

LEA e LEPS: livelli essenziali, diritti ed esigibilità

Il nucleo dei livelli essenziali, siano essi di tipo sanitario, sociosanitario o socio-assistenziale, consiste di due aspetti:

- l'**esigibilità delle prestazioni**, mancando la quale non c'è la garanzia di un diritto soggettivo all'assistenza, vale a dire una fruibilità certa e non ipotetica;
- l'**effettività del diritto**, dimodoché i contenuti operativi dei livelli essenziali e il loro finanziamento siano definiti e proporzionati per rapporto ai bisogni di salute espressi dalla popolazione.

Nel caso dei LEA sanitari il Fondo Sanitario Nazionale ha la funzione di coprire l'intera spesa del sistema. Diversamente, per i livelli essenziali in ambito socio-assistenziale non c'è un sistema sociale nazionale collegato a un fondo unico di finanziamento indistinto coperto dalla fiscalità generale come per i LEA sanitari. La legge 328/2000 ha previsto che il Fondo Nazionale per le politiche sociali costituisce solo una parte del fabbisogno finanziario, poi esistono finanziamenti su specifiche misure e la parte restante va reperita tramite le risorse proprie degli Enti Locali, mutevoli tanto quanto l'entità dei trasferimenti nazionali a seguito delle frequenti manovre correttive della finanza pubblica. **La determinazione dei LEP trova perciò un rilevante ostacolo a partire dalla loro finanziabilità.** Essi sono intesi come punto di riferimento per stabilire la soglia di spesa necessaria ad erogare le prestazioni di natura fondamentale di modo che la loro determinazione rispetti i vincoli di finanza pubblica (art. 23, c. 4, D.lgs. n. 147/2017). In tal senso, si parla ancora di livelli essenziali, ma in concreto non lo sono quando vengono meno le qualità che li rendono tali: l'esigibilità e l'effettività delle prestazioni.

Nel caso dei livelli essenziali delle prestazioni in ambito socio-assistenziale, che si tratti di LEP di processo o di erogazione, bisogna che essi siano determinati per obiettivi di servizio, fabbisogni standard e garanzia del finanziamento necessario per soddisfarli, oppure si resta nello stato di *diritto sospeso*, nel limbo di una esigibilità solo formale e, per contro, di una vissuta inesigibilità materiale (M. Motta, Welforum, 2023).

Il **paradosso dei LEP, intesi come «diritti finanziariamente condizionati»** ha trovato spunto anche in sentenze della Corte Costituzionale le quali affermano l'esigenza del ragionevole bilanciamento tra la garanzia dei diritti sociali e la sostenibile gestione delle risorse finanziarie. Tuttavia, l'orientamento prevalente della giurisprudenza costituzionale associa questi istituti all'effettiva erogazione di prestazioni tangibili, in grado di rappresentare in concreto i contenuti del diritto soggettivo da soddisfare, perché la funzione dei livelli essenziali nella legge fondamentale, anche dopo la modifica dell'art. 81 Cost., non è di standardizzare la spesa pubblica ma quella di garantire l'esigibilità di diritti soggettivi.

È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione (v. sent. n. 275/2016 e sent. n. 62/2020 Corte Cost.).



dica32

Art. 32 (Costituzione) - La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività ...



n. 15
ottobre-novembre
2024

Brevi note informative per far valere il proprio diritto alla salute e alla cura

L'INTEGRAZIONE Socio SANITARIA



La garanzia di una presa in carico integrata presuppone che il legame erogativo (i percorsi) e di sistema (la gestione) tra livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e LEA sanitari abbiano importanti evidenze. Il problema è che una governance territoriale condivisa e, quindi, le modalità tramite le quali si definiscono e si costruiscono le azioni trasversali a garanzia dell'erogazione dei LEA e dei LEPS non sono affatto scontate. Il processo verso l'integrazione socio-sanitaria è tuttora irrisolto perché condizionato dal persistente ritardo del nostro sistema di welfare su tre dimensioni cruciali:

- **La dimensione istituzionale.** I sistemi d'offerta da integrare - sociale e sanitario - fanno riferimento a titolarità di funzioni pubbliche, responsabilità e ordinamenti diversi. Senza una base istituzionale, con fattivi modelli di governance condivisa delle funzioni fondamentali di assistenza sanitaria e di assistenza sociale, l'integrazione socio-sanitaria si riduce ad un accostamento il più delle volte scoordinato di prestazioni sanitarie e sociali.

- **La dimensione interprofessionale.** Il dibattito pubblico sull'integrazione professionale insiste molto sulla presenza della équipe multiprofessionale, ma lascia perlopiù in ombra le trasformazioni che la gestione di percorsi integrati di assistenza comporta nelle pratiche professionali, oltreché nell'organizzazione delle due filiere, sanitaria e sociale, da cui provengono le professionalità coinvolte.

- **La dimensione gestionale e organizzativa.** Benché nel Dpcm sull'aggiornamento dei LEA e nei Piani nazionali sulla Non-Autosufficienza e sulla Cronicità si trattino indirizzi di programmazione che prevedono l'erogazione congiunta di prestazioni

affidenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali, di fatto l'attivazione di percorsi assistenziali integrati da parte delle istituzioni sanitarie e sociali – al netto di alcune esperienze di buone pratiche – ancora non è la normale modalità di accesso e di fruizione dei servizi. L'organizzazione territoriale dei servizi socio sanitari è tuttora frammentata, settoriale e di non semplice riconoscibilità e accessibilità per gli utenti.

PPT e PDZ: le programmazioni 2025-2027 di ASST e di Ambito

«**Integrazione sociosanitaria**» e «**continuità assistenziale**» assolvono entrambe la stessa inscindibile funzione di accompagnare la persona in tutto il suo percorso di cura e assistenza con le competenze professionali necessarie di tipo sanitario e sociale.

Un primo passo per l'integrazione è rendere unitario il processo programmatorio del PPT e del PDZ.



Con la **DGR 2089/2024** Regione Lombardia ha fornito alle ASST gli indirizzi per i Piani di sviluppo del Polo Territoriale (PPT), da declinare su base distrettuale.

La successiva **DGR 2167/2024** ha tracciato gli indirizzi di riferimento per i 91 Ambiti territoriali lombardi ai fini della programmazione sociale con i Piani di Zona (PdZ).

L'approvazione dei due piani triennali (2025-2027) è stabilito sia da farsi entro il 31.12.2024, con il fine esplicito nelle due delibere di indirizzo regionale di garantire l'avvio di un coordinamento tra la programmazione sociale di Ambito e quella sanitaria e sociosanitaria distrettuale delle ASST sulla base di una condivisa lettura del contesto sociale ed epidemiologico locale che determini i bisogni di salute, anche in ottica preventiva, della popolazione di riferimento.

Nelle aree trasversali di integrazione sociosanitaria è compito della programmazione territoriale a livello di Distretto e di Ambito promuovere e declinare azioni di collaborazione tra servizi e professionisti del settore sociale, sanitario e sociosanitario, utilizzando accordi di collaborazione inter-istituzionale e protocolli operativi tra i vari soggetti coinvolti. In particolare, ai fini dell'integrazione con la rete delle cure primarie (DGR 2089/04), sono da presidiare nel territorio (distretto/ambito) i seguenti processi di integrazione:

- integrazione tra IFeC, MMG, personale di studio MMG;
- integrazione tra specialisti e MMG;
- integrazione tra MMG, PLS, Specialisti, Ambiti Sociali Territoriali;

- integrazione tra servizi ASST, MMG, PLS, Ambiti Territoriali Sociali, Associazioni-smo/Enti terzo settore.

L'organizzazione dei servizi territoriali sanitari, sociosanitari e socioassistenziali deve funzionare come una filiera integrata garantendo, in particolare nel caso di persone fragili o non-autosufficienti, la continuità dell'assistenza nelle transizioni tra i diversi setting di cura, a cominciare da un **sistema unico di accesso e dalla valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali di natura clinica, funzionale e sociale** ad opera di équipe multidisciplinari sanitarie e sociali finalizzata alla stesura di un percorso o progetto assistenziale integrato e individualizzato.

I punti unici di accesso (PUA) con sede operativa di norma presso le Case di Comunità del Distretto e **la valutazione multidimensionale, sono qualificati come livelli essenziali, ossia LEP di processo, non meno esigibili dei LEP di erogazione.**

L'esigibilità dei LEPS avrebbe necessità, come previsto per i LEA sanitari (art. 14, c. 5, D.Lgs. 502/1992 e art. 23 bis, l.r. 33/2009), di percorsi di garanzia e procedure attivabili dal cittadino per fare reclamo presso l'amministrazione competente di eventuali disservizi ed ottenere i dovuti rimedi.

Ad oggi ancora manca a livello regionale una specifica attuazione della norma prevista dalla legge 328/2000 che recita:

“Le Regioni disciplinano le procedure amministrative, le modalità per la presentazione dei reclami da parte degli utenti delle prestazioni sociali e l'eventuale istituzione di uffici di tutela degli utenti stessi che assicurino adeguate forme di indipendenza nei confronti degli enti erogatori” (art. 8, c. 4, l. cit.).

La L.r. 22/2021 ha introdotto modifiche organizzative che si propongono di ridisegnare intorno al perimetro del Distretto sociosanitario, coincidente di norma con l'Ambito sociale, gli assetti per una governance territoriale dei sistemi d'offerta sanitaria e sociale.

Le Cabine di regia di ASST e di ATS e il complesso degli Organismi di rappresentanza territoriale assumono una funzione essenziale allo scopo di declinare la parte di programmazione che riguarda gli interventi su materie trasversali.

ASST/Distretti e Ambiti sociali devono altresì prevedere e garantire il coinvolgimento e la partecipazione attiva degli attori sociali che operano sul territorio sia nella fase di lettura dei bisogni e di programmazione, sia nelle fasi attuative, di monitoraggio di processo e di esito, con l'**istituzione di tavoli formalizzati.**