio-giuridici per l'integrazione della popolazione è supportata da studi di *risk assessment* che consentono di analizzare i profili di rischio⁷ e la regolazione dello stesso a fronte di diversi modelli di intervento assistenziale.

In questo processo è fondamentale la realizzazione, oltreché di reti territoriali e relazionali di prossimità⁸, anche di ecosistemi avanzati di telemedicina, asse portante del rafforzamento della sanità territoriale e del miglioramento degli *standards* di cura dei cittadini.

A tale proposito la missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede un'articolazione binaria che si concentra sulle reti di prossimità, sulle strutture intermedie e sulla telemedicina, nonché sulla innovazione, sulla ricerca e sulla digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale⁹.

sanità, Torino, 2007; A. CROSETTI, *Il servizio sanitario. Profili organizzativi* in R. FERRARA, S. RODOTÀ, P. ZATTI (a cura di), *Salute e sanità, Trattato di biodiritto*, Milano, 2010; L. LAMBERTI, *Diritto sanitario*, Assago, 2012; F. CASTIELLO, V. TENORE, *Manuale di diritto sanitario*, Milano, 2012.

⁷ Si v. L. GIANI, M. D'ORSOGNA, A. POLICE, *Dal diritto dell'emergenza al diritto del rischio*, Napoli, 2018; I. M. MARINO, Intervento al Convegno dell'Associazione dei Professori ordinari di Diritto Amministrativo "San Giustino", *Il diritto amministrativo nella società del rischio*, Acireale, 24 giugno 2005; ID., *Effettività, servizi pubblici ed evoluzione dei sistemi a "diritto amministrativo"*, in *Dir. e proc. amm.*, 2007, 67; A. BARONE, *Il diritto del rischio*, Milano, 2008.

⁸ S. BUOSO, A. VISCOMI (a cura di), *Per un welfare di comunità. Organizzazione e lavoro nella sanità territoriale*, Torino, 2024; G. GIARELLI, *La salute di prossimità. Un modello possibile per una ricalibratura dell'assistenza sanitaria territoriale* in *Sistema salute*, 2023, 16-31.

⁹ Assume ampia portata, peraltro, la regolamentazione in maniera appropriata della

In tale direzione, assume rilievo la definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo basato sulla specifica elaborazione di *standards* strutturali e tecnologici omogenei per l'assistenza e l'identificazione delle strutture a essa deputate, nonché sul rafforzamento delle prestazioni erogate.¹⁰

Il *restyling* del nostro *welfare* assistenziale deve essere, pertanto, indirizzato verso il monitoraggio e la fornitura di assistenza facilitata, al fine di ridurre gli stati di bisogno e intervenire in maniera adeguata sulla sostenibilità delle condizioni di vita, consentendo di mantenere un rilevante grado di indipendenza presso le proprie abitazioni.

In sinergia con tali obiettivi, le misure assistenziali devono essere convogliate verso una intensa attività di *advocacy* che coinvolge diversi attori sociali, appartenenti al terzo settore, associazioni di rappresentanza ed ordini professionali.

Gli interventi, volti alla introduzione di livelli essenziali per il potenziamento economico e organizzativo delle reti di assistenza, sono, così, tesi, principalmente, a sostenere la domiciliarità e l'integrazione nel tessuto sociale di appartenenza, risultando, pertanto, funzionali a indirizzare i finanziamenti al rafforzamento dei servizi negli ambiti territoriali.

2. *La domiciliarità tra i livelli essenziali delle prestazioni. L'attuale disegno normativo*

L'ampio frastaglio del nostro sistema di *welfare* assistenziale pare evolversi, visto che le possibilità inclusive, oggi, offerte dalla tecnica sono migliorate riguardo alle soluzioni di assistenza degli anziani e dei soggetti in condizioni di fragilità¹¹.

gestione dei *big data* S. RODOTÀ, *Il mondo nella rete, quali i diritti quali i vincoli*, Bari, 2014; G. AVANZINI, *Decisioni amministrative e algoritmi informatici*, ESI, 2019, 93; D.U. GALETTA—J. G. CORVALAN, *Intelligenza artificiale per una Pubblica Amministrazione 4.0? Potenzialità, rischi e sfide della rivoluzione tecnologica in atto*, in www.federalismi.it, 3/2019.

¹⁰ E. CATELANI, *Nuove tecnologie e tutela del diritto della salute: potenzialità e limiti dell'uso della Blockchain*, in www.federalismi.it, 4/2021, 212.

¹¹ Si rinvia a F. CEMBRANI, M. CINGOLANI, PG. FEDELI, *L'inclusione della persona disabile con strumenti tecnologici: occasione di un primo commento alla legge-delega al Governo in materia di disabilità* in *Riv. It. Med. Leg.* 2/2022, 267-283. Sui capisaldi costituzionali della protezione sociale si rinvia a E. ROSSI, *Lo statuto costituzionale della persona con disabilità: brevi considera-*

Preliminarmente, occorre considerare come l'assistenza sanitaria territoriale e la domiciliarità siano incluse quali prioritari livelli di assistenza nell'attuale contesto socio-sanitario.

Il quadro normativo in materia di Livelli essenziali di assistenza (di seguito Lea)¹² ha visto la sua organica caratterizzazione con il DPCM del 18 marzo 2017¹³ che aveva definito le iniziative di prevenzione collettiva, comprendendovi attività di *sorveglianza* e controllo; nonché attività di assistenza distrettuale. Esse risultano caratterizzate da servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio e sono articolati in assistenza sanitaria di base, assistenza emergenziale territoriale, assistenza farmaceutica, assi-

zione su un disegno di legge, *Quaderni costituzionali*, 2021, 370; M. CAMPEDELLI, *Invecchiamento tra capacità e disuguaglianze. Spunti di riflessione in Questione Giustizia*, 2011, 104 e ss.; M. NUSBAUM, S. LEVMORE, *Invecchiare con saggezza*, Bologna, 2017; F. BARBERA, *L'innovazione sociale: aspetti concettuali, problematiche metodologiche e implicazioni per l'agenda in Polis*, XXXIV, 2020, 131-148. Si v. G. CANCELLIERI, L. SPERONI (2018), *Le esperienze di innovazione sociale in Italia*, in M. CAROLI (a cura di), *Evidenze sull'innovazione sociale e sostenibilità in Italia. Quarto rapporto*, FrancoAngeli, Milano, 40-69. Si v. B. ROIT, C. RANCI, *La riforma del Long-term care e il PNRR*, www.wel-forum.it, 27 aprile 2021; E. CAVASINO, G. TULUMELLO, *La salute come diritto: l'effettività della tutela fra potere di organizzazione e logica della concorrenza*, in *Giur.it.*, 2005, 9; L. BUSCEMA, *Potestà amministrativa e tutela dei diritti fondamentali all'interno delle aule giudiziarie: profili sostanziali e di giurisdizione con particolare riguardo al diritto alla salute*, in *Consulta OnLine*; C. DI COSTANZO, *Allocazione delle risorse e tutela della salute nella giurisprudenza costituzionale*, in *Dirittifondamentali.it*, 2/2021; M. NOCELLI, *Il giudice amministrativo e la tutela dei diritti fondamentali*, in www.giustizia-amministrativa.it, 2018.

¹² Cfr. M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in E. CATELANI- G. CERRINA – FERRONI, M. C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino 2011, 11 ss.; E. BALBONI, *Il concetto di "livelli essenziali e uniformi" come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Ist. Federalismo*, 2001, 1103 ss.; R. BALDUZZI, *Esiste ancora un Servizio sanitario nazionale?*, in M. RICCA-L. CHIEFFI (a cura di), *Il governo della salute. Regionalismi e diritti di cittadinanza*, Quad. Formez, Roma 2005, 24; A. D'ALOIA, *I livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali: uno snodo decisivo nella configurazione del nuovo disegno autonomistico*, op.cit., 9 ss.; E. FRONTONI, *Determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*, in R. BIFULCO-A. CELOTTO (a cura di), *Le materie dell'art. 117 nella giurisprudenza costituzionale dopo il 2001*, Napoli 2015, 149 ss..

¹³ Dopo essere stato sottoposto al parere delle Commissioni parlamentari competenti, è stato approvato il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, pubblicato sulla G.U. n. 65 del 18 marzo 2017. I precedenti LEA erano stati definiti con D.P.C.M. del 29 novembre 2001.

stenza integrativa, assistenza specialistica ambulatoriale, assistenza protesica ed assistenza ospedaliera.

Il Decreto 23 maggio 2022, n. 77, nel riordinare e definire modelli e *standards* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, nel suo Allegato 1, specifica, inoltre, come il Sistema sanitario nazionale persegua lo svolgimento di attività distrettuali di pianificazione, rafforzamento dei servizi territoriali, in particolare attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità¹⁴ e attraverso il potenziamento delle cure domiciliari, al fine di valorizzare la casa, quale luogo privilegiato dell'assistenza.

Gli obiettivi dell'assistenza domiciliare sono perseguiti attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di *equipe* multiprofessionali.

Viene implementata una visione in termini di *Planetary Health*¹⁵ con logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per grado ed intensità dei bisogni.

Assumono centralità l'utilizzo e la diffusione di servizi digitalizzati; la valorizzazione della co-progettazione e della partecipazione della comunità attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali.

Ne consegue la valorizzazione di una sanità di iniziativa, quale modello fondato su un'assistenza all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi di insorgenza della patologia.

Tale impostazione si fonda sulla stratificazione della popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi, volti a differenziare le strategie e i tempi dell'intervento assistenziale.

Il decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, peraltro, aveva contemplato espressamente la possibilità di sviluppare modelli predittivi che consentissero la stratificazione della popolazione, il monitoraggio e la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse, utilizzando informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona.

¹⁴ Si tratta, in particolare, delle Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento.

¹⁵ A. Carrel, medico e biologo, affermava nel 1936 che la salute è assai più che mancanza di malattia. L'approccio olistico è ispirazione dell'attuale approccio alla salute e all'assistenza socio-sanitaria. Si v. A. MARTIN, R. NACCARATO, *Diritto alla salute e coscienza sanitaria*, Padova, 1989.

In tale prospettiva l'assistenza domiciliare diviene cardine e centro propulsore di modelli di sanità fondati sulla prevenzione e orientati alla promozione complessiva delle condizioni di salute dell'individuo.

Il citato Decreto 23 maggio 2022 n.77 ha svolto un ruolo decisivo nel riordinare e definire modelli e *standards* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ed ha delegato al Governo il riordino delle norme vigenti riguardanti la disabilità.

Il Parlamento italiano ha, inoltre, definitivamente approvato la legge del 23 marzo 2023 n. 33 con le deleghe al Governo in materia di politiche assistenziali. Essa elenca una serie eterogenea di misure destinate a favorire l'invecchiamento attivo, la promozione dell'inclusione sociale e la prevenzione della fragilità della persona; nonché a rafforzare l'assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria dei soggetti non autosufficienti.

Il D. lgs. 15 marzo 2024 n. 29 reca disposizioni volte a promuovere la dignità, l'autonomia, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità. E' programmato un incremento nel reclutamento del personale per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale da reclutare, dipendente e convenzionato.

La politica assistenziale in ambito socio-sanitario risulta, pertanto, inevitabilmente, ricalibrata secondo i parametri della *risk analysis* e del *risk assessment*. Essi consentono di elaborare modelli sociali integrati, capaci di regolare *ex ante* fenomeni che, se non compresi e arginati in tempo, possono rendere necessari interventi *ex post* spesso costosi, inadeguati, insufficienti e inevitabilmente fallimentari.

Un'adeguata politica pubblica di tutela dei soggetti in condizioni di fragilità, peraltro, è chiamata a svolgere un ruolo non solo di protezione degli stessi, ma un ruolo efficacemente "protettivo" dell'intero tessuto sociale, potendo attivare meccanismi propulsori di partecipazione e ricchezza culturale e relazionale.

3. *Gli obiettivi del PNRR e il dm 77/2022. Il ruolo della telemedicina nell'assistenza domiciliare e territoriale*

Il Regolamento UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021/241 che istituisce il dispositivo per la Ripresa e la Resilienza

indica, tra le grandi aree di intervento¹⁶ su cui il PNRR deve intervenire, la coesione sociale e territoriale, nonché la salute e la resilienza economica ed istituzionale.

Assume rilievo centrale, inoltre, tra gli obiettivi del PNRR, l'implementazione del pilastro digitale al fine di migliorare la connettività e consentire una razionalizzazione dei servizi pubblici digitali.

In tale prospettiva, occorre constatare come le tecnologie assistive intelligenti abbiano introdotto le innovazioni tecnologiche funzionali a perseguire gli obiettivi del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza ed abbiano contribuito a invertire il *trend* di istituzionalizzazione nelle strutture residenziali, investendo nel potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata.

Tale inversione di tendenza è resa possibile tramite reti di collaborazione di soggetti privati e pubblici a supporto delle famiglie e tramite l'ausilio di strumenti tecnologici ed elettronici, volti ad implementare l'attualità e l'efficacia di interventi di cura e assistenza anche in forma di ausilio cognitivo e di telemedicina¹⁷.

Con riferimento specifico ai soggetti in condizioni di disabilità, il Piano nazionale di Ripresa e resilienza, nella Missione 5, ha previsto, la *“riforma della normativa nell'ottica della de-istituzionalizzazione e della promozione dell'autonomia delle persone con disabilità”* che dovrà essere attuata semplificando l'accesso ai servizi socio-sanitari, rivedendo le procedure di accertamento delle disabilità e promuovendo progetti personalizzati di vita indipendente affidati alle *“unità di valutazione multidimensionale sui territori”*. E' prevista l'autorizzazione alla fornitura di *“dispositivi ICT e supporto per sviluppare competenze digitali, al fine di garantire loro l'indipendenza economica”*; così da *“realizzare pienamente i principi della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006, ratificata dall'Italia fin dal 2009, secondo un approccio del tutto coerente con la Carta dei diritti fondamentale dell'Unione Europea e con la recente Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030 presentata a marzo 2021 dalla Commissione Europea”*.

Tale prospettiva mira a promuovere innovativi modelli di assistenza che consentano alla tecnologia di mettere in contatto i soggetti fragili in

¹⁶ Oltre alla transizione verde e digitale, la crescita intelligente, sostenibile e inclusiva, le politiche per le nuove generazioni, l'infanzia e i giovani.

¹⁷ F. CIMBALI, *La governance della sanità digitale*, Padova, 2023; N. POSTERARO, *La digitalizzazione della sanità in Italia: uno sguardo al Fascicolo Sanitario Elettronico (anche alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)*, in *www.federalismi.it*, 2021, 189.

condizione di solitudine e abbandono con giovani referenti interessati che possano attuare interventi assistenziali con modalità integrative rispetto ai tradizionali servizi di assistenza socio – sanitaria.

L'obiettivo è incentivato dalla destinazione di fondi specifici¹⁸ per il potenziamento dell'assistenza domiciliare che si pone come strategia programmatica¹⁹ della nuova legge di bilancio.

¹⁸ La legge di bilancio pubblicata in *Gazzetta Ufficiale* il 31 dicembre 2021 (l.n. 234/2021) contiene importanti disposizioni nell'area della sicurezza sociale, nel tentativo di offrire risposte ad alcuni bisogni che presentano nel nostro Paese tratti di emergenza.

¹⁹ La legge di bilancio 2025 dispone all'art. 51 un aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e degli importi tariffari, destinando il vincolo di una quota del fabbisogno sanitario nazionale *standard* per consentire l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza. Già la legge di bilancio del 2021 era, peraltro, intervenuta specificamente nel settore dell'assistenza ad anziani e soggetti non autosufficienti (art. 1, commi 160-171) e dell'inserimento sociale delle persone con disabilità (commi 175-187), stanziando appositi fondi. L'art. 169 precisava che con uno o più decreti interministeriali sarebbero stati approvati LEP in ambiti di assistenza diversi dalla non autosufficienza, individuati dall'art. 22, comma 2, della legge n. 328/2000: contrasto della povertà; interventi per la piena integrazione delle persone disabili. Sono stati, inoltre, definiti i LEP individuati come prioritari nell'ambito del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali. In particolare, assume rilievo la previsione della messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di determinati adempimenti.

Le disposizioni dettate dai commi 164-166 prevedevano, inoltre, che l'offerta di servizi degli ambiti territoriali sociali potesse essere integrata da contributi, diversi dall'indennità di accompagnamento di cui alla legge n. 18/1980, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza, utilizzabili esclusivamente per remunerare il lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'art. 51 del d.lgs. n. 81/2015 o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale. Al fine di progettare determinati percorsi di formazione, è previsto che gli ambiti territoriali sociali possano stipulare intese con le associazioni di rappresentanza sottoscrittrici dei contratti collettivi nazionali al fine di progettare percorsi di formazione, mediante gli enti bilaterali. Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, nel rispetto delle previsioni del d.lgs. 14 settembre n. 150/2015, possono, inoltre, definire strumenti e modelli di supporto e ausilio per i sistemi di incontro tra domanda e offerta di cui al comma 162, nonché per le attività di formazione a favore dei familiari delle persone anziane non autosufficienti. Le enunciate previsioni andavano già nella direzione di promuovere un'offerta di lavoro qualificato nel settore, sostenendo indirettamente la contrattazione collettiva secondo la

Con l'intervento normativo del 22 dicembre 2021 n.227 si è dato seguito ad un'accelerazione del processo di introduzione delle tecnologie nell'ambito dell'assistenza sanitaria.

L'inclusione è progettata e realizzata, peraltro, per il tramite degli ausili offerti dalla tecnica, nonché attraverso l'utilizzo delle *Intelligent Assistive Technologies*²⁰ che possono avere l'effetto di ritardare oppure ovviare alla

consolidata regola di selezione dei soggetti rappresentativi dettata dall'art. 51, d.lgs. n. 81/2015.

La logica sottesa alle disposizioni era quella della integrazione tra diversi strumenti di intervento, mirando ad un potenziamento dell'offerta di prestazioni da ottenere, sia mediante l'organizzazione di servizi specifici con personale qualificato, sia mediante la valorizzazione di un approccio collaborativo e coordinato tra enti del terzo settore e strutture di prossimità.

²⁰ Si v. N. MATTEUCCI, N. MARCATILI, *E-health ed evoluzione dei sistemi sanitari. Un'analisi empirica sull'Europa*, in G. VICARELLI, M. BRONZINI (eds.), *Sanità digitale. Riflessioni teoriche ed esperienze applicative*, Bologna, 2019, 51. O. RENAUDIE, *Telehealth: A New Relationship with the Territory(ies)?* in *Erdal* 4/2023, 147 ss.; V. MOLASCHI, *Telemedicine: Impact and Perspectives in Healthcare Delivery and Organization of the Italian National Health Service in European Review of Digital Administration & Law* in *Erdal* 4/2023, Volume 4, Issue 1, pp. 153-167. L'A. tratta dello sviluppo della telemedicina, nucleo originario e pilastro della sanità digitale, in Italia. Dopo aver inquadrato preliminarmente l'argomento, ripercorrendone anche l'evoluzione a livello europeo e italiano, l'analisi dedica ampio spazio alle disposizioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, per il quale l'e-Health e, in particolare, la telemedicina, rappresentano uno dei fattori più importanti per il rafforzamento del sistema sanitario. Le riflessioni sono duplici: gli effetti dell'assistenza a distanza sul rapporto medico-paziente e l'impatto sull'erogazione dei servizi e sull'organizzazione sanitaria. L'A. evidenzia come la sanità digitale influisca profondamente anche sull'erogazione dei servizi sanitari, come dimostra l'evoluzione della telemedicina. Si cfr., inoltre, sulle nuove frontiere della telemedicina anche nell'assistenza territoriale e domiciliare, A. MAZZA, LABOCCETTA, *Telemedicina: sfide, problemi, opportunità*, in *www.federalismi.it*, 22, 2023, 135; L. FERRARO, *La telemedicina quale nuova (e problematica) frontiera del diritto alla salute*, in *Il diritto dell'informazione e dell'informatica*, 2022, 837. Si cfr., inoltre, con riferimento alle opportunità e alle criticità degli strumenti di digitalizzazione nell'assistenza sanitaria territoriale, N. POSTERARO, S. CORSO, *The Italian Electronic Health Record*, in *Erdal*, 4/2023, 187 ss.. Si v. M. BELEN ANDREU MARTINEZ, V. MOLASCHI E O. RENAUDIE, *E-Health: Opportunities and Critical Issues for the Patient and for Health Services*, in *Erdal*, 4/2023, 5-6. Si v., inoltre, sui limiti dell'intelligenza artificiale nelle sue differenti implicazioni, G. GALLONE, *Riserva di umanità e funzioni amministrative. Indagine sui limiti dell'automazione decisionale tra procedimento e processo*, Milano, 2023. C. CASONATO, *Telemedicina. Vantaggi e rischi della telemedicina assistita da intelligenza artificiale*, in E. RIGO (a cura di), *Per una ragione artificiale. In dialogo con Lorenzo d'Avack su Costituzione, ordine giuridico e biodiritto*, Roma, 2023, 219; C. BOTRUGNO, *Telemedicina e trasformazione dei sistemi sanitari. Un'indagine di bioetica*, 133; E. BROZZETTI, G.M. CANNELLA,

necessità di assistenza istituzionale, riducendo così le spese sanitarie associate all'assistenza a lungo termine e all'istituzionalizzazione, mitigando il peso dell'assistenza che spesso grava sulla famiglia o sugli altri assistenti informali e facilitando l'indipendenza, autonomia, interazione sociale dei soggetti in condizione di fragilità.

In particolare, le attività di assistenza domiciliare sociale integrate con i servizi sanitari possono combinarsi con soluzioni abitative innovative e con un complessivo rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale.

In tale prospettiva, un miglioramento dei servizi sociali di supporto per le persone in condizioni di fragilità e per le loro famiglie può essere attuato tramite la predisposizione di modalità di intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, nonché mediante servizi professionali volti alla sostituzione temporanea degli assistenti familiari per le ipotesi di impossibilità.

L'organizzazione di tale sistema assistenziale muove dal valorizzare la collaborazione volontaria tra soggetti pubblici e privati, tramite accordi partenariali e interventi di tipo associativo o realtà più complesse e stratificate, quali le fondazioni di partecipazione²¹.

A ciò si aggiunga che, nella direzione indicata, la robotica ha elaborato diverse componenti²² di riabilitazione e di telepresenza.

A. RANDAZZO, *Telemedicina, teleassistenza e intelligenza artificiale in un sistema socio-sanitario di prossimità: nuovi paradigmi etico-giuridici*, in *Rapporto DIPAB 2022*; ID. *L'integrazione socio-sanitaria e il diritto delle regioni*, Torino, 2022, 277; R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, in *Corti supreme e salute*, 2020, 353.

Si v. F. FRACCHIA, P. PANTALONE, *Smart City: condividere per innovare (e con il rischio di escludere?)* (25 novembre 2015), in www.federalismi.it, 22, 2015; V. MOLASCHI, *Algoritmi e discriminazione*, in M. ANDREIS, G. CREPALDI, S. FOÀ, R. MORZENTI PELLEGRINI E M. RICCIARDO CALDELARO (eds.), *Studi in onore di C.E. Gallo*, Torino, Giappichelli, 2023, vol. I, 355.

²¹ G. SICCHIERO, *Le fondazioni di partecipazione*, in *Giur. it.*, 2021; M. MALTONI, *Le fondazioni di partecipazione: natura giuridica e legittimità* in *Quaderni della fondazione italiana del notariato*, s.d., 2; N. LONGOBARDI, *Amministrazioni pubbliche e fondazioni di diritto privato*, in www.amministrazioneincammino.it; A. FUSARO, voce *Fondazione*, in *Dig. Disc. privat.*, vol. VIII, Torino, 1992, 364; G. IORIO, *Le fondazioni*, Milano, 1997, 18 ss.; P. MANES, *Le nuove prospettive in materia di fondazioni*, in *Contr. e impr.*, 2004; S. MARCHEGIANI, N. MANCINI, *La fondazione di partecipazione quale strumento innovativo per la gestione dei servizi culturali*, in *Azienditalia*, 2006, 367.

²² Quanto alle ricadute dell'uso della robotica nell'ambito dei rapporti persona-amministrazione, con particolare riferimento al caso sanitario si v. F. MANGANARO, *Vecchi*

In questo senso, assumono rilievo modelli sociali che partano dalla promozione dell'alfabetizzazione digitale per arginare il fenomeno del *digital divide* attraverso l'obbligo di formazione della popolazione e la conseguente organizzazione di obiettivi di almeno parziale autosufficienza tecnologica²³.

La riforma del sistema assistenziale nella direzione della domiciliarietà²⁴ attende, tuttavia, di trovare un'attuazione significativa anche attraverso specifici atti programmatici, risultando, peraltro, rinviata l'attuazione del progetto disegnato dagli interventi normativi allo stanziamento di fondi destinati al conseguimento degli ambiziosi obiettivi assistenziali individuati.

problemi e nuove prospettive della cittadinanza, in F. MANGANARO, A. ROMANO TASSONE (a cura di), *Persona ed amministrazione. Privato, cittadino, utente e pubbliche amministrazioni*, Torino, 2004. Si v. F. MANGANARO, *Evoluzione ed involuzione delle discipline normative sull'accesso a dati, informazioni ed atti delle pubbliche amministrazioni*, in *Dir. amm.*, 2019, 743; C. MANNELLI, *Etica ed intelligenza artificiale. Il caso sanitario*, Roma, 2022. Si v., inoltre, M.P. CHITI, *Il rischio sanitario e l'evoluzione dall'amministrazione dell'emergenza all'amministrazione precauzionale*, in *Riv. it. dir. pubbl. comun.*, 2006; E. CHITI, B. BARCHETTI, N. RANGONE, *L'impiego dei sistemi di intelligenza artificiale nelle pubbliche amministrazioni italiane: prove generali*, in A. PAJNO, F. DONATI, A. PERRUCCI (a cura di), *Intelligenza artificiale e diritto: una rivoluzione?*, vol. 2, *Amministrazione, responsabilità, giurisdizione*, Bologna, 2022, 43; R. MICCÙ, *Questioni attuali intorno alla digitalizzazione dei servizi sanitari nella prospettiva multilivello*, in *www.federalismi.it.*, 5/2021, 1.

²³ M.A. SANDULLI, *Introduzione: riflessioni sull'approccio One Health alla luce delle recenti modifiche al dettato costituzionale*, in F. APERIO BELLA (a cura di), *One Health: la tutela della salute oltre i confini nazionali e disciplinari. Per un approccio olistico alla salute umana, animale ed ambientale*, Napoli, 2022, 21; L. SARTORI, *Il divario digitale. Internet e le nuove disuguaglianze sociali*, Bologna, 2006; F. CORTESE, G. SANTUCCI, A. SIMONATI (a cura di), *Dallo status di cittadino ai diritti di cittadinanza*, Napoli, 2014. Si v. U. BECK, *La società del rischio, verso una seconda modernità*, op. cit. L'attuale società viene definita da U. BECK nel suo saggio come "società del rischio". L'A. riflette su come la stessa, nel mettere in atto processi di accelerazione digitale e semplificazione algoritmica, accresce il gap generazionale, il digital divide, aumentando i dissidi di una modernità "a due velocità" che sottovaluta la portata rigeneratrice di una politica pubblica che, invertendo le proprie priorità, ponga al centro la condizione dell'uomo.

²⁴ F. F. TUCCARI, M. BENVENUTO, *La situazione della Regione Puglia*, in *Corti supreme e salute*,

4. *La centralità del diritto alla salute e le sue declinazioni*

Il tema del diritto alla salute come diritto sociale, come diritto ad una prestazione sanitaria, è condizionato dalla necessaria interferenza tra la concreta attuazione del diritto fondamentale attraverso le prestazioni sanitarie e la gestione delle risorse pubbliche che coinvolge il delicato bilanciamento tra la garanzia dei diritti sociali e la gestione sostenibile delle risorse finanziarie.

La Corte Costituzionale, con sentenza del 21 dicembre 2016 n. 275²⁵, ha precisato che è “la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l’equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione”.

In particolare, il diritto alla salute nelle sue differenti declinazioni, inteso come diritto ad ottenere una prestazione sanitaria, rappresenta una posizione soggettiva la cui attuazione è particolarmente onerosa e si traduce nella pretesa ad una prestazione pubblica integrata dalla mediazione dell’azione amministrativa.

Tra i diritti sociali, quello alla salute è la posizione soggettiva che maggiormente implica il coinvolgimento attivo dei pubblici poteri per l’attuazione concreta della norma costituzionale.

Da una iniziale interpretazione che riteneva l’art. 32 Cost. una norma programmatica si è passati alla piena affermazione della precettività del diritto alla salute²⁶, sia come diritto dell’individuo al mantenimento e al miglioramento del proprio stato di benessere psico-fisico, sia come interesse della collettività alla protezione della salute.

Viene, quindi, in rilievo la posizione soggettiva individuabile nel diritto alla prestazione sanitaria, la quale deve tenere conto anche dello stato

²⁵ Con la sentenza n. 275 del 2016, la Corte costituzionale ha esaminato la questione di legittimità costituzionale promossa dal TAR Abruzzo avverso l’articolo 6, comma 2-*bis*, della legge della regione Abruzzo 15 dicembre 1978, n. 78 (Interventi per l’attuazione del diritto allo studio), aggiunto dall’articolo 88, comma 4, della legge della Regione Abruzzo 26 aprile 2004, n. 15 (Legge finanziaria regionale 2004), per violazione dell’articolo 10 Cost., in relazione all’articolo 24 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e dell’art. 38 Cost.

²⁶ Riguardo alle correlazioni fra organizzazione sanitaria e diritto alla salute C.E. GALLO, *Organizzazione sanitaria e diritto alla salute*, in C.E. GALLO, B. PEZZINI (a cura di), *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, 1998, 135 ss.; M. DUGATO, *Sussidiarietà e salute*, in *Sanità pubb. e priv.*, 2006, 7.

delle tecnologie e delle conoscenze scientifiche a disposizione, oltre che degli aspetti organizzativi di pertinenza dell'apparato amministrativo.

Ciò implica che il diritto alla salute nelle sue varie declinazioni si relazioni con l'esercizio del potere che contribuisce a enucleare le modalità con cui la prestazione sanitaria sarà resa.

I soggetti pubblici sono tenuti a rendere effettivo questo diritto o direttamente, tramite l'erogazione diretta di prestazioni, o indirettamente, regolando analoghe attività gestite da privati.

In tal senso, non può sottacersi come le politiche pubbliche in materia di assistenza socio-sanitaria negli ultimi anni abbiano affrontato il problema disponendo misure economiche, senza aver prima implementato percorsi inclusivi di trasformazione del sistema complessivo, non attenuando le disuguaglianze e non raggiungendo obiettivi di soddisfacimento dei reali bisogni della popolazione in condizione di emarginazione.

Già a metà del settecento era stato osservato da Montesquieu che l'elemosina fatta a un uomo per strada non è sufficiente ad adempiere gli obblighi dello Stato, che dovrebbe garantire ai cittadini "nutrimento, un abbigliamento decente e un genere di vita che non sia dannoso alla salute"²⁷.

La necessaria garanzia di tali livelli basilari di tutela della dignità della persona, prima che del suo stato di salute, consente di affermare come alla base delle politiche di cura delle fragilità debba esserci un capovolgimento degli obiettivi di intervento, imperniati non tanto sull'aumento delle risorse economiche nel settore, quanto sulla riduzione delle disuguaglianze.

Come osservato da M. Luciani "la tutela [dei diritti] deve essere sempre «sistemica e non frazionata in una serie di norme non coordinate ed in potenziale conflitto tra loro. Se così non fosse, si verificherebbe l'illimitata espansione di uno dei diritti, che diverrebbe «tiranno» nei confronti delle altre situazioni giuridiche costituzionalmente riconosciute e protette, che costituiscono, nel loro insieme, espressione della dignità *della persona*»"²⁸.

In tale prospettiva, la necessaria integralità della tutela dei diritti fondamentali deve assurgere ad una dimensione di sistema, alla quale l'intero ordinamento, se vuole abbracciare *uno actu* la cura della dignità della persona, deve essere orientato.

²⁷ C. L. DE MONTESQUIEU, *Lo spirito delle leggi*, Milano, II, 549.

²⁸ M. LUCIANI, *Generazioni future, distribuzione temporale della spesa pubblica e vincoli costituzionali*, op. cit.

La disamina che ci si propone riflette, pertanto, sugli strumenti di intervento di un'azione amministrativa innovatrice, fondata su uno Stato che utilizza la spesa come moltiplicatore di opportunità, basandosi su una valutazione integrata dei bisogni.

In tale ambito di assistenza sanitaria “dell'innovazione” trovano una collocazione centrale i modelli volti a sperimentare una cultura dell'assistenza domiciliare integrata per gli anziani e i fragili in condizioni di isolamento e a promuovere interventi assistenziali fondati su una idonea e cooperativa rete relazionale.

5. *L'interazione tra soggettività pubbliche e private per l'erogazione di prestazioni assistenziali. Il trend della giurisprudenza amministrativa*

Dall'analisi dei precedenti nodi problematici emerge la necessità di un intervento assistenziale pervasivo, fondato su una capillare relazione con gli operatori privati e il terzo settore e caratterizzabile come una rete territoriale di risposta ai bisogni essenziali.

Una visione integrata e l'attivazione di un sistema di cura mirato dovrebbero porsi, in tal senso, come intervento regolatorio *ex ante*, capace di recidere le cause storico- culturali e ambientali che hanno comportato le degenerazioni dell'attuale sistema assistenziale eccessivamente rigido e poco rispondente ai bisogni reali degli assistiti.

Al tempo stesso, tale approccio potrebbe configurarsi idoneo a individuare soluzioni concrete, a limitare le ricadute negative di approcci eccessivamente legati ad una cultura “formale” dell'assistenza istituzionalizzata ed arginarne gli effetti.

Il tema dell'interazione tra soggettività pubbliche e private per l'erogazione di prestazioni assistenziali appropriate assume, pertanto, rilievo e urgenza, alla luce dell'attuale contesto normativo e della complementarità tra strumenti tradizionali di assistenza e nuove tecnologie.

Studi di *risk assessment*, inoltre, hanno rivelato che una cospicua parte delle istituzionalizzazioni tramite inserimento in strutture di anziani e soggetti fragili, oltretutto soggetti oncologici in fase terminale sarebbero evitabili, ove si predisponesse un corretto apparato di cura domiciliare preventiva e una rete di assistenza idonea a evitare il deterioramento delle condizioni psico-fisiche di tali soggetti.

Un approccio di assistenza domiciliare tempestivo, professionale e accurato tenderebbe ad evitare il deterioramento dello stato di salute dei soggetti anziani e fragili, così rallentando o riducendo la necessità di internalizzazione.

La maggior parte degli interventi di istituzionalizzazione si riduce, infatti, a un'offerta di cura parziale che oblitera le esigenze del soggetto in condizioni di debolezza e non consente la necessaria personalizzazione del trattamento assistenziale e sanitario.

A tal fine, pare sufficiente richiamare gli allarmanti dati sui trattamenti sanitari obbligatori, disposti spesso non per effettiva necessità medica, quanto come necessità sociale, come *extrema ratio* per accelerare il processo di “messa in sicurezza” del soggetto fragile da un ambiente non sostenibile perché carente di appropriatezza assistenziale domiciliare e divenuto pressante sulle famiglie, ove non supportate adeguatamente dalla realtà territoriale.

L'auspicio, intravedibile nelle nuove linee di tendenza legislative, è nel tracciare un disegno assistenziale che viaggia in direzione inversa, ossia non dalla casa alla struttura, ma dalla struttura alla casa, come luogo di prevenzione di patologie (si pensi al deterioramento per abbandono e isolamento di determinate patologie psichiatriche o neurodegenerative) e come luogo di cura e di attenzione per la persona.

Con la recente sentenza 6 ottobre 2023, n. 8708, la Terza Sezione del Consiglio di Stato, riformando la sentenza di primo grado, è intervenuta sul tema dell'assistenza e dell'erogazione di prestazioni appropriate, sebbene con riferimento non a soggetti anziani, ma ad un soggetto in condizioni di disabilità e fragilità²⁹.

Si trattava, nel caso di specie, dell'istanza presentata in favore di un minore con autismo severo, tesa a ricevere, in via diretta o indiretta (tramite contributi), l'erogazione delle prestazioni inerenti all'intervento cognitivo comportamentale ABA, pervenendo alla conclusione della riconducibilità di tale trattamento nei LEA, attraverso l'interpretazione sia del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 (art. 60), sia delle Linee di indirizzo dell'Istituto Superiore di Sanità.

²⁹ La fattispecie afferisce ad un provvedimento dell'azienda sanitaria unica regionale, recante il rigetto dell'istanza, presentata dagli esercenti la potestà sul figlio minore, ai fini dell'erogazione di una terapia secondo i principi dell'*Applied behavior analysis* (ABA), ovvero l'analisi applicata del comportamento in regime domiciliare e nei contesti di vita per almeno 25 ore settimanali.

In tale caso è stata ricompresa nei LEA, attraverso il menzionato D.P.C.M., l'assistenza sociosanitaria con riferimento a disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, con particolare riguardo ai disturbi dello spettro autistico, venendo in considerazione prestazioni ad elevata integrazione socio-sanitaria, aventi una particolare rilevanza terapeutica e intensità.

L'aumento di attenzione per i fenomeni patologici e le malattie degenerative assume ulteriore rilievo e consente di porre le basi per il consolidamento, tramite le *partnerships* territoriali, di un nuovo sistema responsabile di protezione sociale, a misura dei bisogni delle persone più fragili.

Oltre al *trend* normativo è percepibile come la giurisprudenza amministrativa debba cooperare a rafforzare un quadro attuativo degli scenari di assistenza corrispondenti alle attuali istanze sociali.

Un delicato tema di cui si è occupato il giudice amministrativo è quello del trattamento ABA, l'erogazione di una terapia secondo i principi dell'*Applied Behavioral Analysis*, ovvero l'analisi applicata del comportamento in regime domiciliare e nei contesti di vita per almeno 25 ore settimanali.

Gli esempi indicati rendono comprensibile come la giurisdizione amministrativa sia in grado di incidere anche sul livello programmatico e, quindi, indirettamente, sulle modalità con cui saranno rese le prestazioni sanitarie ai cittadini.

Si pensi anche, a titolo di esempio, alla giurisprudenza formatasi sui ricorsi promossi dalle strutture private accreditate e contrattualizzate avverso gli atti generali di riorganizzazione del percorso diagnostico per il trattamento di varie tipologie di tumori, attraverso la individuazione di centri specialistici per l'attuazione di tali percorsi diagnostici.

La logica sottesa è quella della riduzione del numero di strutture attraverso la creazione di centri di specializzazione che garantiscano la presa in carico integrata dei pazienti.

La giurisdizione del giudice amministrativo in ordine alla tutela dei diritti fondamentali, in generale, e del diritto alle prestazioni sanitarie, in particolare, contribuisce, oggi, a realizzare il disegno delineato a livello normativo e teso ad un'integrazione assistenziale domiciliare³⁰.

³⁰ G. DE GIORGI CEZZI, *Differenziazione e livelli essenziali delle prestazioni* in G. CORSO, F. G. SCOCA, A. RUGGERI, G. VERDE (a cura di) *Scritti in onore di Maria Immordino*, Napoli, 2022; L. GIANI, *Amministrazione e processi inclusivi. Spunti di riflessione per una cultura della rete*

6. *I modelli di intelligenza artificiale in sanità e l'evoluzione dell'assistenza domiciliare. Stato dell'arte e prospettive de iure condendo*

Dalla rassegna legislativa e dal quadro offerto sulle politiche assistenziali a livello territoriale risulta la notevole varietà del sistema, nonché la sua complessità.

Ciò appare il risultato, oltre che dello stratificarsi degli interventi legislativi, anche delle differenti interpretazioni fornite a livello territoriale.

L'assistenza domiciliare integrata, così come è oggi erogata, riguarda quasi esclusivamente la bassa intensità di cura³¹. Le Regioni erogano a livello domiciliare quasi esclusivamente assistenza di bassa intensità. *Ne risulta che una persona con malattia cronica e non autosufficiente per poter rimanere nel "primo luogo di cura", la casa, deve rinunciare a buona parte del protocollo terapeutico.*

Il principale problema da affrontare consiste, quindi, nell'evitare che l'opzione della permanenza presso la propria abitazione comporti una rinuncia all'effettività del proprio diritto alla salute.

Tale prospettiva, ove sposata, implica una accentuata valorizzazione dell'assistenza sanitaria domiciliare nell'ambito dei Livelli essenziali delle prestazioni.

Il secondo problema attiene alle modalità con cui l'assistenza domiciliare erogata dal servizio sanitario si concretizza, quanto a prestazioni

dei servizi alla persona in G. CORSO, F. G. SCOCA, A. RUGGERI, G. VERDE (a cura di) *Scritti in onore di Maria Immordino*, Napoli, 2022. Si v. A. PIOGGIA, *Cura e pubblica amministrazione*, Bologna, 2024; M.A. SANDULLI, N. POSTERARO (a cura di), *L'assistenza domiciliare integrata. Esperienze, problemi e prospettive*, atti del webinar del 18 ottobre 2020, Napoli, 2021; F. SAITTA, *Il servizio sanitario nazionale: punti fermi e prospettive evolutive* in *Nuove Autonomie* n. 1-2/2024, 79 ss..

³¹ Si v. l'accurata analisi di A. PIOGGIA, *Effettività del diritto alla salute e assistenza sanitaria domiciliare*, Relazione al convegno del 15 novembre 2021 ADNA. Si v. documento "Sostenibilità del S.S.N." redatto dalla Commissione Igiene e sanità del Senato nel 2018, secondo cui l'Italia è il paese dell'area OCSE con la più elevata percentuale di familiari che prestano assistenza a persone anziane o disabili. Tale sistema determina notevoli sperequazioni economico-sociali, a detrimento del diritto alla tutela della salute e a un trattamento sanitario conforme alle esigenze dei singoli soggetti. Dal Rapporto Censis 2017 è ricavabile che ben il 51,4% delle famiglie con una persona non autosufficiente ha affrontato spese sanitarie gravose e dalla relazione della Corte dei Conti sul Fondo per le non autosufficienze (2007 -2015) emergono forti disuguaglianze territoriali e un'estrema eterogeneità nella diffusione dei servizi. Le conseguenze sulla rete familiare non sono però solo economiche, ma di effettivo coordinamento con l'attività lavorativa. Il fondo per la non autosufficienza, destinato alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza sociosanitaria, lascia del tutto intatte le disuguaglianze di salute e incide in maniera disforme sul resto.

mediche e al servizio infermieristico, con conseguente incombenza del peso assistenziale sulle famiglie.

Occorre, pertanto, ripartire dal diritto alla cura “integrale” della persona per costruire “un servizio che sia in condizioni di realizzare quanto necessario a soddisfarlo nel quadro costituzionale, senza produrre, come oggi avviene, ineffettività e *diseguaglianze*”³².

Per costruire un percorso rispettoso della dignità *delle persone non autosufficienti curate al proprio domicilio* è necessario considerare una nozione estesa³³ di benessere, quale aspetto centrale e incompressibile della salute stessa, in cui sono ricomprese una serialità di prestazioni che esulano dalla singola prestazione terapeutica e si integrano in un contesto di complessiva presa in carico.

In questa direzione è auspicabile immaginare un intervento assistenziale a piena tutela dei soggetti assistiti a domicilio.

Obiettivo, in senso lato, dovrà essere quello di garantire alle persone non autosufficienti percorsi assistenziali domiciliari costituiti dall’insieme organizzato dei trattamenti, necessari non solo a stabilizzare il quadro clinico, ma anche ad evitare la degenerazione delle patologie e il declino cognitivo e funzionale.

La prospettiva che si intravede, a seguito dell’osservazione delle evoluzioni dell’attuale quadro giuridico- sociale, è una prospettiva di localizzazione degli investimenti, al fine di collaudare un sistema di cura dell’anziano o del soggetto fragile in un contesto domiciliare.

Un terzo aspetto di tali modelli di assistenza “delocalizzata” dalla struttura implica la complementarità fra diritto, economia e tecnologie informatiche che permea in profondità i sistemi di cura, accentuando il carattere trasversale dei profili sui quali essi impattano.

Gli strumenti informatici, infatti, sono ormai concepiti in termini non solo di mero supporto all’attività di assistenza dei pazienti, ma di cura *stricto sensu* e, in tal senso, suggeriscono un ripensamento dell’impianto organizzativo del sistema sanitario³⁴.

³² A. PIOGGIA, *Effettività del diritto alla salute e assistenza sanitaria domiciliare*, Relazione al convegno del 15 novembre 2021 ADNA.

³³ Nella nozione complessiva occorre far riferimento anche all’igiene personale, alla somministrazione di farmaci, ai servizi di nutrizione e idratazione, ai controlli, alle disinfezioni e alla considerazione dello stato complessivo della persona.

³⁴ A. PIOGGIA, *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Dir. pubbl.*, 2020, 385 ss..

Tale impostazione consente di delineare una sorta di sistema assistenzialistico decentrato e una canalizzazione delle risorse che, agendo a monte dello svilupparsi di determinate patologie da isolamento, realizzi, proprio mediante l'inclusione, un contenimento della gestione successiva di tali fenomeni, con riduzione della congestione di ipotesi di ospedalizzazione e dell'utilizzo di Rssa.

L'approccio alla telemedicina in chiave di sostegno e di integrazione rispetto alla sanità tradizionale si accosta ad essa quale strumento attraverso il quale si declina il diritto alla salute.

Il nucleo del sistema di assistenza prefigurato emerge da una visione volta a unificare le attività di assistenza prestate a vario titolo da diversi soggetti.

Gli interventi da adottare nei singoli casi, modulati secondo l'intensità del bisogno dell'assistito, definiscono, altresì, le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione.

Il contrasto all'istituzionalizzazione dei soggetti non autosufficienti può essere efficacemente perseguita, pertanto, innovando i tradizionali assetti organizzativi con l'introduzione di modelli flessibili e a rete, capaci di valorizzare l'apporto di molteplici attori istituzionali, pubblici e privati³⁵ e degli stessi fruitori del servizio.

La complessità *che caratterizza la non auto-sufficienza richiede*, infatti, la capacità di attivare gli interventi personalizzati che un contesto integrato domiciliare e comunitario è in grado di esprimere.

L'adozione di tali modelli si scontra, tuttavia, con la diffusione e il radicamento di modelli rigidamente impostati e definiti, strutturati su rapporti interorganizzativi consolidati.

³⁵ G.U. RESCIGNO, *Principio di sussidiarietà orizzontale e diritti sociali*, in *Dir. pubbl.*, 2001, 550 ss.; G. Pastori, *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in *Dir. pubbl.*, 2002, 85 ss.; A. Alabanese, *Il principio di sussidiarietà orizzontale: autonomia sociale e compiti pubblici*, in *Dir. pubbl.*, 2002, 51 ss.; M. CONTICELLI, *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Milano, 2012. Secondo A. ROMANO TASSONE, *Sussidiarietà "orizzontale" e tutela della salute*, in *Sanità pubbl. e priv.*, 2003, 639 ss.. L'ingresso del privato nell'ambito dell'organizzazione pubblica è espressione evolutiva della stessa funzione amministrativa e va nella direzione della valorizzazione della collaborazione degli utenti e dei consumatori dei servizi, nell'ambito di una tendenza alla pariordinazione pubblico-privato.

In tal senso, buona parte della sfida alla de-istituzionalizzazione e all'innovazione rende necessario investire con specifiche iniziative formative, ma anche con percorsi di valutazione delle esperienze, finalizzati a valorizzare modelli relazionali di cooperazione tra attori istituzionali e soggetti privati³⁶.

L'affermazione di un nuovo approccio *risk-based* all'assistenza territoriale richiede, pertanto, la convergenza di organizzazioni e connettori di risorse, capaci di integrazione in base ai bisogni dell'utenza.

Abstract

Nell'attuale sistema sociale, l'assenza di un'ideale rete di protezione familiare e sanitaria è tale da far scivolare i soggetti sforniti di un'adeguata protezione in una condizione di povertà assistenziale. Ciò pone, con urgenza, la necessità di nuovi scenari di assistenza. L'idea è quella di promuovere e sperimentare una cultura dell'assistenza domiciliare integrata dell'anziano e del soggetto fragile in condizione di isolamento, grazie all'ausilio delle nuove tecnologie, al fine di conservare l'appartenenza identitaria del soggetto e di agevolare la diffusività di interventi di assistenza territoriale. In tal senso, lo studio si propone di analizzare modelli socio-giuridici che, sulla base di interazioni partenariali pubblico – privato, consentano l'evoluzione verso una progressiva sostituzione della cura presso strutture ospedaliere e paraospedaliere con la cura domiciliare integrata da soggetti competenti presenti sul territorio. L'analisi si fonda su una regolamentazione dei rapporti pubblico – privato e sul coinvolgimento della cittadinanza nella promozione di interventi di assistenza territoriale e si propone di supportare l'implementazione di tali modelli di integrazione della popolazione anche con studi di *risk assessment* per governare l'esposizione al rischio e consentire la regolazione dello stesso a fronte dei differenti modelli di intervento assistenziale.

³⁶ F. LUCARELLI, *Diritto privato e diritto pubblico tra solidarietà e sussidiarietà*, Esi, 2008.

Health - Innovate to prevent. Home as first place of care

In the current social system, the absence of an adequate family and health protection network is such that individuals without adequate protection slip into a state of welfare-dependent poverty. This urgently raises the need for new assistance scenarios. The demographic decline and the increase of an ageing population urgently pose problems with regard to new care scenarios. The idea is to promote and experiment with a culture of integrated home care for the elderly and the frail in an isolated condition, with the help of new technologies, in order to preserve the identity of the subject and to facilitate the diffusion of territorial care interventions. In this sense, the study proposes to analyse socio-legal models which, on the basis of public-private partnership interactions, allow the evolution towards a gradual replacement of care in hospices and para-hospices with home care integrated by competent subjects on the territory. The analysis is based on a regulation of public-private relations and on the involvement of citizenship in the promotion of territorial care measures and aims to support the implementation of these socio-juridical models for the integration of the population also with risk assessment studies in order to govern risk exposure and to enable risk regulation in the face of the different care intervention models.