



GLI
SPECIALI



CISL
PENSIONATI

PROTEGGERE IL DIRITTO ALLA SALUTE: LEA e LEPS

APPROFONDIMENTI, ANALISI E RIFLESSIONI su temi importanti per pensionati e famiglie

INDICE

Introduzione	<u>p. 3</u>
I LEA: cosa sono e come funzionano	<u>p. 4</u>
Il ruolo dello Stato e delle Regioni	<u>p. 5</u>
Le forme di finanziamento	<u>p. 5</u>
Il monitoraggio dei LEA	<u>p. 6</u>
Un sistema pensato per i cittadini: integrare LEA e LEPS	<u>p. 8</u>
I LEPS: cosa sono e come funzionano	<u>p. 9</u>
Il finanziamento dei LEPS	<u>p. 11</u>
LEA e LEPS nella Legge di Bilancio 2026	<u>p. 12</u>
In conclusione	<u>p. 15</u>
Sitografia e documenti	<u>p. 16</u>

PROTEGGERE IL DIRITTO ALLA SALUTE: LEA E LEPS

Nel nostro Paese si sente spesso parlare di LEA e LEPS, due acronimi che riguardano diritti fondamentali dei cittadini in tema salute e assistenza e che rappresentano uno degli strumenti attraverso cui si **realizza il diritto alla salute** previsto dalla nostra Costituzione. Ma cosa sono i LEA e cosa i LEPS?

I **LEA, Livelli Essenziali di Assistenza**, sono l'insieme delle **prestazioni e dei servizi sanitari** che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a **tutti i cittadini italiani**, ovunque essi vivano, sia gratuitamente sia con il pagamento di un ticket. In pratica, i LEA stabiliscono cosa deve essere garantito minimamente a ciascuno per tutelare la salute: dal medico di base alle visite specialistiche, dagli esami diagnostici alle cure ospedaliere, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. La loro importanza è enorme poiché assicurano che nessuno sia escluso dall'accesso alle cure essenziali per motivi economici o geografici.

Accanto ai LEA esistono anche i **Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS)**, che riguardano invece i servizi sociali e di assistenza di carattere non sanitario, come il sostegno alle persone in difficoltà, i servizi per l'autonomia degli anziani o per l'inclusione sociale.

Mentre i **LEA si concentrano sulla salute in senso medico**, i **LEPS ampliano l'orizzonte verso il benessere complessivo della persona**, puntando a garantire **pari opportunità e qualità della vita** per chi si trova in condizioni di vulnerabilità.

Insieme, LEA e LEPS rappresentano due facce della stessa medaglia: non solo cure e servizi sanitari, ma anche supporti sociali che contribuiscono a una tutela più ampia dei diritti fondamentali. Per questo, rafforzare la loro attuazione e garantire che siano davvero **accessibili ovunque in Italia** è fondamentale per promuovere equità, dignità umana e coesione sociale.

Ma qual è la situazione nel nostro Paese? Sono davvero esigibili in tutte le Regioni?

Nello Speciale approfondiamo il tema cercando di capire cosa stabilisce la normativa e quali sono le criticità che si riscontrano ancora oggi in Italia.

I LEA: cosa sono e come funzionano

I **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** sono le prestazioni e i servizi che il **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)** italiano è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o con pagamento di una quota di partecipazione (ticket), indipendentemente dalla Regione in cui vivono.

I LEA sono uno strumento fondamentale per garantire l'uguaglianza del diritto alla salute in tutto il territorio nazionale ed hanno l'obiettivo di:

- assicurare che tutti i cittadini abbiano accesso a cure e servizi sanitari fondamentali;
- evitare che ci siano forti differenze assistenziali tra le Regioni;
- definire quali prestazioni sono a carico del sistema pubblico e quali, invece, sono a carico del cittadino.

I LEA si dividono in tre grandi aree:

Area**PREVENZIONE
COLLETTIVA
E SANITÀ
PUBBLICA**

Ad esempio:

- sorveglianza
- vaccinazioni
- sicurezza alimentare
- salute sul lavoro
- prevenzione delle malattie croniche e nutrizionali

Area**ASSISTENZA
DISTRETTUALE**
attività e servizi sanitari
e socio-sanitari diffusi
sul territorio

Tra i quali:

- medici di medicina generale e pediatra di libera scelta
- assistenza specialistica ambulatoriale
- assistenza socio-sanitaria domiciliare
- assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale

Area**ASSISTENZA
OSPEDALIERA**

Ad esempio:

- pronto soccorso
- ricovero ordinario per acuti
- day surgery e day hospital
- riabilitazione e lungodegenza

**LEA E LEPS**

Il ruolo dello Stato e delle Regioni

La Costituzione prevede che la responsabilità della tutela della salute sia ripartita tra lo Stato e le Regioni (Titolo V, art.117, comma 2, lett. m). Lo Stato ha il compito di determinare i Livelli Essenziali di Assistenza che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale e di vigilare sulla loro effettiva erogazione. **Le Regioni programmano e gestiscono in piena autonomia la sanità nell'ambito territoriale di loro competenza**, avvalendosi delle aziende sanitarie locali (Asl) e delle aziende ospedaliere.

Tutte le Regioni devono garantire ai propri assistiti le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA. Inoltre, ciascuna Regione, nel caso in cui si trovi in condizioni di equilibrio economico finanziario, può decidere di ampliare l'assistenza garantita ai propri cittadini residenti destinando ulteriori risorse ai cosiddetti "livelli ulteriori", che vanno ad aggiungersi ai livelli essenziali. Può trattarsi di servizi o prestazioni destinate a specifiche categorie di malati o di disabili (farmaci, rimborsi spese, prestazioni specialistiche, ecc.) oppure rivolte alla generalità dei cittadini residenti. Le Regioni che si trovano in condizioni di disavanzo strutturale e che hanno sottoscritto un Piano di rientro dal deficit non possono erogare livelli ulteriori (**Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia**).

Le Regioni hanno **autonomia organizzativa e gestionale**, ma devono **rispettare i LEA stabiliti a livello nazionale**. In pratica le Regioni devono:

- predisporre un **Piano Sanitario Regionale** (PSR);
- organizzare servizi sanitari territoriali e ospedalieri;
- assicurarsi che **tutti i cittadini residenti** possano accedere alle prestazioni LEA.

Le forme di finanziamento

I LEA sono finanziati principalmente attraverso il **Fondo Sanitario Nazionale (FSN)**, che a sua volta proviene da fonti di finanziamento pubblico come la fiscalità generale (IRAP e addizionale regionale IRPEF), la compartecipazione all'IVA e gli stanziamenti della Legge di Bilancio. Le risorse vengono poi ripartite tra le Regioni e destinate alle diverse aree di assistenza (prevenzione, assistenza distrettuale e ospedaliera) secondo quote prestabilite.

Il finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) per il 2025 è stato di circa 136,6 miliardi di euro, in aumento di circa 2,6 miliardi rispetto ai 134 miliardi del 2024, di cui una quota specificamente destinata ai LEA, pari a 50 milioni di euro annui. Per il **2026** il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è stato incrementato ulteriormente di **circa 4,2 miliardi di euro**, già previsti da precedenti leggi di bilancio e

programmati per il 2026, a cui si sono aggiunti **2.382,2 milioni di euro per l'anno 2026, 2.631 milioni di euro per l'anno 2027 e 2.633,1 milioni di euro, previsti dalla legge di bilancio n.199 del 30 dicembre 2025, che portano il Fondo a raggiungere 143,1 miliardi nel 2026, 144,1 miliardi di euro nel 2027 e 145 miliardi di euro nel 2028.**

Il monitoraggio dei LEA

La corretta applicazione dei LEA viene monitorata dal Ministero della Salute **attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)**.

Il Nuovo Sistema di Garanzia rappresenta lo strumento attraverso il quale il Governo verifica che l'erogazione dei **livelli essenziali di assistenza (LEA)** avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità, **analizzando l'attività sanitaria erogata in tutte le Regioni**.

All'interno del Sistema di Garanzia è individuato un **sottoinsieme di indicatori**, denominato **“CORE”**, che valuta sinteticamente l'erogazione dei LEA attraverso:

- il confronto del valore raggiunto per ciascun indicatore rispetto a valori standard di riferimento;
- un punteggio attribuito a ciascun indicatore;
- un punteggio complessivo per singola macro-area di assistenza attribuito alla Regione/P.A. per misurare il risultato raggiunto.

L'ultima indagine che è stata pubblicata dal Ministero della Salute fa riferimento all'anno 2023 e restituisce l'immagine di un'Italia disomogenea con forti differenze tra Nord e Sud.

Tabella 3. Risultati NSG - punteggi sottoinsieme CORE per area, anno 2023

Regioni	Punteggi CORE 2023		
	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Piemonte	93	90	87
Valle d'Aosta	77	35	53
Lombardia	95	76	86
P.A. Bolzano	58	82	62
P.A. Trento	98	83	97
Veneto	98	96	94
Friuli Venezia Giulia	81	81	73
Liguria	54	85	80
Emilia Romagna	97	89	92
Toscana	95	95	96
Umbria	93	80	84
Marche	74	83	91
Lazio	63	68	85
Abruzzo	54	45	83
Molise	58	73	62
Campania	62	72	72
Puglia	74	69	85
Basilicata	68	52	69
Calabria	68	40	69
Sicilia	49	44	80
Sardegna	65	67	60

Fonte: elaborazione Ministero della Salute su dati NSG 2023

Complessivamente, **nell'anno 2023** la maggior parte delle Regioni registrano un **punteggio superiore a 60** (soglia di sufficienza) **in tutte le macro-aree**: si tratta di Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Campania, Puglia, Sardegna e la Provincia Autonoma di Trento.

Nessuna Regione/P.A. presenta punteggi inferiori alla soglia su tutte le tre macro-aree.

Alcune Regioni/P.A., invece, presentano un **punteggio inferiore alla soglia** in una o più macro-aree. In particolare:

- **in due macro-aree**: Valle D'Aosta (Distrettuale e Ospedaliera), Abruzzo e Sicilia (Prevenzione e Distrettuale);
- **in una macro-area**: P.A. Bolzano, Liguria e Molise (Prevenzione), Basilicata e Calabria (Distrettuale).

Dall'analisi dell'andamento **dei punteggi tra il 2020 e il 2023**, nelle Regioni dell'area **Sud-Isole** è emersa **una maggiore concentrazione dei valori sotto la soglia di sufficienza** e uno *scoring* mediamente più basso rispetto alle altre aree del Paese (Nord, Centro). Fatta eccezione per l'anno 2020, durante il quale si nota la flessione della performance legata alla pandemia nelle aree ospedaliera e di prevenzione, per le **Regioni del Nord** si registra un **andamento mediamente stabile**, mentre per quelle del **Centro** il **miglioramento medio nell'area ospedaliera si accompagna ad un andamento discontinuo delle aree distrettuale e prevenzione**.

Un sistema pensato per i cittadini: integrare LEA e LEPS

Lavorare sull'effettiva attuazione dei LEA in tutti i territori del nostro Paese è, senz'altro, un'esigenza primaria per garantire il diritto alla salute di tutti i cittadini. Ma non basta. La salute come definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), infatti, non può essere considerata solo come "assenza di malattia", ma come una condizione di benessere fisico, mentale e sociale che pervade tutte le dimensioni della vita dell'individuo.

Una visione che si ritrova anche nell'approccio *One Health* introdotto nel PNRR: si tratta di un approccio olistico che inserisce i servizi all'interno di un **ecosistema nel quale al centro troviamo il paziente e i suoi bisogni**. In questa visione, i servizi sanitari, gli enti e i professionisti coinvolti sarebbero i nodi di una rete che mette al centro il paziente e che potrebbero attivarsi in base alle necessità contingenti per prendersi cura dell'individuo.

Da un punto di vista legislativo, questa concezione si traduce in una integrazione inscindibile tra servizi sanitari e sociali, che permetta una presa in carico globale e concreta per tutti i cittadini. Quando i servizi sociali e sanitari sono integrati, infatti, c'è una continuità assistenziale che permette di seguire i pazienti lungo tutto il percorso di cura, dalla diagnosi alla riabilitazione o assistenza a lungo termine. Questo approccio previene frammentazioni del trattamento e

assicura che non vengano trascurati aspetti cruciali del benessere del paziente.

L'integrazione sociosanitaria è uno dei principi fondanti della Legge 328/2000 che promuove una collaborazione strutturata tra il sistema sanitario e quello sociale per rispondere ai bisogni complessi dei cittadini. La Legge stabilisce, infatti, che "la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali avviene in modo coordinato con le politiche sanitarie, dell'istruzione, della formazione, del lavoro e delle politiche abitative."

L'articolo 22 della Legge 328/2000 ha delineato, in forma generica, una serie di ambiti di intervento riconosciuti come livelli essenziali, stabilendo che ogni ambito territoriale deve garantire almeno i seguenti servizi: servizio sociale professionale, segretariato sociale, servizio di pronto intervento sociale, assistenza domiciliare e strutture residenziali e semiresidenziali. L'obiettivo è fornire prestazioni coordinate e integrate a livello locale per sostenere le persone in situazioni di disagio, disabilità o povertà.

Entrano in gioco, allora, i LEPS.

I LEPS: cosa sono e come funzionano

I **LEPS (Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali)** sono un insieme di interventi e servizi che la Repubblica assicura in modo uniforme su tutto il territorio nazionale per garantire diritti sociali fondamentali ai cittadini, senza discriminazioni e indipendentemente da dove risiedono. Quando si parla di Livelli essenziali delle prestazioni (LEP) si fa solitamente riferimento a quattro ambiti di diritti: salute, istruzione e formazione, assistenza sociale, mobilità e trasporto. I **Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS)**, invece, sono quelli che **riguardano specificatamente il settore dell'assistenza sociale**.

Il "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021–2023" ne aveva individuati alcuni come prioritari: il pronto intervento sociale; la supervisione del personale dei servizi sociali; i servizi sociali per le dimissioni protette; la prevenzione dell'allontanamento familiare; i servizi per la residenza fittizia; i progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente. Negli anni, **fino a tutto il 2024, sono stati individuati, in modo frammentato e con normative diverse, sedici diversi Livelli essenziali delle prestazioni (LEPS)**, quali ad esempio il Pronto intervento sociale, la supervisione del personale dei servizi sociali, i servizi sociali per le dimissioni protette, la prevenzione dell'allontanamento familiare, i servizi per la residenza fittizia, i progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente, l'assistenza domiciliare sociale e servizi di prossimità, sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare, il servizio di mediazione culturale, i percorsi di accesso integrato ai servizi.

Altri sono stati recentemente anticipati dal "**Piano nazionale degli interventi e dei Servizi sociali 2024–2026**". Altri ancora saranno individuati perché la Legge 22 dicembre 2021, n. 227

(Delega al Governo in materia di disabilità) prevede l'approvazione dei LEPS in favore delle persone con disabilità. Pertanto, a differenza dei LEA sanitari, individuati in modo organico tramite uno specifico Decreto aggiornato nel corso degli anni, i LEPS sono stati individuati attraverso una serie di normative diverse, senza un disegno organico e, ancora oggi, risultano largamente incompleti.

Pertanto, non esiste ancora un elenco unico, definitivo e "chiuso" dei LEPS, come avviene invece per i LEA in ambito sanitario. Tuttavia, oggi è possibile individuare un nucleo di LEPS fondamentali, riconosciuti a livello nazionale e utilizzati come riferimento per garantire diritti sociali uniformi sul territorio.

In base alla normativa e alla programmazione recente, i LEPS sono generalmente individuati in 7 ambiti principali:

1. **accesso ai servizi sociali:** garantisce a tutti i cittadini la possibilità di entrare in contatto con il sistema dei servizi, senza barriere informative o burocratiche;
2. **segretariato sociale:** è il servizio di informazione, orientamento e accompagnamento, che aiuta le persone a conoscere i propri diritti e le opportunità disponibili sul territorio;
3. **servizio sociale professionale:** prevede la presenza di assistenti sociali che svolgono attività di valutazione dei bisogni, presa in carico e supporto continuativo alle persone e alle famiglie;
4. **presa in carico e progetto personalizzato:** ogni persona in difficoltà ha diritto a un intervento costruito su misura, che tenga conto della sua situazione, delle sue risorse e dei suoi obiettivi di autonomia;
5. **pronto intervento sociale:** interventi urgenti per far fronte a situazioni di emergenza sociale (grave marginalità, violenza, abbandono, senza dimora);
6. **assistenza domiciliare:** servizi rivolti a anziani, persone con disabilità o non autosufficienti, per favorire la permanenza nel proprio contesto di vita e prevenire l'istituzionalizzazione;
7. **sostegno a famiglie, minori e persone in condizione di fragilità:** che comprende interventi di tutela dei minori, sostegno alla genitorialità, inclusione sociale, contrasto alla povertà e all'emarginazione.

Ma come si garantisce l'esigibilità dei LEPS? Secondo la Costituzione lo Stato definisce i livelli essenziali e, successivamente, tutti i territori devono garantire ai cittadini la parità di accesso ai servizi sociali. Per fare ciò devono essere previsti una serie di strumenti per verificare che tutte le Regioni e i Comuni siano adempienti.

In particolare, occorre definire con chiarezza:

- 1. Chi è il soggetto deputato all'attuazione dei livelli essenziali:** secondo quanto definito dalla legge di bilancio del 2021, livelli essenziali delle prestazioni sociali devono essere realizzati dagli Ambiti territoriali sociali (ATS). A tal proposito, nel luglio 2025 sono state pubblicate le **Linee guida per la definizione dei modelli organizzativi omogenei degli Ambiti Territoriali Sociali per l'attuazione dei LEPS**.
- 2. Il sistema di finanziamento pubblico:** lo Stato ha riconosciuto che serve un sistema di finanziamento pubblico dei livelli essenziali dedicato e adeguato nel suo importo. I LEPS finora definiti sono stati tutti finanziati dallo Stato ma in modo frammentato. La legge di bilancio 199 del 30 dicembre 2025, introduce novità riguardo la determinazione dei livelli di spesa per il LEPS.
- 3. L'individuazione degli obiettivi di servizio:** l'obiettivo di servizio definisce la quantità di prestazioni di quel livello essenziale che devono essere garantite in un ATS, è l'obiettivo minimo che l'Ambito deve raggiungere. Fino ad ora l'unico obiettivo di servizio definito era quello di 1 assistente sociale ogni 5.000 abitanti, ma con la legge di bilancio 2026 è stato stabilito anche l'obiettivo per altre figure come lo psicologo e l'educatore professionale.
- 4. Il monitoraggio:** per verificare se ci sono territori adempienti e inadempienti serve un sistema di indicatori che confluiscano in un rapporto nazionale annuale di monitoraggio dei LEPS. Con la legge di bilancio 2026 si introduce proprio un Sistema di Garanzia che dovrà assicurare il monitoraggio dei servizi.
- 5. Revisione e aggiornamento dei LEPS:** occorre la completa individuazione, manutenzione e aggiornamento dei LEPS.

Il finanziamento dei LEPS

Per quanto riguarda **l'attuazione dei LEPS**, la Legge di bilancio del 2021, ha stabilito che i livelli essenziali debbano essere realizzati dagli Ambiti territoriali sociali (ATS), che quindi dovranno avere una competenza gestionale importante. Le Regioni dovranno definire le forme per la gestione associata dei servizi sociali a livello di ATS, enti in grado di avere autonomia gestionale, amministrativa e finanziaria. Al momento molti ATS sono ancora legati a modalità organizzative basate su unioni di Comuni e sul Comune Capofila e questo contribuisce a creare una disomogeneità tra le Regioni.

Anche il tema del **finanziamento** presenta uno scenario variegato. A differenza di quello che avvenne per i LEA, per i quali è stato individuato il Fondo sanitario nazionale, per i LEPS non c'è un fondo dedicato, ma tanti fondi generici con cui si finanziato i singoli LEP. Ad esempio, è stato stanziato **nel Fondo povertà dalla Legge di bilancio 2021** per il servizio sociale professionale un finanziamento di 180 milioni per l'arruolamento di nuovi assistenti sociali (**devo-**

no essere garantiti un assistente sociale ogni 5.000 abitanti) oppure nell'ambito del Fondo nazionale delle politiche sociali, sono stati vincolati 10 milioni di euro per la supervisione e 20 milioni di euro per le dimissioni protette. Da un punto di vista del finanziamento, questo comporta uno svantaggio perché, se per i LEA annualmente lo Stato è obbligato a esplicitare quale è il finanziamento che intende dedicare a quelle garanzie, per i LEPS non è così.

Quello dei LEPS, quindi, è un nodo ancora tutto da sciogliere. Sarà fondamentale stabilire con certezza le modalità di finanziamento dei LEPS, quali sono i meccanismi di controllo e monitoraggio che permettano davvero di renderli esigibili in tutte le Regioni italiane e come armonizzarli davvero con i LEA per garantire che le prestazioni sanitarie e sociali fornite siano **adeguate e uniformi** su tutto il territorio nazionale.

LEA e LEPS nella Legge di Bilancio 2026

Il 30 dicembre 2025 è stata pubblicata sulla **Gazzetta Ufficiale n. 301 - Suppl. Ordinario n. 42, la nuova legge di bilancio, n. 199 del 30 dicembre 2025, recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2026 e bilancio pluriennale per il triennio 2026-2028"**, nella quale alcuni commi sono dedicati proprio ai LEA e ai LEPS.

In particolare, **per quanto riguarda i LEA, la legge di bilancio aumenta in modo significativo le risorse dedicate alle attività di prevenzione nel sistema sanitario nazionale**. A partire dal 2026, sono stanziati **238 milioni di euro ogni anno**, per rafforzare la rete dei programmi di prevenzione e diagnosi precoce tra cui:

- estensione dello screening per il tumore della mammella alle donne d'età 45 e 49 anni e 70-74 anni
- estensione dello screening per il tumore del colon-retto alla fascia d'età 70-74 anni
- consolidamento del programma di monitoraggio del tumore polmonare
- incremento delle risorse per i vaccini
- vengono estesi i test genomici nei casi di carcinoma mammario avanzato o metastatico
- programmi di *screening* nutrizionale dei pazienti oncologici
- sviluppo dei test per la diagnosi della sordità e per le malattie rare
- potenziamento degli accertamenti per la diagnosi precoce della leucodistrofia metacromatica neonatale e per la malattia di Parkinson
- prevenzione e la cura delle patologie oculari cronico-degenerative e delle patologie reumatologiche

Per l'anno 2026, inoltre, si prevedono risorse aggiuntive pari a 247 milioni destinate all'ulteriore potenziamento delle misure di prevenzione.

Nella legge di bilancio, inoltre, si fa riferimento anche **all'assistenza domiciliare integrata** che viene orientata prioritariamente alle **dimissioni protette di pazienti cronici complessi**, anche attraverso programmi di telemonitoraggio. Le dimissioni protette prevedono una continuità di cura e assistenza attraverso un programma concordato tra ospedale e territorio e sono garantite sia dai LEPS che dai LEA. Entro 12 mesi dalla legge, il Ministro della Salute dovrà emanare linee guida nazionali per la gestione delle dimissioni protette, con menzione esplicita del ruolo delle Centrali Operative Territoriali (COT) nell'attivazione dei programmi.

La transizione ospedale-territorio è uno dei momenti critici per l'intercettazione di fragilità e rischio di isolamento e sarà fondamentale verificarne l'effettiva implementazione.

Per quanto riguarda i LEPS, invece, **la legge di bilancio ne conferma la necessità di definizione e attuazione**, come previsto dall'art. 13 del decreto legislativo n.68 del 2011. La disposizione vuole ottemperare a quanto previsto dal PNRR che prevedeva la definizione dei livelli essenziale delle prestazioni e dei fabbisogni standard da raggiungere inizialmente entro dicembre 2024 e poi posticipato a giugno 2026.

Viene istituito, a partire dal 2027, il **Sistema di Garanzia dei Livelli essenziali nel settore sociale**, che fa riferimento ad ogni Ambito territoriale sociale (ATS), con lo scopo di **individuare attraverso dei criteri oggettivi la quantificazione delle risorse, l'offerta omogenea e il monitoraggio dei servizi**. La legge prevede la **determinazione di un livello di spesa di riferimento per ATS** che deve consentire il finanziamento dei principali livelli essenziali e obiettivi di servizio a stanziamenti e legislazione vigenti, come, ad esempio, le prestazioni domiciliari sociali per anziani non autosufficienti, l'accesso integrato ai servizi tramite Punti intervento sociale o le dimissioni protette.

Più in particolare, il Sistema di Garanzia dovrebbe assicurare progressivamente le prestazioni e i livelli di spesa di alcuni LEPS, tra i quali:

- **assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari rivolta a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione. All'interno di questo LEPS sono comprese le soluzioni abitative;**
- **servizi sociali di sollievo** per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali: il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne; un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari;

- **servizi sociali di supporto** per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali: la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari; l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento dei relativi adempimenti;
- **percorso assistenziale integrato. Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA);**
- **pronto intervento sociale;**
- **servizi sociali per le dimissioni protette.**

Entro il 30 giugno 2026 dovranno determinati i livelli di spesa di riferimento per ogni ATS, in base ai fabbisogni standard di ogni Comune che lo compone, nonché i criteri e gli obiettivi delle prestazioni e i meccanismi di riparto che tengono conto degli effettivi beneficiari delle prestazioni e dei fabbisogni reali dei territori.

Entro dicembre 2026 dovranno essere determinate le modalità di monitoraggio del Sistema di garanzia, che prende in esame tutte le spese degli ATS.

Altra novità della legge di bilancio 2026 è l'introduzione, oltre a quanto già previsto come rapporto di un assistente sociale ogni 5.000 abitanti, un **ulteriore standard per il personale delle Equipe multidisciplinari a livello di ATS, costituito da uno psicologo ogni 30.000 abitanti e un educatore professionale ogni 20.000.** Per garantire questi standard la legge incrementa il **"Fondo speciale equità livello dei servizi" di 200 milioni di euro** a decorrere dal 2027.

Viene previsto, infine, un livello di intensità assistenziale pari ad **un'ora settimanale di assistenza domiciliare sociale per le persone non autosufficienti**, da modulare in funzione della consistenza della platea dei beneficiari, nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente nei bilanci degli enti.

In conclusione

L'analisi del funzionamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e delle modalità con cui vengono implementati nel nostro Paese rivela ancora significative disparità tra le diverse regioni, con un ritardo soprattutto nelle aree del Sud nell'attuazione effettiva dei LEA. I dati provenienti dal monitoraggio del Nuovo Sistema di Garanzia mostrano chiaramente come, a livello nazionale, non si sia ancora raggiunta un'offerta omogenea sanitaria, programmata, organizzata e qualitativa in tutte le regioni, con il risultato che i Livelli Essenziali di Assistenza non sono garantiti in maniera uniforme e adeguata a tutti i cittadini.

Questo divario rappresenta una sfida che va affrontata urgentemente per rispondere in modo tempestivo alle esigenze dei cittadini, tenendo sempre presente che la salute deve essere considerata un diritto inviolabile. È quindi fondamentale intervenire non solo per colmare le disuguaglianze nell'attuazione dei LEA, ma anche per promuovere una vera integrazione tra i Livelli Essenziali di Assistenza e i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, in modo da garantire un approccio globale e sinergico alla salute e al benessere.

L'integrazione tra LEA e LEPS permetterebbe, di fatto, di bilanciare risorse, prestazioni e accesso ai servizi, creando un sistema sanitario nazionale che funzioni in maniera coesa e strutturata.

In conclusione, la corretta attuazione dei LEA e la loro integrazione con i LEPS rappresentano una via indispensabile per la realizzazione di un principio fondamentale: la salute di ogni individuo è un bene collettivo, che merita di essere tutelato in ogni sua forma. Rimane l'incertezza sull'effettiva attuazione di una riforma che non è stata messa a terra negli ultimi 25 anni e che ci auguriamo, invece, possa essere, quanto prima, una realtà nel nostro Paese.

SITOGRAFIA

<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/cosa-sono-i-lea/>

https://temi.camera.it/leg19/temi/tl18_aggiornamento_dei_livelli_essenziali_di_assistenza_lea_.html

<https://www.welforum.it/dossier/un-paese-in-attesa-dei-leps/>

DOCUMENTI

Camera dei Deputati, Servizio Studi, *I nuovi Livelli essenziali di assistenza (LEA)*, 2022

Gimbe, *8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale*, 2025

Prospettive sociali e sanitarie, *Verso l'attuazione dei Livelli essenziali nel sociale*, n. 1-2, inverno-primavera 2025

Legge di Bilancio n.199 del 30 dicembre 2025