

FRANCESCO MERENDA\*

## Le regioni e le politiche sanitarie nell'attuazione del Pnrr: il caso dell'assistenza domiciliare integrata\*\*

ABSTRACT (EN): Integrated home care is one of the main components of Mission 6 of the NRRP. The regions and local health authorities play a leading role in this complex activity, but the provision of services is characterised by many differences, such as the providers (public, private or third sector), the level of social and health integration, the link with other home care services, training and transparency. A preliminary analysis of the new regional models reveals elements that call for reflection on the level of uniformity and differentiation that emerges.

ABSTRACT (IT): L'assistenza domiciliare integrata costituisce una delle principali componenti della Missione 6 del PNRR. Le regioni e le aziende sanitarie territoriali rivestono un ruolo di primo piano in questa complessa attività, ma l'erogazione delle prestazioni presenta alcune peculiarità, quali i soggetti che le forniscono (pubblici, privati o del terzo settore), il livello di integrazione sociosanitaria, il collegamento con gli altri servizi di cure domiciliari, la formazione e la trasparenza. Un'analisi preliminare dei nuovi modelli regionali evidenzia elementi che invitano a una riflessione in merito al livello di uniformità e differenziazione che emerge.

SOMMARIO: 1. Regioni, PNRR e nuova sanità territoriale. Il contesto nel quale si inserisce la riforma dell'assistenza domiciliare integrata (ADI). – 2. Cure domiciliari nelle regioni italiane: un breve excursus – 3. I nuovi modelli regionali di assistenza domiciliare integrata: tra attività amministrativa ulteriore e produzione normativa di mero recepimento. – 4. L'ADI: un ulteriore (e necessario) tentativo per promuovere l'integrazione sociosanitaria. – 5. Trasparenza, tariffe e formazione nella prospettiva della qualità del servizio. – 6. Prospettive e problemi emergenti dalle politiche regionali dell'ADI.

### 1. Regioni, PNRR e nuova sanità territoriale. Il contesto nel quale si inserisce la riforma dell'assistenza domiciliare integrata (ADI)

Il settore sanitario<sup>1</sup> rappresenta una componente fondamentale delle riforme amministrative italiane<sup>2</sup> dal secondo dopoguerra fino ai giorni nostri. A partire dagli anni Settanta, lo Stato e le Regioni si sono reciprocamente avvicinati, per dirla con le parole di M. S. Giannini,

---

\* Assegnista di ricerca in Diritto Amministrativo – Università degli Studi di Perugia.

\*\* Articolo sottoposto a referaggio.

<sup>1</sup> N. AICARDI, *La sanità*, in S. CASSESE (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo*, Giuffrè, Milano, 2003.

<sup>2</sup> F. DI MASCIO, A. NATALINI, *Le teorie del cambiamento amministrativo tra paradigmi e modelli. Il caso delle riforme amministrative in Italia*, in *Rivista Trimestrale di Scienza dell'Amministrazione*, n. 1, 2024; S. CASSESE, *La riforma amministrativa nel quadro della riforma istituzionale*, in *Il Foro Italiano*, vol. 115, n. 5, 1993, pp. 253-254.

nell'attività di interessi pubblici a funzioni ripartite<sup>3</sup>, tra le quali rientra appunto il settore sanitario.

Un'analisi approfondita dell'evoluzione del sistema sanitario rivela come, e in quale misura, la «cura della sanità<sup>4</sup>» nel settore pubblico abbia storicamente anticipato e influenzato le tendenze centraliste e decentraliste nell'organizzazione delle istituzioni statali, soprattutto quelle emerse nel contesto del dibattito sul federalismo<sup>5</sup> e sulla riforma della Costituzione<sup>6</sup>.

Il disegno organizzativo originario del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), delineato con la legge n. 833 del 1978 (*“Istituzione del servizio sanitario nazionale”*), stabiliva una serie di funzioni di indirizzo e coordinamento per le regioni, senza tuttavia attribuire loro un ruolo preminente. Il punto di svolta si è verificato con l'avvio del processo di regionalizzazione, che ha raggiunto il suo apice con l'approvazione della legge Costituzionale n. 3 del 2001, grazie alla quale è stato effettivamente conferito alle regioni un ruolo di fondamentale importanza nel settore sanitario<sup>7</sup>, nonostante la successiva emersione di ostacoli e di diversi, forse tanti, fattori di complessità<sup>8</sup>.

L'adozione delle politiche di regionalizzazione del governo del servizio<sup>9</sup>, insieme all'aziendalizzazione e alla privatizzazione, ha assunto la funzione di pilastro fondamentale nella riforma Amato-De Lorenzo del 1992, assetto che è stato poi riconfermato dalla riforma Bindi del 1999<sup>10</sup>. In sintesi, il regionalismo differenziato<sup>11</sup> in ambito sanitario<sup>12</sup> rappresenta il presupposto teorico su cui si fonda la presente analisi.

Uno snodo fondamentale della politica sanitaria regionale, nonché tratto identificativo del sistema italiano di salute pubblica stesso, consiste nell'erogazione delle prestazioni e dei servizi nell'ambito di quella che viene definita la sanità territoriale, che è essenzialmente organizzata in cure domiciliari residenziali e semiresidenziali e le cure domiciliari integrate di I, II e III livello.

<sup>3</sup> M. S. GIANNINI, *Rapporto sui principali problemi dell'amministrazione dello Stato*, in *Il Foro Italiano*, vol. 102, 1979, p. 306.

<sup>4</sup> Espressione già impiegata nelle trattazioni di diritto amministrativo italiano del primo Novecento, si veda S. ROMANO, *Principii di diritto amministrativo italiano*, Società editrice libraria, Milano, 1912, p. 14.

<sup>5</sup> L. VANDELLI, *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti nelle regioni*, Il Mulino, Bologna, 2012.

<sup>6</sup> Così F. MAINO, *La regionalizzazione della sanità italiana negli anni Novanta*, *Il Politico*, vol. 64, n. 4, 1999, p. 583.

<sup>7</sup> Cfr. A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Giappichelli Editore, Torino, 2018; F. MAINO, *La politica sanitaria*, Il Mulino, Bologna, 2001; R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale. Manuale di diritto sanitario*, Il Mulino, Bologna, 2013, pp. 13-87.

<sup>8</sup> Cfr. L. VIOLINI, *Salute, sanità e Regioni: un quadro di crescente complessità tecnica, politica e finanziaria*, in *Le Regioni*, n. 43, 2015, pp. 1019-1030.

<sup>9</sup> In tal senso, G. PASTORI, *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in *Diritto Pubblico*, 1, 2002, p. 89.

<sup>10</sup> F. TARONI, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in *Corti supreme e salute*, n. 3, 2018, pp. 539-558.

<sup>11</sup> Diffusamente sul tema E. CARLONI, *Lo Stato differenziato. Contributo allo studio dei principi di uniformità e differenziazione*, Giappichelli, Torino, 2004.

<sup>12</sup> R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, n. 2, 2019; R. BIFULCO, M. CECCHETTI, *Le attuali prospettive di attuazione dell'art. 116, comma 3, della Costituzione: una ipotesi di intesa nella materia «tutela dell'ambiente e dell'ecosistema»*, in *Le Regioni*, n. 4, 2017, pp. 757 ss. G. TARLI BARBIERI, *Alcune osservazioni sparse sull'equità nella salute e nei servizi sanitari*, in *Corti supreme e salute*, n. 1, 2022, pp. 299-315; G. M. SALERNO, *L'autonomia differenziata nell'evoluzione del regionalismo: da problema a prospettiva costituzionale*, in *Rivista giuridica del Mezzogiorno*, vol. 37, n. 4, 2023, pp. 979-986.

Le riforme in campo sanitario hanno assegnato alle regioni le seguenti capacità: regolazione, programmazione, governo e controllo del sistema sanitario regionale. Inoltre, le regioni sono chiamate ad attuare i livelli essenziali delle prestazioni (art. 117, lett. m Cost.), attraverso le loro aziende sanitarie. Il ruolo delle suddette è stato progressivamente incrementato, sino a divenire i principali artefici della relazione di cura dei bisogni dei cittadini, garantendo servizi e assistenze di vario tipo. Proprio questa funzione di vicinanza, sancita sia a livello nazionale (per es. l'art. 118.2 Cost.) che europeo (art. 3 del TFUE), legittima lo svolgimento delle attività di assistenza territoriale, necessaria alla presa in carico e alla erogazione delle relative prestazioni. Chiaramente, le aziende sanitarie italiane hanno subito diverse modifiche, parallelamente alle succitate riforme sanitarie<sup>13</sup>, con la conseguenza che le cure domiciliari sono state caratterizzate da un impianto organizzativo frammentato.

Nell'attuale contesto sociosanitario, l'assistenza domiciliare integrata (ADI) rappresenta una delle sfide più complesse e rilevanti, soprattutto in seguito all'adozione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza<sup>14</sup> (d'ora in poi PNRR). Questo intervento ha dimostrato un notevole valore, in quanto ha contribuito a riposizionare la tutela della salute<sup>15</sup> all'interno di una cornice normativa che, traendo ispirazione dal dettato della nostra Costituzione, promuove e investe su una dimensione di sussidiarietà verticale, dove la cura delle persone ha inizio dal proprio domicilio.

Il Piano italiano stabilisce importanti cambiamenti nell'organizzazione del sistema sanitario nazionale, compreso un sostanziale riassetto dell'assistenza territoriale.

Seppur il nuovo modello sanitario sembra essere allineato con la corrente tendenza dell'organizzazione sanitaria italiana, la riforma comporta un livello di standardizzazione dei sistemi sanitari regionali che suscita non poche perplessità e riflessioni in ordine alla reale implementazione delle finalità e della ratio che ha guidato la suddetta riforma.

La Missione 6 salute (M6), a sua volta suddivisa in due sub investimenti<sup>16</sup>, ha destinato una cospicua somma di finanziamenti per il potenziamento delle reti territoriali – sia dal punto di vista del personale che di strumenti e strutture – con la finalità di ridurre in modo significativo il divario sanitario esistente a livello regionale, pur rispettando le peculiarità organizzative di

---

<sup>13</sup> In merito a ciò, si vedano R. BALDUZZI, *Cinque anni di legislazione sanitaria decentrata: varietà e coesione di un sistema nazionale-regionale*, in *Le Regioni*, n. 5, 2005, pp. 717-742; E. D. FRAGALE, *La dirigenza delle aziende sanitarie dopo la cd riforma Balduzzi*, in *Le Istituzioni del Federalismo*, n. 2, 2013, pp. 551-582; D. MORANA, *I decreti del 2012 tra le riforme della Riforma sanitaria*, in *Corti supreme e salute*, n. 3, 2018, pp. 1-18.

<sup>14</sup> A. PIOGGIA, *La sanità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, in *Giornale di diritto amministrativo*, n. 2, 2022, pp. 165-173; D. CALDIROLA, *Welfare comunitario e Case della Comunità: dal PNRR alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale*, in *JUS*, n. 5, 2022, pp. 161-193; L. BUSATTA, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in *Federalismi*, n. 26, 2023, pp. 18-39.

<sup>15</sup> Su tutti si veda F.G. CUTTAIA, *Il recupero della centralità del diritto alla salute*, Giappichelli, Torino, 2022, p. 118 ss.

<sup>16</sup> M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale Case della Comunità e presa in carico della persona; Casa come primo luogo di cura e telemedicina: Casa come primo luogo di cura (ADI); Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT); Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici, M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario; Aggiornamento tecnologico e digitale; Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico; Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

ognuna di esse<sup>17</sup>. In linea con tali obiettivi, si intende ridurre la pressione sulle strutture ospedaliere al fine di conseguire due risultati: da un lato, incrementare la capacità degli ospedali di rispondere prontamente ai bisogni di maggiore intensità e, dall'altro lato, generare un risparmio diffuso delle risorse.

A livello europeo, la Commissione ha avviato una serie di interventi volti a potenziare la *long-term care* nei sistemi sanitari nazionali. In particolare, l'assistenza domiciliare per le persone in stato di bisogno di cure a lungo termine è indicata come uno dei 20 principi dello "*European Pillar of Social Rights Action Plan*"<sup>18</sup>, ossia un piano d'azione che mira al rafforzamento dei diritti sociali attraverso il riconoscimento di alcuni principi, tra cui l'assistenza domiciliare è riconosciuta come parte integrante delle cure a lungo termine (*principio 18*).

Nel 2022, il Consiglio ha adottato una raccomandazione sull'assistenza a lungo termine<sup>19</sup> contenente una serie di indicazioni rivolte a tutti i soggetti coinvolti nell'attività di cura. Il presente documento si sofferma con particolare attenzione sui nodi problematici che caratterizzano tale ambito, tra cui l'integrazione socio-sanitaria, la discontinuità delle cure nel periodo post-dimissione, il divario di genere nell'assistenza prestata dai caregiver, i costi e la qualità del servizio.

L'attenzione verso le politiche rivolte alle persone anziane e non autosufficienti è riscontrabile anche a livello internazionale, in linea con l'approccio «*One Health*»<sup>20</sup> e l'Agenda Onu per lo sviluppo sostenibile del 2030. In tale prospettiva, emerge con chiarezza la necessità di potenziare l'assistenza territoriale per superare le limitazioni e la difficile sostenibilità dell'assistenza sanitaria dei Paesi e per rispondere ai crescenti bisogni della fascia di popolazione anziana, che secondo le proiezioni demografiche è destinata a incrementare significativamente nei prossimi decenni<sup>21</sup>.

Le disuguaglianze presenti tra le regioni italiane, in particolar modo nel settore della sanità, richiamano la complessa questione del federalismo competitivo. Questo modello, che non è mai stato supportato da adeguati contrappesi di tipo cooperativo<sup>22</sup>, si è sviluppato come diretta conseguenza dei diversi percorsi organizzativi delineati dalle riforme.

La questione delle disparità rappresenta, tuttavia, un punto focale nella ratio del PNRR, in cui il superamento delle disimmetrie regionali costituisce un obiettivo che abbraccia tutte le aree, gli investimenti e le misure del dispositivo, nel tentativo di affrontare le disuguaglianze economico-sociali che permeano l'intero territorio nazionale<sup>23</sup>.

<sup>17</sup> In tal senso si veda G. RAZZANO, *Equità e integrazione: due principi chiave per un nuovo piano sanitario nazionale. Oltre la "missione salute" del PNRR*, in *Rivista AIC*, n. 4, 2024, pp. 49-66.

<sup>18</sup> <https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/en/>.

<sup>19</sup> Council Recommendation of 8 December 2022 on access to affordable high-quality long-term care 2022/C 476/01.

<sup>20</sup> Diffusamente sul tema si veda F. APERIO BELLA (a cura di), *One health: la tutela della salute oltre i confini nazionali e disciplinari*, I report del CesDirSan, Editoriale scientifica, Napoli, 2022.

<sup>21</sup> Cfr. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *The growing need for home health care for the elderly*, 2015.

<sup>22</sup> M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m della Costituzione)*, in *Politica del diritto*, n. 33, vol. 3, 2002, pp. 345-360.

<sup>23</sup> Sul binomio "disuguaglianze-disimmetrie territoriali" è interessante l'analisi rinvenibile in A. SCIORTINO, *L'impatto del PNRR sulle disuguaglianze territoriali: note introduttive*, in *Rivista AIC*, n. 3, 2022.

Sebbene si faccia riferimento a una fase di implementazione iniziale, dalle attuali politiche regionali ADI si delinea un quadro che sembra confermare la frammentazione delle strategie organizzative adottate, ma anche la diversa capacità di risposta ai bisogni di cura domiciliare delle persone over 65. Ciononostante, emergono alcuni elementi che si pongono come ricorrenti e che possono fornire indicazioni utili per la comprensione di questo tipo di prestazione sanitaria e sullo stato di avanzamento a livello regionale.

In considerazione delle riforme attualmente in corso, il ruolo delle Regioni non può e non deve essere limitato alla mera attuazione delle misure di tutela della salute, che si sostanzia principalmente nella potestà legislativa concorrente stabilita dalla Costituzione, dai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e più volte ribadita dalla Corte costituzionale<sup>24</sup>. Le regioni, in virtù del loro ruolo di principali artefici del cambiamento, sono tenute a garantire un sostanziale miglioramento del sistema sanitario territoriale, al fine di assicurare l'uguaglianza sostanziale delle persone attraverso mezzi, processi e risorse a loro disposizione.

È fondamentale ricordare che tale cambiamento concorre alla piena attuazione dell'articolo 32 della Costituzione Italiana. È infatti l'appropriatezza<sup>25</sup> delle prestazioni sanitarie che dovrebbe essere orientata ai bisogni delle persone attraverso un'attenta valutazione della qualità, l'efficacia e l'adeguatezza della cura: è proprio questo approccio che pone le regioni nelle giuste condizioni di non limitarsi a realizzare la riorganizzazione dell'ADI, bensì a garantire l'effettiva realizzazione della tutela costituzionale della salute pubblica.

L'assistenza domiciliare integrata rappresenta, pertanto, un'opportunità e una sfida, ma anche un potenziale rischio per il futuro della sanità regionale e, di conseguenza, per l'intero Paese.

La continuità delle cure rappresenta una necessità che deve essere intesa non solo come strumento per ridurre la pressione sulle strutture ospedaliere, come dimostrato dalla pandemia da SARS-CoV-2, ma anche come un mezzo per garantire un più ampio accesso ai diritti per le persone non autosufficienti e anziane, garantendo loro pari dignità rispetto alle altre cittadine e ai cittadini della Repubblica Italiana.

Il tema della cura e della fragilità nella società italiana<sup>26</sup> emerge come un argomento di fondamentale importanza, che impone anche alle regioni, in quanto elemento costitutivo del dell'assetto repubblicano, di operare una sintesi equilibrata tra uniformità e differenziazione dei modelli, al fine di superare le sfide operative e garantire efficacemente una più ampia tutela dei diritti in una fase, come quella attuale, di portata epocale.

Sulla base di quanto detto, nelle pagine che seguono si intende riflettere se e in che misura i nuovi modelli regionali ADI riflettano la tensione "unità-frammentazione" nell'impiego delle

---

<sup>24</sup> CORTE COST., sent. 282 del 2002.

<sup>25</sup> La relazione tra il concetto di appropriatezza e la tutela della salute viene esaminato in D. MORANA, *L'appropriatezza quale oggetto di valutazioni tecnico-scientifiche nel sistema di riparto delle competenze fra Stato e regioni*, in *Corti supreme e salute*, n. 1, 2024.

<sup>26</sup> P. MACCHIA, *Cura e fragilità nell'Italia contemporanea*, in R. FERRARA et al. (a cura di), *Cura e fragilità nell'Italia contemporanea. Diritti e doveri di cittadinanza: prospettive di sostenibilità*, Università di Torino, Dipartimento di Giurisprudenza, 2024, pp. 145-160. Sul concetto di cura nell'ambito della pubblica amministrazione, si veda A. PIOGGIA, *Cura e pubblica amministrazione. Come il pensiero femminista può cambiare in meglio le nostre amministrazioni*, Il Mulino, Bologna, 2024.

risorse in questione e, inoltre, la modalità organizzativa concreta del servizio (per es. la scelta di affidare o delegare dette funzioni a soggetti privati<sup>27</sup>). Inoltre, sebbene non ampiamente, si desidera sottolineare il tipo di coinvolgimento che, in alcuni contesti regionali, sta iniziando a diffondersi: il contributo degli enti del terzo settore nella realizzazione di servizi e prestazioni sanitarie. È doveroso menzionare che alcune regioni italiane, sebbene in ambiti non correlati all'ADI, hanno intrapreso iniziative sperimentali volte a promuovere l'inclusione di questa parte di comunità che, soprattutto alla luce delle ultime sopravvenienze legislative (Codice del terzo settore<sup>28</sup>) e le prevalenti interpretazioni dottrinali<sup>29</sup>, è ritenuta a tutti gli effetti una componente con pari dignità delle altre due (Stato e mercato).

Non solo, altre due importanti chiavi di lettura per comprendere la nuova dimensione di questo servizio coincidono con alcuni elementi centrali nella riforma del 2021: il grado di integrazione sociosanitaria e l'impiego delle risorse e la gestione delle tariffe.

Per quanto riguarda il primo elemento, ovvero l'integrazione socio-sanitaria<sup>30</sup>, trattasi di una tematica risalente che rappresenta, sin dai tempi del noto disegno di legge dell'allora Ministro C. Donat Cattin, uno degli obiettivi principali degli interventi di politica sanitaria nazionale, e in parte già implementata in alcune regioni<sup>31</sup>, ma che oggi ha assunto il valore di obiettivo a carattere imperativo a causa sia delle disfunzioni scaturite dalle strategie sanitarie degli ultimi decenni e, soprattutto, sia della riduzione generale delle risorse destinate alla sanità, che richiede paradigmi di intervento sanitario razionalizzati e cooperativi. La frammentazione dei servizi essenziali, in particolare quelli relativi alle cure domiciliari, rende indispensabile un intervento coordinato tra i vari servizi coinvolti nella presa in carico di un paziente non autosufficiente. Tale questione non è passata inosservata neppure al giudice amministrativo italiano, il quale ha esplicitamente affermato che la suddivisione delle prestazioni può compromettere la salute dei pazienti, che necessitano di cure coordinate per fronteggiare specifiche patologie<sup>32</sup>.

Questo aspetto è cruciale nella progettazione delle reti di servizi essenziali per l'aumento della presa in carico delle persone bisognose di assistenza specialistica, che nel caso della non autosufficienza e della popolazione anziana over 65 è previsto come intervento non più

---

<sup>27</sup> In merito a ciò, si veda G. PASTORI, *Pubblico e privato nella sanità e nella assistenza*, in *Sanità Pubblica*, 2002.

<sup>28</sup> D.lgs. 3 luglio 2017, n. 117 recante "Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106".

<sup>29</sup> L. GORI, *Terzo settore e Costituzione*, Giappichelli, Torino, 2022, P. DONATI, *Che cos'è il terzo settore: cultura, normatività, ruolo societario*, in P. DONATI (a cura di), *Sociologia del terzo settore*, Roma, 1996; D. PALAZZO, *Pubblico e privato nell'attività di interesse generale. Terzo settore e amministrazione condivisa*, Giappichelli, Torino, 2022.

<sup>30</sup> Diffusamente sul tema si veda C. BUZZACCHI, S. LA PORTA, *L'integrazione sociosanitaria e il diritto delle Regioni*, Giappichelli, Torino, 2022.

<sup>31</sup> Piano sociosanitario regionale 2019-2023 approvato dalla Giunta della Regione Veneto n. 13/DDDL del 28 maggio 2018, p. 43. Si vedano anche i casi di coinvolgimento del Terzo settore nell'ambito delle Case della comunità in Emilia-Romagna, in particolare nell'area di Piacenza. Ciò si evince bene in G. COSTA, F. DE LUCA, *Il ruolo delle associazioni di volontariato nelle Case della Salute e nelle Case di Comunità: un approfondimento empirico*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, vol. 46, n.1, 2023, pp. 101-118.

<sup>32</sup> Sul tema si veda in TAR Basilicata, 3 maggio 2022, n. 336.

rinviable<sup>33</sup>. Quest'ultimo campo rappresenta uno dei principali ambiti di interventi nel segno dell'unitarietà, dacché l'assistenza alle persone anziane non autosufficienti è stata caratterizzata da un particolare grado di frammentazione (politiche sociali, sanitarie e prestazioni monetarie INPS)<sup>34</sup>.

Lo sviluppo congiunto delle missioni 5 e 6 del PNRR è dunque un obiettivo la cui attuazione chiama in primo luogo le regioni a farsi promotrici di azioni e misure volte, non solo al recepimento e all'attuazione delle misure del Piano, ma ad individuare soluzioni organizzative ulteriori e confacenti ai contesti dei propri sistemi sanitari regionali.

In questo senso, l'istituzione del Sistema nazionale per la popolazione anziana e non autosufficiente (SNAA), introdotto dalla Legge Delega n. 33/2023<sup>35</sup>, rappresenta una misura che potrebbe favorire la creazione di una governance a livello nazionale delle politiche per le persone anziane, nonché l'integrazione tra l'assistenza domiciliare integrata e il servizio di assistenza alla persona (SAD).

Sul versante economico-finanziario, oltre all'ormai tendenza di disinvestimento crescente nel settore, attualmente pesano quei fondi che, sebbene assegnati, non sono stati ancora impiegati per mancanza di scelte politiche. Il quadro tracciato dalla legge sul federalismo fiscale del 2009, che ha individuato nella materia sanità uno dei centri di spesa essenziali delle regioni per il soddisfacimento dei diritti sociali, si è infatti contraddistinta per una pressoché totale assenza dell'attuazione del modello di finanziamento delle funzioni delle autonomie territoriali<sup>36</sup>. Di recente, la Corte<sup>37</sup> si è espressa relativamente alla questione dell'equilibrio tra le regioni e la spesa sanitaria, stabilendo che tali organi sono tenuti a garantire una certa armonia tra l'esigenza di preservare i livelli di assistenza e la necessità di gestire le spese pubbliche in modo efficiente ed efficace. Nodi problematici di questo tipo, che potrebbero sembrare di ordine meramente economico-finanziario, in realtà si traducono in un vero e proprio sgretolamento del sistema sanitario nazionale e, dunque, di un gap rilevante della popolazione nazionale per l'accesso alle cure di vario tipo<sup>38</sup>.

A ciò si aggiunga un aspetto, oggetto di particolare attenzione e monitoraggio della Corte dei conti europea<sup>39</sup>, ovvero la trasparenza e la rendicontazione dei finanziamenti utili al conseguimento degli obiettivi. Trasparenza e performance sono due obiettivi che, oltre a evidenziare importanti criticità, costituiranno i principali indicatori per comparare i risultati, sia a livello nazionale che regionale, dell'effettiva implementazione dei vari investimenti e sub-

---

<sup>33</sup> L'integrazione sociosanitaria assume un ruolo fondamentale della cura della fragilità in generale, non solo da quei casi che la legge individua nei tre livelli ADI. Sul tema si veda l'indagine Italia Longeva, *I numeri della long-term care in Italia*, in [italialongeva.it](http://italialongeva.it), 2024.

<sup>34</sup> C. GORI, *La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti*, in *Politiche Sociali*, n. 3, 2023.

<sup>35</sup> Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane.

<sup>36</sup> Cfr. D. PAPPANO, *Profili finanziari dell'autonomia differenziata: criticità connesse alla definizione dei c.d. Lep e ai meccanismi di finanziamento delle funzioni trasferite*, in *Il Diritto dell'economia*, n. 2, 2023.

<sup>37</sup> Tale indirizzo lo si può evincere in particolare in due sentenze: sentenza n. 76 del 2023 e sent. 197 del 2024.

<sup>38</sup> Particolarmente su questi temi, si rinvia a GIMBE, *Settimo rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale*, 8 ottobre 2024, [gimbe.org](http://gimbe.org).

<sup>39</sup> CORTE DEI CONTI EUROPEA, *analisi 02/2025, Orientamento alla performance, obbligo di rendiconto e trasparenza: cosa insegnano le criticità dell'RRF*, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, 2025.

investimenti, a partire da quello della sanità territoriale. Il sistema di remunerazione ADI pone, infatti, la necessità di identificare le tariffe regionali per poter definire un sistema nazionale e disporre delle necessarie informazioni per poter analizzare e confrontare i diversi setting assistenziali territoriali<sup>40</sup>.

Alla luce di quanto detto, sembra acuirsi il divario sanitario per capacità di spesa delle regioni e, dunque, ciò si ripercuote sull'effettiva garanzia delle prestazioni sociosanitarie.

L'ambito delle cure domiciliari è stato recentemente oggetto di interventi normativi, come la legge in materia di nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA) del 2017<sup>41</sup>, segnatamente all'art. 22, che ne ha ridefinito l'ambito, nonché attraverso molteplici pronunce della Corte costituzionale, che, sebbene in modo indiretto, hanno affrontato questi temi nell'ambito delle Regioni e dell'autonomia differenziata, come nel caso della celebre sentenza n. 192/2024. Il giudice costituzionale ha infatti ribadito l'importanza di garantire: «i livelli delle prestazioni relative ai diritti civili e sociali, con le risorse necessarie per garantire uno standard uniforme delle stesse prestazioni in tutto il territorio nazionale».

Per completare la panoramica, è necessario fare riferimento al D.M. n. 77/2022, che stabilisce i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Il decreto del 2022, nello stabilire la definizione degli standard organizzativi, qualitativi e tecnologici dell'assistenza domiciliare integrata, ha sancito l'importanza di: «individuare standard assistenziali comuni e monitorare lo sviluppo quali-quantitativo delle Cure Domiciliari, nonché caratterizzare e misurare attraverso specifici indici le condizioni di fragilità dell'assistito, è necessario definire un criterio omogeneo a livello nazionale».

Occorre dire che, dopo alcuni anni, si è evinto un processo di ripianificazione dei servizi territoriali contrassegnato da un chiaro *trade-off* decisionale dei *decision maker* regionali<sup>42</sup>.

La fragilità, oggetto della tutela caratterizzante le cure domiciliari, si pone dunque come un obiettivo che, sebbene l'erogazione sia rimessa all'autonomia organizzativa regionale, concorre alla realizzazione di una tra le più nobili cause che la Repubblica deve perseguire in modo unitario: il diritto di curare quelle persone che, più di altre categorie, necessitano di un intervento che, a prescindere dalle peculiarità organizzative, sia improntato al disegno della uguaglianza sostanziale (art. 3.2 Cost.) congiuntamente all'esplicazione dell'istanza solidaristica (art. 2 Cost.). La tutela della salute dei cittadini e delle cittadine non autosufficienti gode, alla pari delle altre categorie, di pari dignità nel godimento di questo bene essenziale che rappresenta un diritto fondamentale della persona<sup>43</sup>.

Gli aspetti problematici finora evocati evidenziano come le politiche attuali possano potenzialmente generare un sistema nel quale i soggetti non autosufficienti di una specifica

<sup>40</sup> Sul punto si segnala il report AGENAS, *Assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale: analisi comparative delle tariffe vigenti a livello regionale*, [agenas.gov.it](http://agenas.gov.it).

<sup>41</sup> DPCM 12 gennaio 2017.

<sup>42</sup> In merito a ciò, si rinvia a M. D'ARIENZO, *La sanità in trasformazione: dalla legge n. 833 del 1978 al dm 77/2022: Appunti e proposte sulla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale*, in *PA Persona e Amministrazione*, vol. 12, n. 1, 2023, pp. 391-443.

<sup>43</sup> In tal senso, si veda CORTE COST., sent. n. 399 del 1996.

regione italiana, che potrebbero beneficiare di un sistema sanitario regionale più solido e sensibile a tali dinamiche, possano ricevere una presa in carico più rapida rispetto ad altri che, invece, risiedono in regioni dove la qualità e l'efficacia del sistema sanitario territoriale non presenta livelli performanti.

Il divario territoriale e l'uguaglianza<sup>44</sup> sembrano dunque costituire una relazione complessa e sfumata, che consente di interpretare alcuni fenomeni emergenti sia nelle relazioni tra lo Stato e le Regioni, che l'azione di quest'ultime nel perseguimento degli obiettivi sanitari cui sono chiamate a realizzare in modo indifferibile. Tale prospettiva sembra essere particolarmente rilevante per intendere le reali volontà delle politiche regionali di realizzare gli obiettivi del PNRR.

Per giunta, la scelta organizzativa dell'ADI, oltre alle dinamiche già richiamate dalla riforma, porta con sé la consapevolezza che le cure domiciliari hanno un ruolo complesso e non di mera erogazione di un servizio: trattasi infatti di una presa in carico che necessita di figure<sup>45</sup>, competenze, strumenti e azioni coordinate, che devono essere inserite in un contesto più ampio di assistenza, qualità e tempestività dell'intervento e di garantire la massima sicurezza nel domicilio del paziente.

Tralasciando i numerosi ambiti in cui detti servizi vengono a realizzarsi, si intende analizzare il nuovo disegno organizzativo regionale nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, tralasciando l'implementazione della digitalizzazione<sup>46</sup> che, seppur rivesta un ruolo centrale, necessiterebbe di uno spazio di trattazione dedicato.

Infine, la domanda che emerge con maggiore evidenza, peraltro formulata in un altro lavoro<sup>47</sup>, è la seguente: dalla riforma in atto, sta emergendo continuità o discontinuità nella gestione del servizio pubblico? E ancora, quale idea di cura domiciliare della non autosufficienza e della popolazione anziana emerge dai paradigmi organizzativi regionali in via di sviluppo?

## 2. Cure domiciliari nelle regioni italiane: un breve excursus

Prima di procedere con l'analisi dei modelli regionali ADI, sembra opportuno ripercorrere, in modo sintetico, le tappe fondamentali dell'assistenza domiciliare nel contesto italiano, considerando che il funzionamento effettivo delle Regioni è stato avviato solo all'inizio degli anni '70 in quella che è stata definita come fase di «grande trasformazione italiana»<sup>48</sup>.

Il diritto e la tutela della salute, presente già nel disegno costituzionale del 1948, si concretizza in modo effettivo proprio quando vengono a determinarsi le competenze tra Stato

---

<sup>44</sup> Diffusamente sul punto si rinvia a S. MANGIAMELI, *Regionalismo differenziato, divario territoriale ed eguaglianza*, in *Rivista di Diritti Regionali - Rivista di diritto delle autonomie territoriali*, n. 1, 2024.

<sup>45</sup> Così M. D. BELLENTANI, *Le priorità delle cure domiciliari alla luce del Decreto Rilancio*, in M. A. SANDULLI (a cura di), *L'assistenza domiciliare integrata. Esperienze, problemi e prospettive*, I report del Cesdirsan, Editoriale Scientifica, Napoli, 2021.

<sup>46</sup> Il principale riferimento sono le Linee guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare (Milestone EU M6C1-4) previste dal D.M. 29 aprile 2022, n. 120.

<sup>47</sup> L. DI GIOVANNI, *Il PNRR e la riforma dell'assistenza sanitaria territoriale: continuità o discontinuità nella gestione del servizio pubblico?* In *Diritto e società*, n. 4, 2023, pp. 707-740.

<sup>48</sup> Così M. CAMMELLI, *Regioni e regionalismo: la doppia impasse*, in *Le Regioni*, vol. 40, n. 4, 2012, pp. 673-710.

e regioni, attribuendo al primo la fissazione dei LEA e alle seconde la competenza legislativa concorrente e la capacità amministrativa.

L'assistenza domiciliare integrata, che rappresenta la realizzazione più elevata della missione costituzionalmente assegnata alla salute pubblica, ha avuto uno sviluppo a livello regionale, sebbene non nelle forme odierne, solo a seguito delle riforme che si sono susseguite dagli anni Settanta ai primi anni del Duemila. La presa in carico delle persone anziane e non autosufficienti, più di tanti altri servizi erogati dai sistemi sanitari regionali, chiama in causa l'importante bilanciamento tra l'uguaglianza e la necessità di poter adottare soluzioni organizzative varie grazie all'autonomia delle regioni<sup>49</sup>, proprio per garantire al meglio la tutela di questi diritti.

Le cure domiciliari non sono affatto una novità assoluta nel panorama sanitario italiano. Tracce di assistenza di questo tipo sono rinvenibili addirittura nell'Italia pre-repubblicana, quando nel 1857 Lombardia e Veneto, poco prima dell'annessione, vantavano già oltre mille persone, medici-chirurghi, che assistevano presso il domicilio i malati poveri<sup>50</sup>.

Durante il periodo fascista in Italia, l'assistenza sanitaria domiciliare era un servizio circoscritto e principalmente destinato a individui con esigenze di cure mediche specializzate. Nonostante l'obiettivo esplicito di promuovere la salute pubblica e fornire assistenza ai cittadini, il sistema sanitario fascista era fondamentalmente orientato verso la sanità ospedaliera, gli interventi di prevenzione e un sistema sanitario con il più delle mansioni affidate ai comuni (r.d. 27 luglio 1934, n. 1265).

Per quanto concerne il periodo successivo alla fine della Seconda guerra mondiale, ovvero quel lasso di tempo che ha preceduto la nascita della Repubblica italiana, assume particolare rilevanza il dibattito in seno all'Assemblea costituente, segnatamente alla discussione sull'art. 32 della Costituzione<sup>51</sup>. Nonostante il fulcro della discussione non si concentrasse specificamente sulle cure domiciliari, risulta opportuno richiamare uno dei rischi identificati dalla Commissione in relazione alla suddivisione regionale dello Stato italiano e alla gestione della salute pubblica, sottolineando il potenziale disequilibrio tra il decentramento amministrativo e quello normativo, interpretato come una possibile minaccia per l'unità della concezione della tutela della salute pubblica promossa dalle Costituenti e dai Costituenti<sup>52</sup>.

---

<sup>49</sup> Sul tema si veda, *ex multis*, T. GROPPI, *Autonomie territoriali e uguaglianza nei diritti: tra decentramento delle competenze e garanzia del principio unitario*, in L. AMMANNATI, M. A. CABIDDU, P. DE CARLI (a cura di), *Servizi pubblici, concorrenza, diritti*, Giuffrè, Milano, 2001, p. 44.

<sup>50</sup> F. DELLA PERUTA, *Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall'Unità a Crispi*, in *Studi Storici*, n. 4, 1980, p. 743.

<sup>51</sup> In merito a ciò, si rinvia a M. COCCONI, *Il diritto alla tutela della salute*, Padova, 1998, p. 38; R. FERRARA, *Il diritto alla salute: i principi costituzionali*, in R. FERRARA (a cura di), *Salute e sanità*, Giuffrè editore, Milano, 2010, p. 12; A. BALDASSARRE, *Diritti della persona e valori costituzionali*, Giappichelli, Torino, 1997, p. 68; P. BARILE, *Il soggetto privato nella Costituzione italiana*, Cedam, Padova, 1953.

<sup>52</sup> Ci si riferisce, in particolare, ad un intervento dell'On. Giuseppe Caronia il 24 aprile 1947, che affermava: «lo Stato italiano si avvia verso una struttura decentrata regionalistica. Per la sanità ciò potrebbe costituire un danno, se dal solo decentramento amministrativo si dovesse arrivare a quello normativo, donde l'opportunità di affermare in sede costituzionale il principio unitario dell'indirizzo sanitario, principio che è la base essenziale per un'efficace tutela della salute pubblica».

L'istituzione delle Regioni, dopo oltre venti anni di stasi, si deve a due interventi del 1972<sup>53</sup>, che ne definivano la loro costituzione e il trasferimento delle funzioni amministrative dal centro.

Un momento oltremodo cruciale è stato il passaggio dalle unità sanitarie locali (USL) alle aziende sanitarie locali (ASL). Le prime, introdotte con la l. n. 833/1978 che ha affidato ai distretti l'erogazione delle attività diagnostiche e terapeutiche a domicilio. In particolare, l'articolo 14 faceva rientrare tra le competenze delle USL h) l'assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare; l'articolo 25, nell'ambito delle prestazioni di cura, precisava che le varie forme assistenziali dovessero essere considerate, oltre a quelle ambulatoriali, anche quelle in modalità domiciliare. Sempre in quest'ultimo articolo, veniva specificato che alcuni tipi di cure a domicilio dovevano essere realizzate per ridurre i ricoveri ospedalieri.

Funzioni e risorse del distretto saranno ampliate con l'adozione del d.lgs. n. 502 del 1992, che, come noto, è stato il primo intervento attraverso il quale il concetto di livelli essenziali si è fatto diritto positivo<sup>54</sup>. Precisamente, l'art. 3-*quinquies* ha sancito che il distretto garantisce: e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata e ha definito l'accreditamento istituzionale per l'erogazione delle cure domiciliari (art. 8-*quater*), nonché in materia di accordi contrattuali definiti dalle regioni e dalle unità sanitarie locali per l'erogazione delle cure domiciliari (art. 8-*quinquies*, comma 2).

L'aziendalizzazione del sistema sanitario ha pertanto assegnato alle regioni il delicato, ma fondamentale, compito di organizzare il distretto al fine di garantire, tra le altre cose, l'assistenza domiciliare per le persone che ne hanno bisogno. Tuttavia, è importante considerare che, sebbene tale processo abbia seguito un percorso comune a livello nazionale, la sua realizzazione pratica è risultata estremamente diversificata<sup>55</sup>.

Questo quadro è rimasto invariato fino alla formazione degli attuali sistemi sanitari regionali, condizionando di conseguenza le politiche adottate nel campo delle cure domiciliari.

La riforma costituzionale, operata dal l. Cost. n. 3 del 2001<sup>56</sup>, ha innanzitutto attribuito la materia sanità alla legislazione concorrente tra Stato e regioni, ma ha successivamente definito i tre ambiti di assistenza dei LEA<sup>57</sup> in tre macroaree con l'adozione del DPCM del 29 novembre 2001. Quest'ultimo intervento ha collocato l'assistenza distrettuale al secondo livello, nel quale sono ricompresi anche i servizi domiciliari per le persone anziane e quelle malate gravi denominate "assistenza programmata a domicilio"<sup>58</sup>. Inoltre, gli interventi ospedalieri domiciliari sono stati inseriti al terzo livello (assistenza ospedaliera), con la specifica che essi sono definiti in base ai modelli organizzativi fissati dalle regioni. In aggiunta, si evidenzia che lo stesso DPCM ha delineato con maggiore precisione le modalità di attuazione dell'integrazione

---

<sup>53</sup> d.P.R. 15 gennaio 1972, n. 8 e il d.P.R. n. 8/1972.

<sup>54</sup> M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m della Costituzione)*, op. cit.

<sup>55</sup> L. BIFULCO, *Riordino e aziendalizzazione del SSN*, in G. RULLI, A. SALENTO (a cura di), *Problemi organizzativi e prospettive del sistema sanitario in Italia*, TAO digital library, Bologna, 2023.

<sup>56</sup> C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, n. 3, 2018.

<sup>57</sup> A. BENEDETTI, G. ROSSI, *La competenza legislativa statale esclusiva in materia di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, n. 1, 2002.

<sup>58</sup> Comprendenti l'assistenza domiciliare integrata, l'assistenza programmata domiciliare, comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale.

sociosanitaria, organizzando tali indicazioni in una tabella dedicata che ripartisce le suddette prestazioni per livelli.

L'analisi dell'evoluzione normativa delle Regioni, a seguito della riforma del 2001, ha evidenziato l'esistenza di un notevole investimento nel settore della sanità territoriale, che ha portato al rafforzamento dei distretti e dei servizi di assistenza primaria e domiciliare, con un'attenzione particolare rivolta alle persone anziane non autosufficienti<sup>59</sup>.

A seguito del 2001, la definizione delle politiche sanitarie ha subito una ridefinizione che non ha riguardato solamente la funzione legislativa, ma anche la dimensione amministrativa regionale.<sup>60</sup>

Come si tenterà di evidenziare nelle pagine successive, la conformazione di una regione a una data politica nazionale non è esclusivamente determinata dall'adozione di una legge, ma piuttosto dalla capacità e dal livello di efficacia dell'azione amministrativa "ulteriore" (organizzazione e pianificazione puntuale dell'ADI, in questo caso) che rende effettivi gli obiettivi e i contenuti dell'indirizzo centrale (PNRR).

Prestazioni amministrative adeguate<sup>61</sup> si rivelano indispensabili per una concreta azione di tutela dei diritti sociali fondamentali, specialmente in un'epoca come quella attuale, in cui l'impovertimento delle amministrazioni pubbliche emerge come una delle conseguenze più evidenti delle riforme e dall'austerità neoliberista, che ha permeato le politiche pubbliche a livello globale<sup>62</sup>.

### **3. I nuovi modelli regionali di assistenza domiciliare integrata: tra attività amministrativa ulteriore e produzione normativa di mero recepimento**

La riforma del PNRR rappresenta, quindi, solo l'ultimo intervento, sebbene non per importanza, in questa breve ricostruzione che mostra il non facile rapporto intercorrente tra sanità regionale e domiciliarità. Tuttavia, i limiti legati all'organizzazione regionale dell'assistenza domiciliare erano già emersi in quella che è stata definita: «l'emergenza sanitaria come emergenza (anche) regionale<sup>63</sup>», ovvero la pandemia del 2020. Effettivamente, nel corso di tale fase, erano emersi problemi, si sono finanche verificati casi di decisioni inadeguate a livello regionale. Si considerino, a titolo esemplificativo, quei casi in cui il carico dell'assistenza domiciliare dei pazienti affetti dal virus era stato delegato ai medici di medicina generale

---

<sup>59</sup> Così C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni: il caso della tutela della salute*, Bologna University press., Bologna, 2008.

<sup>60</sup> Interessante analisi in questo senso si evince in C. MAINARDIS, *Il regionalismo italiano tra continuità sostanziale e le sfide del PNRR*, in *Le Regioni*, n. 1-2, 2021, pp. 139-153. Secondo l'autore, infatti: «la possibilità di allocare le funzioni amministrative tra livello di governo regionale e locale, nel rispetto dei principi sanciti dall'art. 118 Cost., può consentire alle Regioni margini di differenziazione sul versante organizzativo».

<sup>61</sup> Questa prospettiva è sostenuta in S. GAMBINO, *Diritti fondamentali, costituzionalismo e crisi economica*, in ID. (a cura di), *Diritti sociali e crisi economica: Problemi e prospettive*, Giappichelli editore, Torino, 2015, p. 4.

<sup>62</sup> Su tutti si veda F. MERLONI, *Diritti e pubbliche amministrazioni nell'austerità liberista. Storia di un abbandono*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2025.

<sup>63</sup> Così G. GARDINI, *Le regioni nel quadro costituzionale*, in G. GARDINI, C. TUBERTINI (a cura di), *L'amministrazione regionale*, Giappichelli, Torino, 2022, pp. 101-112.

(MMG)<sup>64</sup>, con conseguenze significative sulla gestione dei malati non affetti da virus, ma che presentavano patologie di maggiore gravità.

Il dislivello già considerevole in ambito sanitario a livello regionale si pone, simultaneamente, tanto come obiettivo da raggiungere quanto come possibile sfida o rischio per la missione 6 del PNRR.

Da un lato, gli investimenti sono orientati a garantire una presa in carico più equa degli over 65 in regime ADI tra le regioni; dall'altro, tale traguardo è condizionato dall'effettiva capacità (o meglio, volontà) delle regioni di realizzare questo cambiamento, nonché dalla pregressa gestione finanziaria che incide sulla capacità di manovra in cui operano i contesti sanitari regionali. Rischi di questo tipo, in realtà, sono stati riconosciuti sin dal principio, quando l'Intesa Stato-Regione del 12 maggio 2022<sup>65</sup> ha specificato che almeno il 40% dell'investimento dev'essere destinato alle regioni del Sud Italia a causa di: «specifiche difficoltà regionali nel raggiungimento del target del 10% da parte di ciascuna regione, per il cui raggiungimento sono utilizzabili sia le risorse del FSN, trattandosi di prestazioni comprese nei LEA, che quelle dell'investimento 1.2.1, M6C1». Quest'ultimo aspetto ha suscitato reazioni diametralmente opposte: le regioni del Nord hanno chiesto una maggiore flessibilità, mentre quelle del Sud<sup>66</sup>, sebbene abbiano accolto favorevolmente la suddetta decisione, faticano a tradurla in un incremento tangibile delle attività domiciliari.

Dal 2021 ad oggi, le regioni hanno registrato un diverso grado di implementazione della riforma ADI, con percentuali di aumento della presa in carico molto disomogenei. Le problematiche e i limiti del sistema ADI antecedente al PNRR hanno dato luogo a numerose controversie di fronte al giudice amministrativo, ponendo in evidenza che la riorganizzazione del servizio nel periodo compreso tra il 2017 e il 2022 ha indubbiamente contribuito a definire gli ambiti e le modalità di intervento, pur permanendo dubbi concernenti la prestazione stessa e i potenziali beneficiari<sup>67</sup> o in merito all'accesso dei documenti in materia di accreditamento<sup>68</sup>.

Le regioni sono ritenute soggetti attuatori, elemento questo particolarmente discusso in dottrina<sup>69</sup>, in base all'art. 2 del D.M. 23 gennaio 2023, che è stato adottato per definire la ripartizione delle risorse relative al sub-investimento M6-C1-1.2.1.

<sup>64</sup> TAR LAZIO, Roma, 16 novembre 2020, n. 11911. È stato stabilito che i provvedimenti adottati dalla Regione Lazio, mediante i quali si intendeva affidare ai medici di medicina generale compiti di assistenza domiciliare ai pazienti affetti da virus SARS-CoV-2, non erano giuridicamente validi. Tali compiti, secondo la normativa, dovevano essere esclusivamente attribuiti alle Unità Speciale di Continuità Assistenziale Regionale (USCAR).

<sup>65</sup> Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 12 gennaio 2022 (rep. atti. n. 1/CSR).

<sup>66</sup> Sul divario esistente tra il Nord e Sud, si colgono interessanti riflessioni in A. M. POGGI, *Il PNRR come possibile collante dell'unità repubblicana? Riflessioni in margine al regionalismo e al divario Nord-Sud*, in *Le Regioni*, 2021, 1-2, 199 ss.; S. STAIANO, *La frattura Nord-Sud. L'asimmetria territoriale come questione democratica*, in *Il Politico*, n. 2, 2019.

<sup>67</sup> In tal senso, si veda TAR CAMPANIA, 19 marzo 2025, n. 918.

<sup>68</sup> TAR SICILIA, Sez. I, 05 marzo 2021, n.775.

<sup>69</sup> Di paradigma opaco e interamente affidato all'esperienza sul campo si discute in M. CECCHETTI, *L'incidenza del PNRR sui livelli territoriali di governo e le conseguenze nei sistemi amministrativi*, in *Rivista AIC*, n. 3, 2022, p. 295-299;

Un aspetto centrale per le prestazioni ADI è stato definito dall'Intesa Stato-Regioni del 2021, n. 151, ovvero il sistema di autorizzazione e di accreditamento<sup>70</sup> delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari, in quanto costituisce un elemento essenziale nella riorganizzazione della sanità territoriale volta alla massima prossimità<sup>71</sup>.

L'implementazione del presente accordo è soggetta alla supervisione del "Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale", come previsto dalla suddetta Intesa.

Il quadro normativo relativo all'accredimento ha però subito ulteriori sviluppi: a seguito dell'entrata in vigore della l. n. 193/2024, nota come Legge sulla concorrenza, è stato previsto all'art. 36 l'interruzione dell'efficacia delle disposizioni normative riguardanti l'accredimento e gli accordi contrattuali con il Servizio Sanitario Nazionale, come stabilito dal d.lgs. n. 502/92. La normativa in esame, contenuta negli articoli 8-*quater*, comma 7 e 8-*quinquies*, comma 1-bis, è attualmente soggetta a revisione da parte del Tavolo di lavoro per lo sviluppo e l'applicazione del sistema di accreditamento nazionale (TRAC). I risultati di tale revisione saranno sottoposti a un'apposita intesa nell'ambito della Conferenza permanente Stato-Regioni, con termine ultimo il 31 dicembre 2026. Successivamente, il decreto Milleproroghe (DL 27 dicembre 2024, n. 202) ha modificato tale disposizione, concedendo alle regioni un ulteriore anno (31 dicembre 2025) per adeguare i propri sistemi di accreditamento. Il disallineamento tra le normative potrebbe generare problemi nell'adeguamento dei sistemi regionali, nonostante il testo sia attualmente sottoposto a esame in Prima Commissione Affari Costituzionali e vi siano proposte di emendamento che vanno dalla rimozione totale alla modifica delle disposizioni.

In tale contesto, sono emersi alcuni problemi relativi alle attività gestite dalle organizzazioni private, principalmente in relazione alla gestione dei budget e dei limiti correlati alle dinamiche intercorrenti tra esse, le aziende sanitarie e le regioni in cui operano<sup>72</sup>. Tenuto conto che, al di là degli aspetti legati alla componente remunerativa, in passato il giudice amministrativo si è pronunciato, seppur in casi di accreditamenti sanitari non ADI, ponendo in risalto che, tra le altre cose, questo istituto richiama la sussidiarietà orizzontale, al fine di migliorare l'offerta assistenziale pubblica e non altri fini<sup>73</sup>. Inoltre, alcune controversie hanno esaminato anche le condizioni di accesso all'assistenza domiciliare integrata e circolari adottate da alcune regioni<sup>74</sup>,

<sup>70</sup> Cfr. A. MOLITERNI, *Amministrazione consensuale e diritto privato*, Jovene, Napoli, 2016; F. GIGLIONI, M. CONTICELLI, *L'accredimento degli erogatori*, in C. DE VINCENTI, R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA (a cura di), *La Sanità in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2011, pp. 177-198.

<sup>71</sup> In merito al rapporto tra accreditamento e sanitario e programmazione regionale si veda M. DE ANGELIS, *L'organizzazione del Ssn: gli enti pubblici e l'accredimento degli enti privati nella prospettiva di una sanità di prossimità*, in *Rivista Giuridica del lavoro e della previdenza sociale*, n. 2, 2023, pp. 178-201.

<sup>72</sup> TAR CALABRIA, Catanzaro, 28 gennaio 2025, n. 158. Si tratta di una vicenda di un privato accreditato operante nell'ASP di Crotona, che aveva contestato il limite posto dall'azienda sanitaria di assistere pazienti sforando il budget. Il Tar ha innanzitutto chiarito che la competenza del budget non spettasse all'ASP, bensì alla Regione Calabria e che, dunque, l'accreditato non avrebbe potuto prendere in carico un numero maggiore di persone anziane e ottenere la remunerazione correlata. Alla luce di ciò, il TAR Catanzaro ha respinto il ricorso 2060/2024 dell'Omissis, che chiedeva l'annullamento della nota del direttore del Distretto Sanitario Unico Aziendale dell'Asp di Crotona.

<sup>73</sup> Cfr. TAR ABRUZZO, Pescara, 2 settembre 2020, n. 249.

<sup>74</sup> Si veda CONS. STATO, sez. III, 6 dicembre 2023, n. 10570.

come nel caso in cui si discuteva l'accesso o meno all'assegno di cura di un malato ritenuto "grave" e non "gravissimo".

Innanzitutto, il DL 34/2020<sup>75</sup> specifica il ruolo spettante alle regioni materia ADI, ancor prima della riforma del 2021. Già nella fase Covid, al netto delle previsioni normative in materia, alle regioni era stato attribuito un ruolo "rafforzato" nell'adozione dei piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale. Alle aziende sanitarie, attraverso il distretto, veniva data la competenza nell'implementazione delle attività di assistenza domiciliare integrata o equivalenti, per i pazienti in isolamento o in alcune specifiche strutture, mentre alle regioni veniva prescritta la gestione in regime di assistenza domiciliare integrata sia per le persone contagiate che per quelle che presentavano condizioni di fragilità e non autosufficienza pregressa (art. 1-*quater*, co. 4).

La funzione assegnata alle regioni si articola attraverso una serie di funzioni di programmazione e pianificazione: definizione degli incrementi annuali di assistiti, in linea con gli obiettivi del PNRR, per poter raggiungere la copertura del 10% degli over 65 in regime ADI entro il 2025-2026; responsabilità della gestione dei fondi del Piano nell'ambito dell'ADI, con il compito di verificare che siano utilizzati in modo efficace e trasparente; valorizzazione delle esperienze locali esistenti, anche attraverso l'integrazione dei servizi ADI con le esigenze specifiche del territorio, in particolare con la componente sociale; attività di supporto alle famiglie nel percorso di cura per gli anziani non autosufficienti, attraverso azioni di informazione, formazione e assistenza.

Ogni regione sceglie, nel rispetto della normativa sul sistema di accreditamento e di autorizzazione (d.lgs. n. 502/1992), di organizzare il servizio con proprie strutture oppure con il ricorso ai privati accreditati. Inoltre, i singoli modelli regionali hanno l'obbligo di adeguarsi a quanto deciso in sede di Conferenza Stato-Regioni (151/CSR)<sup>76</sup>, nonché quello di definire le tariffe del servizio e riportarle in modo trasparente e facilmente consultabili nei propri siti sia delle regioni che delle aziende sanitarie.

Analizzando in modo preliminare i modelli organizzativi ADI, risulta evidente che la maggior parte delle regioni italiane stia procedendo all'affidamento del servizio al privato accreditato. Tuttavia, è opportuno evidenziare alcune differenze che mettono in luce le diversità degli approcci e, non meno importante, il quadro di riferimento entro il quale questi nuovi assetti si inseriscono.

Il modello pubblico è caratterizzato da una limitata varietà di casi, tre in totale, che include le regioni Emilia-Romagna, Umbria e Liguria.

Tali esperienze si collocano nell'ambito di un approccio orientato a percorsi di «presa in carico globale e olistica»<sup>77</sup>.

---

<sup>75</sup> Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20G00052).

<sup>76</sup> Non solo in materia di accreditamento, ma anche in merito ai requisiti di sicurezza e qualità.

<sup>77</sup> Così F. APERIO BELLA, *Pubblico, privato e comunità in sanità: prospettive collaborative guardando al Terzo settore*, in M. A. SANDULLI, F. APERIO BELLA, A. COIANTE, C. F. IAIONE (a cura di), *Pubblico, privato e comunità in sanità. Atti del Convegno del 15 maggio 2023*, I rapporti del CesDirsan, Editoriale scientifica, Napoli, 2024, p. 45.

Il fulcro delle pagine che seguono concerne un aspetto che, sebbene analizzato per diversi e altri profili, è stato oggetto di particolare riflessione da parte della dottrina giuspubblicistica italiana e dalla giurisprudenza<sup>78</sup>: la difformità tra legislazione e funzione amministrativa delle regioni<sup>79</sup>.

In questa sede, non è possibile dedicarsi a un'analisi approfondita di tale argomento; tuttavia, considerando l'importanza che l'aspetto ha acquisito dopo la riforma del Titolo V del 2001, si intende dimostrare come, anche durante la fase iniziale di attuazione della riforma ADI, le regioni stiano adottando modalità di esercizio dell'attività amministrativa che differiscono da quello legislativo. In effetti, le regioni stanno adottando lo strumento normativo in modo pressoché uniforme, poiché si tratta di recepire leggi nazionali che attuano il Piano. La loro funzione amministrativa ulteriore, ovvero quell'attività che non è esclusivamente necessaria per l'attuazione e il recepimento della normativa nazionale, ma che si rivela uno strumento valido per il miglioramento dell'erogazione della prestazione a vari livelli, viene invece esercitata in misura molto ridotta. Sembra pertanto interessante comprendere se e in che misura le regioni, nelle more della riforma ADI-PNRR, ricorrono all'autonomia politico-amministrativa per indirizzare l'azione pubblica verso la protezione della salute delle categorie ricomprese nell'assistenza domiciliare integrata.

L'Emilia-Romagna<sup>80</sup>, in virtù di una consolidata tradizione di impegno nel settore delle cure primarie e in qualità di modello di riferimento a livello nazionale per le misure PNRR, si distingue per una distribuzione equa delle prestazioni su tutto il territorio regionale, garantendo l'accessibilità e l'equità delle cure per tutti i cittadini. La Regione Emilia-Romagna, con Delibera di Giunta Regionale n. 124 dell'8/02/1999, ha delineato i criteri per il riassetto delle cure domiciliari, stabilendo un modello unificato di assistenza domiciliare integrata, basato su livelli di intensità delle cure, graduati in base al quadro sanitario e socioassistenziale del paziente. Tale modello, se analizzato nei suoi vari aspetti organizzativi, contiene le basi del nuovo impianto ADI, ma soprattutto è stato inserito, sin dal principio, nel contesto di una nuova rete territoriale dell'assistenza primaria, al fine di garantire quantità e qualità dei livelli essenziali di assistenza erogati<sup>81</sup>. In merito a quest'ultimo elemento, si segnala infatti l'adozione di una deliberazione di Giunta, denominata "Atto di programmazione regionale per la istituzione e attuazione delle forme organizzative della medicina convenzionata AFT e UCCP"<sup>82</sup>, con la quale le Aziende USL vengono inserite in più capillare contesto organizzativo che, tra i vari obiettivi, mira a potenziare

---

<sup>78</sup> In merito alla giurisprudenza costituzionale successiva alla riforma del 2001 si veda a C. TUBERTINI, *Stato, Regioni e tutela della salute*, in A. PIOGGIA, L. VANDELLI (a cura di), *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale*, Il Mulino, Bologna, 2006, pp. 209-240.

<sup>79</sup> Sul tema A. CORPACI, *Attribuzione delle funzioni amministrative e titolarità della potestà legislativa di disciplina delle stesse*, in *Le Regioni*, vol. 32, n.2-3, 2004, pp. 423-428; S. STAIANO, *Le funzioni amministrative nel sistema delle autonomie locali*, Jovene, Napoli, 2006; G. C. DE MARTIN, *La funzione amministrativa tra regioni ed enti locali*, in *Diritto pubblico*, n. 3, 2005.

<sup>80</sup> In merito alla nuova sanità territoriale emiliana, si rinvia a C. TUBERTINI, *Dalle Case della salute alle Case della comunità: la nuova sanità territoriale in Emilia-Romagna*, in *Corti supreme e salute*, n. 3, 2023, pp. 641-651.

<sup>81</sup> Deliberazione della Giunta Regionale, 20 aprile 2025, n. 632.

<sup>82</sup> Trattasi di aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e Unità complesse di cure primarie (UCCP).

l'assistenza domiciliare e a orientarla verso una maggiore presa in carico multidisciplinare ed integrata dei pazienti

Alla luce del PNRR, la regione ha continuato a implementare le prestazioni attraverso strutture proprie, seppur con l'introduzione di figure professionali e il passaggio da Casa della salute a Casa della comunità. In materia ADI, questa Regione nel 2022 con la DGR 8 luglio 2024, n. 1472, in attuazione del D.M. 77/2022, ha adottato un atto in materia di gestione dei farmaci in regime di assistenza familiare che, se confrontata con le altre regioni, rappresenta un elemento emblematico dell'effettiva volontà dell'Emilia di dar seguito agli obiettivi del Piano e, anzi, di potenziarlo ulteriormente. In effetti, si registra da anni una certa attenzione di questa regione al tema del giusto impiego e somministrazione dei farmaci, anche nel caso dell'assistenza domiciliare, con l'adozione di apposite linee guida<sup>83</sup>. La DGR del 2024, in particolare all'allegato 1 "Gestione dei farmaci a domicilio", nel quale si evince una dettagliata descrizione della somministrazione dei farmaci in ambito ADI, tra cui spicca l'attenzione che viene data all'attività in cui questo ruolo viene svolto dai caregiver<sup>84</sup>, al fine di assistere l'attività di cura operata da queste figure<sup>85</sup> e, allo stesso tempo, scongiurare effetti indesiderati sulla persona assistita a domicilio. Questo elemento, insieme ad altri, dimostra che il sistema sanitario emiliano è all'avanguardia nel panorama regionale, distinguendosi per l'eccellenza e l'innovazione delle sue pratiche e servizi. Se infatti a livello nazionale una legge sui caregiver sembra stia arrivando alla sua approvazione definitiva<sup>86</sup>, questa regione ha anticipato il Legislatore nazionale con la legge regionale 2/2014<sup>87</sup>, alla pari di poche altre regioni, che, oltre a riconoscere il ruolo di cura svolto, ne definisce in modo accurato la funzione (art. 2)<sup>88</sup> e mette in risalto il collegamento con la rete integrata sociosanitaria del distretto di riferimento (art. 3).

Le regioni Umbria e Liguria, come il caso emiliano, rappresentano altre due esperienze di gestione propria delle prestazioni ADI, vale a dire senza accreditamento ai privati.

Nel caso della prima, le prestazioni ADI, disciplinate a partire dalla legge regionale n. 104 del 1992, sono erogate nelle due aziende sanitarie (USL 1 e 2), attraverso 14 Case della salute dei 6 distretti sanitari e la presa in carico si basa sulle Valutazioni multidisciplinari di valutazione

<sup>83</sup> Cfr. Manuale per gestire in sicurezza la terapia farmacologica del 2022.

<sup>84</sup> Sul ruolo di queste figure in una prospettiva di confronto regionale, si veda F. PESARESI, *Il sostegno ai caregiver. L'assistenza agli Anziani non autosufficienti in Italia*, Maggioli editore, Rimini, 2021.

<sup>85</sup> In particolare, viene prescritta particolare attenzione alle associazioni tra farmaci, alle associazioni, agli effetti indesiderati e agli errori di dosaggio.

<sup>86</sup> DDL S.24 prima e poi DDL S. 146 recante "Disposizioni per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare".

<sup>87</sup> Attualmente, in Italia, non esiste una normativa ad hoc per i caregiver familiari. La legge di bilancio del 2018 (legge n. 205/2017) ha stanziato un finanziamento nazionale di 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020, da destinare allo sviluppo di interventi legislativi finalizzati al riconoscimento del ruolo sociale ed economico svolto dall'attività di cura non professionale.

<sup>88</sup> Art. 3: «Il caregiver familiare è la persona che volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura nell'ambito del piano assistenziale individualizzato (di seguito denominato PAI) di una persona cara consenziente, in condizioni di non autosufficienza o comunque di necessità di ausilio di lunga durata, non in grado di prendersi cura di sé. 2. L'aiuto del caregiver familiare, in base alla situazione di bisogno della persona cara assistita, può caratterizzarsi in diverse forme. In particolare, il caregiver familiare assiste e cura la persona ed il suo ambiente domestico, la supporta nella vita di relazione, concorre al suo benessere psicofisico, l'aiuta nella mobilità e nel disbrigo delle pratiche amministrative, si integra con gli operatori che forniscono attività di assistenza e di cura. 3. Nello svolgimento di tali attività il caregiver familiare può avvalersi dei servizi territoriali e di lavoro privato di cura».

distrettuali<sup>89</sup> e le altre prassi previste anche altrove (PAI/PTRP e dimissioni ospedaliere)<sup>90</sup>. L'Umbria in materia di assistenza alle persone anziane e non autosufficienti ha approvato, già in passato, leggi atte a favorire politiche più attente a queste categorie<sup>91</sup>. L'attuale piano regionale integrato per la non autosufficienza (PRINA 2022-24) consolida tale orientamento, collegando gli obiettivi del piano stesso all'ADI e, in particolare, garantendo l'integrazione delle due componenti (sanitaria e sociale). Nel 2022, la regione ha adottato il sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari (DGR 172/2022), in ottemperanza all'Intesa Stato-regione più volte richiamata. L'integrazione sociosanitaria, che includerà interamente l'assistenza domiciliare integrata (ADI), sarà sviluppata nel prossimo piano sociosanitario 2025-2030, attualmente in fase di elaborazione. Si segnala che il modello attualmente in vigore ha subito una modifica di notevole entità, sebbene non sia stata ancora implementata al momento attuale. Le novità del nuovo disegno organizzativo trovano la loro disciplina nella Deliberazione di Giunta Regionale n. 537 del 5 giugno 2024 (vedi *infra*), che dovrebbe fondarsi sul totale affidamento del servizio agli Enti del terzo settore e in conformità con la legge sull'amministrazione condivisa (l. r. n. 2/2023).

La regione Liguria eroga le prestazioni ADI attraverso le 6 aziende (Alisa) e i relativi distretti (19). Oltre a ciò, si segnala il fatto che questa regione ha provveduto a disciplinare l'ambito dell'accREDITAMENTO<sup>92</sup>, oggi ritenuto uno dei più trasparenti, anche prima del 2022, ovvero con la legge regionale n. 7 del 2017. Inoltre, è necessario sottolineare che questa regione ha già implementato, a partire dal 2006<sup>93</sup>, servizi di assistenza domiciliare integrata per anziani non autosufficienti e affetti da patologie degenerative, incluse tra le prestazioni per la non autosufficienza assegnate ai distretti sociosanitari (art. 34, co. 3, lett. a). Recentemente, è stato avviato il progetto "Meglio a casa", nell'ambito delle dimissioni protette e previsto dal Piano sociosanitario regionale 2023-2025, che ha l'obiettivo di offrire alle persone anziane non autosufficienti o in condizione di fragilità sopra i 65 anni la possibilità di rientrare nella propria abitazione con il supporto di un servizio di assistenza domiciliare gratuita per un mese. Sebbene non riguardi direttamente l'ADI-PNRR, l'iniziativa in esame è sintomatica dell'impegno profuso dalla regione in esame verso le cure domiciliari, con l'obiettivo di integrare le diverse modalità di presa in carico degli anziani in un unico sistema coordinato, volendo così migliorare l'efficienza e l'efficacia delle risposte assistenziali.

Oltre ai tre modelli previamente menzionati, tutte le altre regioni adottano la modalità di erogazione della prestazione ADI tramite i soggetti privati accreditati. Ciò premesso, gli elementi che caratterizzano ciascun modello permettono di comprendere lo stato di avanzamento della riforma nei vari contesti regionali, nonché il grado di "attività amministrativa ulteriore" che

---

<sup>89</sup> Stabilito per la prima volta con la Deliberazione della giunta regionale del 21 aprile 2004, n. 441.

<sup>90</sup> Il raccordo dei servizi territoriali con le strutture ospedaliere è supportato dalla COT (Centrale Operativa Territoriale) e/o dal PUA (Punto Unico d'Accesso), che operano a livello aziendale come punti di ricezione e di triage del bisogno assistenziale territoriale della persona, fungendo altresì da centri di coordinamento.

<sup>91</sup> Si ricorda, a titolo d'esempio, l'assegno di cura per l'assistenza a domicilio di anziani gravemente non autosufficienti, introdotto dalla legge regionale n. 24/2004.

<sup>92</sup> Delibera di Giunta Regionale n. 426 del 11 maggio 2023.

<sup>93</sup> Legge regionale 24 maggio 2006, n. 12 "Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari".

viene intrapresa, non solo per l'impiego delle risorse loro assegnate, ma anche per cogliere quella che si prospetta come un'opportunità significativa, che, verosimilmente, non si ripresenterà con facilità negli anni futuri.

Il nuovo modello della regione Lazio permette al paziente (o al suo caregiver) di scegliere l'ente erogatore, pubblico o privato, accreditato presso la Regione Lazio. Erogatori operanti nel territorio delle dieci ASL; Privato accreditato: la lista dei soggetti accreditati sono riportati in formato Excel alla sez. "Amministrazione Trasparente". Stessa cosa si evince nel modello piemontese, privati accreditati e lista dei soggetti erogatori dettagliata.

Un elemento degno di nota emerge dal "Piano di Assistenza Territoriale per il periodo 2024-2026", nel quale gli impegni di potenziamento e riorganizzazione sono delineati attraverso l'identificazione di una o più azioni per ciascun obiettivo e l'ambito ADI sembra essere particolarmente correlato con le politiche regionali per la non autosufficienza.

Nel dicembre 2024, la regione, insieme all'Asl Roma 2, il Policlinico di Tor Vergata, l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma Capitale e il VI municipio, ha adottato un accordo per il potenziamento dell'ADI<sup>94</sup>, attraverso il quale si è pensato di favorire sia l'integrazione con gli altri servizi che, più in generale, quella sociosanitaria e tutto ciò si basa una sperimentazione che sarà monitorata da un apposito Comitato Tecnico Paritetico (art. 3).

La regione Campania ha avviato, similmente all'ultimo modello accennato, una serie accordi di collaborazione con le ASL, che sono il soggetto attuatore esterno, per potenziare l'attuazione congiunta e coordinata della Missione 6 (Deliberazione del 21 aprile 2024, n. 324).

L'ADI nel nuovo disegno della regione Basilicata è affidata totalmente ai soggetti privati. Il servizio pubblico mantiene solo il coordinamento. L'atto regionale di recepimento del DM del 2022 con la Delibera di Giunta regionale 30 dicembre 2022, n. 948 del 2022, con la quale non si sofferma sull'organizzazione dell'ADI, ma ne enuncia solo compiti e funzioni. Un aspetto interessante nel nuovo assetto di questa regione è quello strumento che è stato definito "governo clinico"<sup>95</sup>, vale a dire un riassetto della sanità territoriale, nel quale si inserisce ovviamente l'ADI, e che è stato promosso attraverso l'adozione della succitata DGR del 2022 congiuntamente al Piano Operativo Territoriale. Difatti, se letti congiuntamente, da questi due riferimenti si può evincere l'intento della regione di orientare l'ADI verso il più ampio collegamento con i vari servizi e, in particolare, con quelli che si occupano di malattie gravi e continuità assistenziali<sup>96</sup>.

In un recente intervento accordo regionale<sup>97</sup>, sembra emergere una certa difficoltà nell'implementazione dell'ADI soprattutto per la mancanza di una razionale organizzazione dei servizi affini, ma anche un'ulteriore attività di specificazione dell'accesso e funzione della

---

<sup>94</sup> Deliberazione 28 novembre 2024, n. 1030 recante "Accordo quadro per la realizzazione di sperimentazioni per la riforma dell'assistenza territoriale e domiciliare mirata alla popolazione anziana".

<sup>95</sup> F. TUCCARI, *La nuova sanità territoriale: realtà o illusione? La situazione della Regione Basilicata*, in *Corti Supreme e salute*, n. 3, 2023, p. 655.

<sup>96</sup> Ad esempio, si indica come obiettivo prioritario che le COT debbano operare in stretta integrazione e sinergia con la centrale operativa ADI o meglio con l'équipe delle cure domiciliari e delle cure palliative.

<sup>97</sup> Accordo Integrativo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi degli articoli 3 e 14 Acn 04 aprile 2024.

prestazione, con la dettagliata specificazione dei compiti e della responsabilità verso il paziente del medico curante.

Al di là dei dati che evidenziano un livello di implementazione dell'ADI dal 2021 buona rispetto della soglia di riferimento<sup>98</sup>, gli atti e i documenti ufficiali della Regione indicano che, perlomeno negli intenzioni, si intende affrontare anche le problematiche legate all'assistenza domiciliare, tra cui il maggiore onere per le attività di cura che grava sulle donne, come delineato nell'attuale Piano strategico regionale per il periodo 2021-2030<sup>99</sup>, che precede peraltro il dispositivo della resilienza del 2021.

La Lombardia si è dotata di un sistema che è quasi esclusivamente gestito da privati accreditati. Solo con le risorse del DL 34/2020 si stanno realizzando nuclei a gestione pubblica presso le ASST. Detto ciò, questa regione ha intrapreso un concreto percorso di integrazione dell'ADI con la filiera degli altri servizi territoriali in un'unica rete definita "transitional care" nell'attuale "Piano sanitario integrato lombardo 2024-2028". Si segnala inoltre un intervento, definito come "Progetto di sorveglianza domiciliare"<sup>100</sup>, del 2023, sempre nell'ambito delle cure domiciliari. Sebbene non riguardi direttamente l'ADI-PNRR, tale progetto rappresenta un'iniziativa che: a) sfrutta le risorse stanziare per la realizzazione del sub-investimento M6C1 1.2.; b) deve essere necessariamente collegato con l'ADI.

Spiccano in particolare alcune misure: due tipologie di sorveglianza domiciliare limitatamente ai pazienti che presentano bassa complessità assistenziale<sup>101</sup>; ampia e dettagliata descrizione dei criteri di accessi e attivazione; la registrazione dell'attività in un "diario clinico", che consente l'eventuale attivazione dell'ADI<sup>102</sup>. In esso è inoltre prevista la realizzazione di un nuovo modello di sanità territoriale attraverso lo sviluppo progressivo e strutturato del raccordo tra CdC di ASST e ambulatori dei MMG/PLS operanti, a livello distrettuale in una logica di integrazione e di prossimità.

Contrariamente ad altre regioni, negli ultimi anni la Regione Lombardia ha implementato un registro che elabora in modo dettagliato i dati relativi alle organizzazioni che forniscono le prestazioni (*Open Data-Regione Lombardia*), distinguendo tra le organizzazioni con accreditamento (onlus sì o no, suddivisione per pubblico e privato). Infine, con la DGR 2856 del 29 luglio 2024 sono state stabilite le determinazioni sui contratti di scopo per l'erogazione di cure domiciliari, con le quali vengono specificati importanti aspetti in merito ai contratti e

---

<sup>98</sup> Si veda in particolare la percentuale di persone anziane assistite in ADI nell'anno 2023 nel sopra citato rapporto di Italia Longeva del 2024.

<sup>99</sup> Infatti, in questo piano si dichiara, tra i vari obiettivi, quello di voler rafforzare i servizi di prossimità e di supporto all'assistenza domiciliare integrata (residenziali, socioassistenziali e sociosanitarie) per ridurre l'onere delle attività di cura, fornite in famiglia prevalentemente dalle donne e a raggiungere standard di qualità a livello nazionale.

<sup>100</sup> Deliberazione N° XII / 717 Seduta del 24/07/2023.

<sup>101</sup> 1) sorveglianza domiciliare con attivazione e intervento dei MMG, anche attraverso il proprio personale di studio fermo restando il tetto di cui all'art. 47 dell'ACN 2022; 2) sorveglianza domiciliare da parte degli IFeC presenti nelle Case della Comunità, su attivazione o comunque d'intesa con il MMG del paziente nell'ambito della programmazione distrettuale dei volumi di presa in carico di cui al punto precedenti definiti tenendo conto dell'obiettivo di PNRR e del tetto di cui all'art. 47 dell'ACN 2022.

<sup>102</sup> Tra le quali vi è il supporto ai caregiver in relazione a problematiche legate all'alimentazione, all'igiene e alla cura della persona in funzione di prevenzione.

al budget<sup>103</sup> che, in altri casi, sono stati oggetto di controversie dinanzi al giudice amministrativo.

Un esempio in cui le azioni, gli obiettivi e le aree di intervento sono ben chiare e specificate si rinviene in un recente provvedimento adottato in Veneto. Nel nuovo Piano operativo regionale (Deliberazione della Giunta Regionale n. 277 del 21 marzo 2024) viene dedicato un ampio spazio all'assistenza domiciliare integrata, in particolare con un allegato che fornisce le indicazioni operative e organizzative<sup>104</sup>.

La Regione Abruzzo ha varato il proprio modello nel 2024 e, anche se in questo caso si segnala un regime di totale accreditamento alle organizzazioni private, si evincono una serie di aspetti interessanti. Innanzitutto, la regione ha adottato il Piano Operativo Regionale dell'Assistenza Domiciliare Integrata mediante D.G.R. n. 259 del 11/05/2023, che individua il programma di interventi organizzativi e di governance per il periodo 2023-2026.

L'attuale organizzazione si basa in particolare sulla base dell'accordo quadro aggiudicato da AreaCom, ovvero la piattaforma di *e-procurement* che funge da centrale unica di committenza regionale, la quale prevede una pluralità di fornitori, tra i quali il cittadino può selezionare quello che ritiene più rispondente alle proprie necessità. Ogni ASL pubblica sul proprio sito istituzionale l'elenco degli operatori e la relativa modulistica per la scelta o revoca degli stessi. Con la DGR n. 953 del 30/12/2024 sono state approvate le linee guida, denominate "Linee di indirizzo delle cure domiciliari – Regione Abruzzo", che vanno a integrare il "Manuale di accreditamento delle strutture socio-sanitarie – Assistenza Domiciliare Integrata" approvato con la D.G.R. n.272/2024. Ciò rappresenta senz'altro un *unicum* tra i modelli regionali ADI, anche se, a dire il vero, ciò va letto più che altro un modo per favorire l'interpretazione congiunta dei due documenti. Di particolare interesse, invece, è il contenuto delle linee guida sia per opera di dettaglio che per la specificazione di alcuni aspetti come gli elementi che caratterizzano la presa in carico e il ricorso alla telemedicina<sup>105</sup>, specifiche di distinzioni tra ADI e le Cure Palliative domiciliari, i nodi coinvolti nella presa in carico ADI (Pua, Cot, Uvm); chiara e dettagliata distinzione tra il Piano assistenziale individuale (Pai) e il Piano di riabilitazione individuale (Pri); ruoli e funzioni di specifiche figure professionali (infermiere case manager<sup>106</sup>,

---

<sup>103</sup> Si riportano in particolare queste due distinzioni: «qualora stipulati con enti gestori titolari del solo contratto di scopo, sono finalizzati esclusivamente alla presa in carico in cure domiciliari di assistiti over 65 anni; qualora stipulati da enti gestori titolari del contratto ordinario, saranno "movimentabili" esclusivamente all'esito dell'esaurimento del budget costituito sulle risorse ordinarie di FSR per le cure domiciliari secondo il quadro normativo anche evolutivo di riferimento, esclusivamente per la remunerazione di cure domiciliari a favore di assistiti over 65 anni».

<sup>104</sup> Ogni ambito di applicazione dell'ADI viene specificato in virtù dell'ambito di applicazione e suddiviso sulla base di alcuni indicatori: azioni di potenziamento, indicatore e valore atteso, breve o lungo termine, flusso informativo.

<sup>105</sup> Televisita, teleconsulto medico, teleconsulenza medico-sanitaria, teleassistenza, telecontrollo e telemonitoraggio.

<sup>106</sup> L'infermiere case manager, scelto dall'Azienda Sanitaria Locale, lavora nel settore delle cure a casa e si assicura che il PAI venga applicato correttamente e in modo continuo, mettendo il paziente al centro del processo di cura. È il primo punto di riferimento per l'assistito, la sua famiglia e gli operatori dell'équipe assistenziale. Allora, è una figura che fa da collegamento tra i vari membri dell'équipe assistenziale, garantendo che tutto funzioni in modo coordinato. Si occupa di tenere le redini della comunicazione tra i colleghi e di assicurarsi che gli interventi siano eseguiti in modo fluido, senza sovrapposizioni, intralci o vuoti di assistenza. La UVM lo individua nella prima riunione di valutazione e risponde direttamente a lei del suo operato.

infermiere di famiglia, unità di continuità assistenziale); funzioni del distretto; formazione del personale.

Il Piemonte già nel 2002 aveva introdotto un modello di cure domiciliari per le ASL presenti sul territorio regionale con la D.G.R. n. 41-5952 del 7 maggio 2002<sup>107</sup> e successivamente con la D.G.R. n. 10-5605 del 2 aprile 2007 ha definito le funzioni riabilitative domiciliari per le ASL.

All'indomani del periodo pandemico, la regione ha pianificato un percorso di riforma sanitaria generale, ma le principali aree di intervento riguardano proprio l'assistenza territoriale<sup>108</sup>.

Con la riforma del 2021, la Regione ha pensato di riorganizzare il nuovo assetto ADI sostanzialmente attraverso questi pilastri: ha adottato un documento (tipo guida/linee guida) in cui emerge il modello organizzativo e le relative strategie attuative; attraverso la DGR 12-7386/2023 che definisce sia le tariffe del servizio che i livelli di intensità assistenziali. Per giunta, alle ASL viene attribuita la piena definizione dei propri fabbisogni e la relativa sottoscrizione dei contratti con le strutture private, mentre ad Azienda Zero viene demandata la determinazione di criteri uniformi di determinazione delle tariffe, previa collaborazione con le strutture competenti delle aziende sanitarie. Si evince, pertanto, in modo più evidente rispetto ad altri casi, un attento riconoscimento delle risorse distribuite tra le varie ASL, dalle quali derivano obiettivi altrettanto differenziati. Chiaramente, questo aspetto, sebbene appaia interessante dal punto di vista della “differenziazione” di allocazione delle risorse e, di conseguenza, di strategie coerenti con i singoli territori dell'azienda, è emblematico di quel fattore che è stato definito come “imperfetto criterio di ripartizione del finanziamento del servizio”<sup>109</sup>, che si basa, non sulla complessità clinica e il bisogno di cura, bensì esclusivamente in base al numero degli assistiti presi in carico. Tuttavia, si osserva che le aziende soggette al finanziamento sono tenute a adeguarsi ai criteri stabiliti, il che potrebbe potenzialmente incrementare il numero di assistiti presi in carico, sebbene non necessariamente quelli più complessi, poiché il maggiore sforzo e costo associati a tali assistiti non sono riconosciuti.

A conclusione di questa breve ricognizione di alcune azioni avanzate dalle regioni in materia ADI, si vuole anticipare una questione che verrà ripresa nella parte finale del presente lavoro, ovvero la questione del personale. I finanziamenti del sub-investimento dell'ADI non concernono l'assunzione del personale per ampliare le competenze e le figure che compongono l'equipe multiprofessionale. Da ciò discende la necessità di un piano straordinario di assunzioni e di un successivo percorso formativo, che sia altrettanto specifico e mirato all'acquisizione di specifiche competenze per il *know-how* richiesto per la presa in carico delle persone over 65. Proprio in merito a ciò, si segnala l'iniziativa intrapresa dalla Regione Puglia che prevede di colmare questo divario, a partire dall'assunzione del personale infermieristico per fornire

---

<sup>107</sup> Linee guida per l'attivazione del Servizio di Cure domiciliari nelle Aziende Sanitarie Locali della Regione Piemonte” è stato definito un modello assistenziale per le cure domiciliari.

<sup>108</sup> Alcuni spunti su quella fase si possono evincere in G. SOBRINO, *I primi tentativi e le prospettive di riforma della sanità piemontese dopo l'emergenza Covid (con particolare riferimento all'assistenza territoriale)*, in *Le Regioni*, vol. 49, n. 5, 2021, pp. 1321-1334.

<sup>109</sup> C. TRAVAGLINI, *I costi dell'assistenza domiciliare integrata*, in *amsacta.unibo.it*, 2024, p. 8.

maggior ausilio ai medici di medicina generale e, piú in generale, favorire un miglioramento della presa in carico della popolazione anziana.

Il quadro attuale vede dunque un sistema - in una fase tanto delicata quanto preoccupante in virtú dei dati emergenti - in cui il sistema di assistenza domiciliare integrata, che fa della multi-professionalità il suo valore aggiunto, si impronta su una mera redistribuzione del personale giú in dote nel SSN. L'impianto in questione non sembra essere adatto al lungo-medio termine, non solo per le evidenti ragioni di natura organizzativa e per la difficoltá di raggiungere gli obiettivi prefissati, quanto a causa delle numerose differenze presenti nei rapporti di lavoro e nelle relazioni che intercorrono tra le diverse figure professionali coinvolte e il "soggetto attuatore". Tali questioni, insieme a tante altre, si pongono in contrasto con l'obiettivo di uniformazione che, nel pieno rispetto delle prerogative localistico-regionalistiche dei singoli ordinamenti nazionali, non solo è previsto dal Piano italiano, ma anche e soprattutto dal piú ampio quadro del "Next Generation EU".

#### **4. L'ADI: un ulteriore (e necessario) tentativo per promuovere l'integrazione sociosanitaria**

Nel periodo antecedente al Piano del 2021, la questione dell'integrazione tra servizi e prestazioni sanitarie e sociali<sup>110</sup> era giú ampiamente discussa sia nel contesto accademico che in quello delle politiche sanitarie ai vari livelli. In ambito ADI, perlomeno fino al 2021, si osserva l'azione pionieristica da parte di alcune regioni, tra cui la Toscana e l'Emilia-Romagna, che hanno elaborato i primi piani, leggi e iniziative volte a integrare le due dimensioni.

Come giú evidenziato, il PNRR stabilisce tale requisito come condizione imprescindibile per la realizzazione di tutte le misure incluse nelle missioni V e VI, al fine di innovare radicalmente il modello delle cure sanitarie su vasta scala. Il domicilio, inteso come il luogo in cui il medico, l'infermiere o l'assistente sociale sono chiamati a garantire la salute della persona, non deve essere esclusivamente identificato con il contesto in cui viene rilevato il quadro clinico e somministrate le relative cure. Tale luogo dovrebbe piuttosto costituire la sede in cui si previene la situazione in cui il paziente, a causa di limitazioni di varia natura, si trovi costretto a scegliere se, in un dato momento, la prioritá del suo trattamento debba essere data a fattori "organici" o "psichici", o se piuttosto debba essere orientata verso interventi di tipo sociale.

Le regioni che hanno precedentemente implementato modelli e pratiche integrative nelle proprie politiche sanitarie mostrano una minore difficoltá nell'integrare l'ADI-PNRR in un sistema di gestione piú esteso e articolato. Al contrario, le regioni che non vantano una consolidata competenza in tale ambito si ritrovano in una situazione di potenziale svantaggio. Una parte di queste ha intrapreso percorsi di sviluppo e implementazione di strategie di integrazione, mentre altre si trovano in una fase di quasi totale inerzia.

L'Emilia-Romagna vanta un'ampia integrazione, che precede il modello PNRR con la succitata D.G.R. n.1378 del 26/7/1999: "*Direttiva per l'integrazione di prestazioni sociali e sanitarie ed a rilievo sanitario a favore di anziani non autosufficienti assistiti nei servizi integrati socio-sanitari*".

---

<sup>110</sup> Riferimenti normativi dell'integrazione: Decreto legislativo 229/99 (modifiche ed integrazioni del D.lgs. 502/92); Atto di indirizzo e coordinamento approvato con DPCM 14 febbraio 2001 DPCM 29 novembre 2001 all'allegato 1 c): Lea sociosanitari.

L'Azienda della Provincia Autonoma di Trento attua il coordinamento attraverso le Unità Operative Territoriali Multidisciplinari (UOTM), che si occupano di coordinare i servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali, garantendo una presa in carico integrata del paziente sia tra i due settori che tra servizi domiciliari (SAD e ADI cure palliative).

La regione Abruzzo pianifica l'integrazione tra i due ambiti sia attraverso le Linee Guida delle Cure Domiciliari che con il Piano Sociale Regionale 2022-2024. Si segnala in particolare l'obiettivo "Includere per contrastare le fragilità", che si basa sulla formazione congiunta degli operatori dell'area sociale e sanitaria, il rafforzamento della programmazione integrata infrastrutturale ed operativa dei servizi sociosanitari, l'istituzione del Gruppo operativo distrettuale, che comprende i soggetti delle due aree e governa le cure domiciliari.

La regione Marche ha invece provveduto alla istituzione di ben 15 COT, che sono essenziali per l'effettiva integrazione dei due ambiti.

La regione Toscana si contraddistingue per aver avviato una decisa attuazione coordinata delle missioni 5 e 6 del PNRR. In sintesi, questo modello si basa su una governance socio-sanitaria del tutto peculiare, con al centro le cd. "Zone-distretto" e le "Società della salute", nonché attraverso il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, oggetto in Toscana di una legislazione regionale ad essi specificamente dedicata (LR Toscana n. 65/2020). Inoltre, la regione con la DGR 1508/2022 ha previsto che le COT saranno realizzate sulla base delle preesistenti ACOT (Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio), le quali fungeranno da cabine di regia per coordinare la multi-professionalità e la multi-direzionalità delle azioni dei due ambiti. Il modello toscano, a differenza di quello configurato nella riforma del PNRR, prevede che le COT non siano formate quasi esclusivamente da infermieri, ma anche da assistenti sociali e medici di comunità. Infine, l'accesso congiunto ai percorsi del sociale e del sanitario è garantito dai Punti di accesso al sistema.

La regione Veneto si occupa di integrazione tra i due settori attraverso l'allegato A della DGR N. 277 DEL 21 marzo 2024, in cui emerge una particolare attenzione al coordinamento tra ADI e Cure Palliative.

La regione Lombardia ha invece adottato una nuova piattaforma per la casa della comunità, che svolge la funzione di "luogo virtuale" dell'integrazione. Inoltre, la già menzionata figura del "Case Manager" si occupa del raccordo di tutti le risorse/servizi attivati in favore della persona e presiede alla ridefinizione del progetto nelle fasi di transizioni e/o critiche<sup>111</sup>.

In non pochi casi l'integrazione viene promossa nei Piani di zona, nei quali alcune azioni vengono collegate agli interventi dei due settori<sup>112</sup>, che però, come noto, riguarda i comuni e non le regioni.

L'integrazione socio-sanitaria è principalmente affrontata e pianificata attraverso lo strumento del Piano socio-sanitario delle regioni, la cui finalità di collegamento è evidente dal nome stesso del documento. L'analisi dei piani in questione rivela approcci eterogenei. In alcuni

---

<sup>111</sup> Programma operativo regionale a favore di persone anziane e non autosufficienti del 2024.

<sup>112</sup> A titolo d'esempio: Nel Piano di zona 2023-25 (DGRV 1312/2022) dell'USLSS3 Venezia l'ambito degli anziani e non autosufficienti prevede il coinvolgimento dell'UVMD in caso di bisogno socio-sanitario complesso. Integrazione con servizio Assistenza domiciliare Integrata, Centro Diurno dell'Azienda ULSS 3 Serenissima.

casi, l'integrazione tra ambiti è delineata in modo generico<sup>113</sup>, mentre in altri, i piani adottano un approccio più dettagliato, indicando specifiche azioni congiunte per la realizzazione di obiettivi predefiniti<sup>114</sup>.

## 5. Trasparenza, tariffe e formazione nella prospettiva della qualità del servizio

Un'ulteriore problematica concerne l'ambito delle tariffe per l'ADI, che risulta carente in termini di trasparenza generale e, in modo più specifico, di controllo e valutazione diffusa<sup>115</sup>.

Con riferimento alla prima questione, le aziende sanitarie sono tenute a adottare un codice di comportamento che, in linea con quanto stabilito dal d.P.R. n. 62/2013, debba conformarsi altresì alle indicazioni fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione nelle Linee Guida per i codici di questo specifico settore (delibera ANAC n. 358 del 29 marzo 2017)<sup>116</sup>, ma anche per far fronte ad alcune delle problematiche applicative di ordine oggettivo della trasparenza<sup>117</sup>.

In particolare, si richiede agli enti del SSN di implementare misure specifiche in ambito assistenziale, tra cui l'adempimento degli obblighi informativi e la trasmissione dei flussi di informazioni sulle prestazioni sanitarie erogate. Se tale obbligo di trasparenza concerne ogni forma di esercizio della funzione amministrativa nel settore sanitario, la sua importanza si manifesta con maggiore evidenza nel contesto dei rapporti contrattuali con i privati accreditati, un'area che, come indicato nelle linee guida previamente menzionate, è stata identificata come particolarmente soggetta a rischio specifico.

Relativamente alle questioni di controllo e valutazione diffusa, è opportuno evidenziare che tale aspetto ricalca una delle principali prerogative dell'intero piano, ovvero la necessità di restituire centralità alla dimensione sociale delle politiche pubbliche<sup>118</sup>.

La trasparenza delle tariffe permette agli utenti di valutare le opzioni disponibili e, quando possibile, di identificare l'organizzazione accreditata più adatta per la presa in carico. Questo aspetto è particolarmente rilevante, poiché consente di comprendere come ciascuna regione interpreta e segue le indicazioni del D.M. del 13 marzo 2023, che stabilisce le modalità di assegnazione delle risorse a livello regionale dei fondi del PNRR, fissando il costo medio ponderale annuo per la presa in carico a domicilio a € 1.977,94.

La definizione e la pubblicità delle tariffe assume dunque un rilievo centrale sia nell'ambito ADI che, più in generale, per la nuova dimensione delle politiche sanitarie regionali.

<sup>113</sup> Piano per la salute del Trentino 2025-2030.

<sup>114</sup> Il PSSR Marche 2023-25 "Salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani".

<sup>115</sup> Elemento quest'ultimo che è stato rilevato sin dall'inizio come problematico e al tempo stesso necessario. In tal senso, si veda P. BALDUZZI, M. BORDIGNON, L. V. A. COLOMBO, *Pnrr, occorrono un monitoraggio e una valutazione diffusa*, in *Vita e Pensiero*, n. 1, 2022, pp. 1-7.

<sup>116</sup> Linee guida per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del servizio sanitario nazionale.

<sup>117</sup> La sussistenza di problemi legati al regime di trasparenza sia sotto il profilo soggettivo che oggettivo è sostenuta in B. PONTI, *Dieci anni di diritto alla trasparenza amministrativa: caratteri originari, trasformazione e integrazione del modello*, in *Le Istituzioni del federalismo*, n. 3, 2022, pp. 643-647.

<sup>118</sup> Così T. TREU, *PNRR, politiche pubbliche e partecipazione sociale*, in *Lavoro Diritti Europa*, n. 1, 2023, p. 55.

Sebbene sia stato raggiunto l'impegno in sede di Intesa Stato-Regioni del 2021, meno della metà delle regioni, in virtù delle rilevazioni fatte da Agenas<sup>119</sup>, ha definito e reso pubbliche le rispettive tariffe<sup>120</sup>. Anche in questo caso, la pubblicità delle tariffe ADI è rispettata da poche regioni, che hanno adottato Deliberazioni di giunta per specificare in modo dettagliato le tariffe di accesso sulla base dei tre livelli e del tipo di operatore<sup>121</sup>.

Infine, la questione della formazione del personale coinvolto nell'attività di cura è, allo stato attuale, evocato come un obiettivo da implementare, anche se la maggior parte di regioni non ha adottato un documento/atto che ne dettaglia il contenuto e le modalità. Il richiamo alla formazione si evince nei Piani sanitari regionali, nelle DGR varie adottate dal 2021 in poi e in manuali e linee guida adottate a livello regionale o dalle singole aziende sanitarie. A dire il vero, la questione della formazione è più presente nell'attività delle organizzazioni private accreditate, a partire dai corsi che vengono erogati e pubblicizzati attraverso le loro pagine web.

## 6. Prospettive e problemi emergenti dalle politiche regionali dell'ADI

Le prime rilevazioni sullo stato di implementazione delle regioni in vista dell'obiettivo del 2026, consistente nell'aumento della presa in carico del 10% delle persone anziane assistite in regime ADI, evidenziano una serie di aspetti.

A livello nazionale prima del PNRR erano assistiti in ADI circa 650.000 persone anziane, mentre già nel 2023 il numero è salito a 1,17 milioni di persone. Successivamente è stato proprio il Ministro della salute, O. Schillaci, che in occasione di un'interrogazione parlamentare<sup>122</sup>, ha affermato che secondo le rilevazioni del SIAD<sup>123</sup> l'aumento sembra costante rispetto alla fase precedente all'intervento e che, pertanto, «*rappresenta una strategia ottimale*».

Questi risultati sono stati ovviamente registrati in modo diverso nelle varie regioni: in alcune di esse si è arrivati a raddoppiare il numero di assistiti; mentre altri modelli hanno raggiunto quote di incremento inferiori<sup>124</sup>.

Le due Regioni che hanno registrato il maggiore incremento percentuale degli anziani over 65 assistiti a domicilio sono la provincia di Trento (235%) e la regione Umbria (206%). Le altre regioni che hanno registrato buone prestazioni sono la Puglia, che si distingue con un incremento del 145%, seguita dalla Toscana con un aumento del 144%. Il Piemonte registra

<sup>119</sup> AGENAS, *Sistemi di remunerazione, dell'assistenza domiciliare residenziale e semi-residenziale. Analisi comparativa delle tariffe vigenti a livello regionale*, 2024.

<sup>120</sup> Regioni che hanno pubblicato le tariffe: Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte, Sicilia, Marche.

<sup>121</sup> Deliberazione di giunta regionale n. 1448 del 30 settembre 2024.

<sup>122</sup> Atto Camera, Interrogazione a risposta immediata in assemblea 3/01334 del 16 luglio 2024.

<sup>123</sup> Ci si riferisce al Sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD), che è stato aggiornato dal D.M. del 9 settembre 2023, n. 220.

<sup>124</sup> La maggior parte delle regioni risulta aver raggiunto l'incremento di numero di anziani assistiti a casa previsto dal PNRR: due regioni hanno raddoppiato l'incremento del numero di persone +65 in ADI (oltre +200%) e sono Umbria e PA Trento; quattro invece non hanno raggiunto i propri obiettivi ovvero Sicilia (1%), Campania (62%), Sardegna (77%), Calabria (95%).

un incremento del 124%<sup>125</sup>. Tuttavia, tre regioni non raggiungono questo livello. La Regione che ha registrato la percentuale di incremento più bassa è la Sicilia, con un modesto 1% rispetto agli obiettivi stabiliti. Al di sotto degli obiettivi prefissati si collocano anche la Campania (62%), la Sardegna (77%) e la Calabria, che si attesta al 95%, sebbene con una differenza di pochi punti percentuali.

I dati appena menzionati, se interpretati in modo assoluto, destano un certo ottimismo riguardo al raggiungimento degli obiettivi e, in generale, in relazione allo stato di avanzamento dei disegni organizzativi regionali. In realtà, le percentuali di aumento di presa in carico devono essere interpretate in modo più approfondito e tenendo in considerazione altri dati che concernono lo sviluppo del sub-investimento. In effetti, la Corte dei conti ha espresso riserve circa la piena validità di tali dati in una relazione del 2024<sup>126</sup>. I giudici contabili hanno infatti rilevato carenze di risultati incrementali di alcune regioni già nel monitoraggio del 2023 e, proprio per questa ragione, sono state intraprese interlocuzioni per l'aggiornamento dei dati. Inoltre, i giudici hanno altresì attestato l'impossibilità di verificare il conseguimento degli obiettivi prefissati, distinti per Regione e per fonte di finanziamento, evidenziando inoltre la mancata garanzia da parte delle Regioni dell'attivazione (o dell'adeguamento) del sistema di autorizzazione e accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari.

A prescindere da ciò, è innegabile che i dati sopra menzionati indichino una tendenza positiva, seppur non uniforme, nell'aumento delle persone assistite. Tuttavia, un'analisi dell'evoluzione dei modelli in una prospettiva giuridica, con particolare attenzione al tema del divario regionale, pone in luce elementi che suscitano preoccupazione e suggeriscono potenziali rischi.

In merito al tema del controllo e del ruolo di verifica da parte della cittadinanza, come previsto dal Recovery Fund, si evidenzia con chiarezza una sostanziale mancanza di forme e strumenti che possano facilitare tale processo. In altre parole, la trasparenza come controllo (pubblicità dei dati, organizzazioni accreditate, impiego dei fondi, tariffe) è certamente un elemento di cruciale importanza, ma potrebbe non rivelarsi esaustivo e, allo stato attuale, risulta insoddisfacente.

Si rende necessario, pertanto, un approfondimento circa il ruolo degli strumenti di raccordo tra Stato e Regioni, che dovrebbe essere oggetto di specifica valorizzazione, in particolar modo mediante il coinvolgimento delle Assemblee legislative regionali, le quali potrebbero svolgere un ruolo strategico in tale ambito.

Il ruolo delle regioni è sembrato piuttosto marginale nella fase di definizione vera e propria del Piano italiano, salvo poi parteciparvi attraverso la Conferenza Stato-Regioni che, come visto, ha definito alcuni aspetti importanti del nuovo modello ADI, nonché sul piano operativo concernente la fase attuativa vera e propria. Inizialmente, nelle premesse del piano, in

---

<sup>125</sup> Questi dati si evincono nella relazione AGENAS, Relazione di sintesi sul monitoraggio degli obiettivi previsti dal Decreto Interministeriale 24 novembre 2023 "Modifiche al decreto 23 gennaio 2023, recante ripartizione delle risorse relative all'investimento M6C1 - 1.2.1 «Casa come primo luogo di cura (ADI)» del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)".

<sup>126</sup> CORTE DEI CONTI, *Relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)*, maggio 2024.

particolare per quanto riguarda la sanità territoriale, il ruolo delle regioni appariva preminente. Tuttavia, ad oggi, sembra emergere una funzione che, sebbene rilevante, a causa delle problematiche sopraccitate, sembra allontanarsi dall'obiettivo fondamentale del PNRR<sup>127</sup>, ossia quello di promuovere e garantire un'effettiva uniformità dei livelli essenziali di assistenza. Tale finalità implica la capacità di tutti i sistemi sanitari regionali di tutelare la salute della popolazione anziana senza discriminazioni territoriali nell'intera penisola.

Un altro aspetto rilevante emerso dalla produzione normativa regionale in materia di ADI è l'ampio utilizzo di delibere di Giunta e dei Presidenti di Regione. Tale fenomeno solleva considerazioni di vario ordine.

In primo luogo, ciò evidenzia la predominanza di una logica in cui, perlomeno in questo specifico contesto, prevale la scelta di non coinvolgere i Consigli regionali, con la conseguente estromissione di questi ultimi dalle decisioni organizzative adottate.

Le ragioni che sottendono tale scelta possono essere ricercate nella maggiore celerità delle giunte nell'adozione di tali provvedimenti (periodo covid docet!). Tuttavia, siffatta prassi comporta una riduzione significativa sia della discussione in seno al Consiglio che la mancata opportunità di acquisire pareri e proposte che possano arricchire e migliorare le decisioni adottate.

A ciò si aggiunga il fatto che le indicazioni operative e organizzative, che spesso denotano il diverso *modus operandi* delle regioni nella realizzazione della cd. "attività amministrativa ulteriore", si desumono dai percorsi attuativi<sup>128</sup>: i piani sanitari regionali e altri documenti, che non vengono adottati in modo uniforme dalle regioni. Alcune di esse, infatti, adottano tali piani con un certo ritardo e, in aggiunta, il loro contenuto presenta variazioni significative, quali l'integrazione socio-sanitaria, i requisiti specifici della prestazione, il collegamento con altri servizi di cure domiciliari (SAD e cure palliative), la definizione delle azioni per i singoli obiettivi, il cronoprogramma e le risorse assegnate a ciascuna azienda. Emerge dunque un ruolo delle regioni che sembra più vicino all'idea, formulata in un'altra sede<sup>129</sup>, di «*amministrazione come intermediario debole*» che non di soggetto attuatore forte e determinante.

Sorge spontaneo interrogarsi sull'ipotesi che la «*rete gelosa del controllo governativo*<sup>130</sup>» sia la causa della riduzione della rispondenza della volontà dell'ente alle esigenze, ai bisogni e agli interessi della collettività residente sul territorio regionale e che ciò stia diventando più evidente con l'istituzione della nuova sanità territoriale.

L'interpretazione di questi elementi può essere effettuata attraverso due distinte prospettive: 1) vi è una scarsa considerazione di questi piani in termini di effettiva implementazione o, in un'ottica più critica, 2) trattasi di una scelta disorganica delle misure e azioni indicate in materia

---

<sup>127</sup> Tale problema è stato peraltro evidenziato all'indomani della riforma del 2001 in P. CARETTI, *Le funzioni amministrative tra Stato, Regioni e autonomie locali*, in ID., *Stato, Regioni, Enti locali tra innovazione e continuità. Scritti sulla riforma del Titolo V della Costituzione*, Giappichelli, Torino, 2003.

<sup>128</sup> Espressione utilizzata in C. BOTTARI, M. GOLA, *La presa in carico del cittadino da parte del servizio sanitario regionale*, Maggioli editore, Rimini, 2019.

<sup>129</sup> A. PIOGGIA, *Servizi e disservizi. Piccolo contributo alla ricerca del senso del pubblico nei servizi*, in *Costituzionalismo.it*, n. 1, 2017, pp 22-25.

<sup>130</sup> R. BIN, *La crisi delle Regioni. Che fare?* in *Le Regioni*, 2012, p. 743.

ADI, prive di una visione chiara e coerente su come svilupparle, non solo in relazione agli obiettivi del 2026, bensì in ordine alla fase susseguente al dispositivo di resilienza.

In entrambi i casi, le prospettive delineate non risultano rassicuranti. Ciononostante, è fondamentale rimarcare che, al fine di formulare un giudizio completo e definitivo, si rende necessario attendere un lasso di tempo maggiore, affinché sia possibile pervenire all'elaborazione e alla maturazione di un quadro più dettagliato e comprensibile.

In aggiunta a tali aspetti, emergono significative lacune che necessitano di essere colmate. La mancanza di personale qualificato e lo scarso investimento nella formazione emergono come alcune delle principali sfide attuali, indipendentemente dai singoli modelli regionali. Inoltre, la mancanza di un collegamento efficace tra gli ospedali, i medici di medicina generale (MMG), il contesto sociale e gli altri servizi del distretto influisce negativamente sul funzionamento ottimale della prestazione, poiché la multidisciplinarietà si basa sul coordinamento e sull'azione congiunta presso il domicilio del paziente seguito. Un ulteriore aspetto di notevole rilevanza è rappresentato dal ruolo dei caregiver e delle famiglie, che attualmente continuano a sperimentare la mancanza di un riconoscimento adeguato e positivo della loro attività.

Il modello suggerito in ambito internazionale della “collaborazione intersettoriale”<sup>131</sup>, ovvero un sistema in cui i protagonisti del settore formale e di quello informale diventano “prestatori di cura nell'integrazione socio-sanitaria”, è la rete che manca al sistema attuale.

Ultimo ma non per importanza, la questione legata alla nuova dimensione della valutazione dei livelli essenziali di assistenza, che si basa sulla quantità delle prestazioni garantite e non sulla qualità delle stesse. Viceversa, l'efficienza da misurare dovrebbe tenere conto della tempestività degli interventi, la totalità delle cure erogate e l'impiego concreto degli strumenti tecnologici e digitali tanto enfatizzati.

In conclusione, si ritiene opportuno richiamare una recente sentenza della Corte costituzionale<sup>132</sup>, seppur in materia di suicidio assistito, che, a parere di chi scrive, esprime il principio fondante dell'attività di cura, che si sostanzia nella presa in carico della fragilità e della non autosufficienza. La Corte, nel riaffermare l'impegno inderogabile della Repubblica nel rispondere ai bisogni derivanti: «dall'appello che sgorga dalla fragilità», ha affermato che si deve assicurare che ogni persona bisognosa di cure riceva un sostegno continuativo e una presa in carico adeguata da parte del sistema sanitario, incluse forme di assistenza domiciliare. Questo aspetto appare oltremodo determinante in quello che è stato definito come lo «spartiacque tra la scelta di vita e la richiesta di morte».

L'orientamento in questione dovrebbe pertanto fungere da guida per tutte le parti coinvolte nella trasformazione dell'assistenza domiciliare integrata, sia per le regioni, le aziende sanitarie e i distretti, che per le organizzazioni pubbliche e private erogatrici della prestazione.

Il corretto adempimento della funzione pubblica, la cura nella presa in carico delle fragilità e il dovere di solidarietà sembrano essere i requisiti essenziali per affrontare tali cambiamenti, che, è importante ribadirlo, incidono sulla salute, sulla dignità e, dunque, sulla vita delle persone.

<sup>131</sup> Si veda OCSE, *Una proposta di modello di intervento per promuovere l'integrazione degli interventi sanitari e sociali a domicilio per persone non autosufficienti*, oecd.org, 2024 pp. 21-24.

<sup>132</sup> CORTE COST., sent. n. 66 del 2025.



In periodi di difficoltà e incertezza come quelli attuali, si rende necessario fornire risposte concrete a interrogativi cruciali, tra cui la questione della solidarietà. La riflessione fondamentale sollevata da Stefano Rodotà<sup>133</sup> alcuni anni fa concerne proprio la natura della solidarietà, se essa costituisca una virtù dei tempi difficili o un valore repubblicano. La risposta a tale interrogativo non è univoca; tuttavia, l'auspicio è che a prevalere possa essere una convergenza tra questi due elementi. Affinché tale prospettiva possa concretizzarsi, è indispensabile che le regioni, oltre a uscire dal «cono d'ombra<sup>134</sup>» in cui attualmente si trovano, superino la logica normativa basata sul mero recepimento, promuovendo un'azione amministrativa più dinamica e incisiva.

---

<sup>133</sup> S. RODOTÀ, *Solidarietà: un'utopia necessaria*, Laterza, Roma-Bari, 2014.

<sup>134</sup> Espressione coniata nel 1975 da E. CHELLI, *Le regioni in un cono d'ombra*, in G. AMATO, D. SERRANI (a cura di), *Dalla parte delle Regioni. Bilancio di una legislatura*, Giuffrè, Milano 1975, p. 123 ss.