



Newsletter Aris

n° 734 – 20.5.2026

Ripresa alla Camera l'indagine conoscitiva sull'attuazione dei LEA

La Commissione Affari Sociali della Camera ha proseguito l'indagine conoscitiva sull'attuazione dei LEA. Sono stati auditi i rappresentanti della Corte dei Conti e del Consiglio di Stato. Data l'importanza dei due organismi ne rendiamo conto.

La Corte dei Conti ha sostanzialmente richiamato le criticità nella gestione delle liste d'attesa, legate a carenze di coordinamento tra Stato e Regioni, l'assenza di sistemi interoperabili, disomogeneità territoriali e la mancata applicazione delle sanzioni previste; ha poi sottolineato la necessità di rafforzare i poteri di indirizzo statale, i meccanismi di responsabilizzazione dei direttori sanitari e le misure di appropriatezza prescrittiva, fino all'eventuale ricorso ai poteri sostitutivi dello Stato in presenza di persistenti criticità strutturali. Da parte sua il Consiglio di Stato ha evidenziato criticità strutturali nella capacità del SSN di garantire uniformità dei LEA, a causa di programmazione frammentata, ritardi nell'assistenza territoriale, vincoli finanziari e governance Stato-Regioni ancora debole. Per ridurre i divari territoriali servono una cornice nazionale più forte, monitoraggi più completi, investimenti in sanità digitale e un modello cooperativo capace di coniugare sostenibilità, accessibilità ed effettività delle prestazioni.

Per opportuna conoscenza proponiamo una sintesi degli argomenti di maggiore interesse:

Per la Corte dei conti è stata ascoltata Lucilla Valente, presidente della Sezione centrale di controllo sulla gestione delle amministrazioni dello Stato, la quale ha fatto notare:

Criticità del monitoraggio e della governance delle liste d'attesa: evidenziate forti difficoltà nel coordinamento tra Stato e Regioni, con dati disomogenei, ritardi informativi, utilizzo di sistemi non interoperabili e

ricorso a dati autocertificati, elementi che impediscono una conoscenza reale dell'entità delle liste d'attesa e del raggiungimento degli obiettivi programmati.

Mancata attuazione delle misure già previste dall'ordinamento: rilevato che, nonostante il quadro normativo già preveda divieti, sanzioni e strumenti di recupero delle prestazioni, tali meccanismi risultano scarsamente applicati, con assenza di controlli e responsabilizzazione effettiva dei direttori generali e utilizzo residuale dell'intramoenia a carico del servizio sanitario.

Necessità di rafforzare programmazione, appropriatezza prescrittiva e responsabilità istituzionali: sottolineato che la riduzione delle liste d'attesa richiede non solo l'aumento dell'offerta, ma anche il governo della domanda attraverso prescrizioni appropriate, pianificazione regionale coordinata dal Ministero, sistemi informativi interoperabili e obiettivi vincolanti nella valutazione dei direttori sanitari.

Possibile ricorso ai poteri sostitutivi dello Stato: affermato che, in presenza di persistenti criticità strutturali e gestionali tali da compromettere i LEA, potrebbe rendersi necessario l'intervento sostitutivo statale ai sensi dell'articolo 120 della Costituzione, esteso non solo agli aspetti finanziari ma anche a quelli organizzativi e gestionali, con vigilanza costante sull'operato degli eventuali commissari.

Per il Consiglio di Stato è stato ascoltato Giovanni Grasso, Consigliere il quale ha richiamato l'attenzione sui seguenti argomenti:

Programmazione regionale disomogenea e debolezza della coesione: l'assenza di una cornice nazionale aggiornata alimenta differenze regionali nella programmazione, nell'organizzazione dei servizi e nelle misure contro le disuguaglianze. Restano poche le esperienze strutturate su aggiornamenti periodici, partecipazione e indicatori di esito.

Riorganizzazione dell'assistenza territoriale e ritardi del PNRR: la riforma territoriale prevista dal PNRR è ancora lontana dalla piena attuazione, con un numero molto limitato di Case della comunità realmente operative. Ciò conferma il divario tra il modello programmato e la capacità concreta di renderlo funzionante.

Criticità finanziarie e modello di finanziamento della sanità: il finanziamento tende a preservare l'esistente più che a potenziare servizi e capacità, anche per il peso dei costi storici. Inoltre, il crescente ricorso al privato indebolisce l'equità di accesso e rischia di alimentare una sanità a due velocità.

Piani di rientro, accreditamenti e nodo delle tariffe: i piani di rientro sono stati spesso usati come strumenti di taglio quantitativo, più che di riorganizzazione qualitativa. Restano inoltre aperti i temi della valutazione degli accreditamenti privati e dell'incertezza sulle tariffe, con effetti sull'aggiornamento dei LEA.

Limite della neutralità finanziaria negli aggiornamenti dei LEA: la clausola di invarianza finanziaria può essere ragionevole per spese discrezionali, ma diventa critica quando riguarda prestazioni essenziali esigibili dai cittadini. Il rischio è una compressione di fatto dei servizi garantiti.

Sanità digitale, dati e interoperabilità: è urgente costruire una reale sanità digitale, fondata su interoperabilità dei dati, Fascicolo sanitario elettronico e gestione centralizzata dei flussi informativi. Big data e intelligenza artificiale possono aiutare a prevedere i fabbisogni e ridurre i divari, purché nel rispetto dei diritti dei pazienti.

Monitoraggio dei LEA e indicatori più adeguati: l'aggiornamento dei LEA richiede un sistema di monitoraggio più completo e meno limitato al solo sottoinsieme "core" degli indicatori. Una griglia più ampia consentirebbe di valutare meglio qualità, effettività delle prestazioni e differenze territoriali.

Governance sanitaria e rapporto tra Stato e Regioni: serve una riflessione sulla rigidità dell'iter di aggiornamento dei LEA e sul rapporto tra competenze statali e regionali. La garanzia uniforme del diritto alla salute richiede un ruolo nazionale più forte, coordinato con le Regioni secondo sussidiarietà verticale.

Regionalismo cooperativo e obiettivo di eguaglianza sostanziale: il nodo è scegliere tra un regionalismo competitivo e un modello cooperativo, capace di rafforzare accessibilità, universalità ed effettività del SSN. L'obiettivo resta garantire pari accesso alle prestazioni essenziali, in coerenza con il principio di eguaglianza sostanziale.

Cordiali saluti
Ufficio Comunicazione

IALC
ARCHITETTURA DELL'INFISSO