

DIRITTI COMPARATI

Comparare i diritti fondamentali in Europa

FINANZIAMENTO DEI LEA E AUMENTI TARIFFARI NELLE LEGGI REGIONALI. LA SENTENZA CORTE COST. N. 26/2026

Posted on 6 Maggio 2026 by [Luca Mariantoni](#)

Con la sentenza n. [26 del 2026](#) la Corte costituzionale ha riconosciuto che è consentito alle regioni aumentare le tariffe con risorse a loro carico quando ciò sia necessario per assicurare l'effettiva erogazione dei LEA statali. Si tratta di una decisione giunta all'esito di un giudizio in via principale nel quale il Presidente del Consiglio dei Ministri ha impugnato la legge n. [26 del 2025](#) della Regione Siciliana la quale, all'articolo 6, commi 1 e 3, prevedeva che «l fine di assicurare l'equità di accesso alle prestazioni da parte degli assistiti e garantire la congruità dei valori economici tariffari di talune prestazioni di cui al decreto del Ministro della Salute 25 novembre 2024, è autorizzata, per l'esercizio finanziario 2025, la spesa di 15.000 migliaia di euro da iscrivere alla Missione 13 Tutela della salute , Programma 2 Servizio sanitario regionale finanziamento aggiuntivo corrente per livelli di assistenza superiori ai LEA» (comma 1) e che tali risorse fossero destinate «ad incrementare la spesa regionale per l'assistenza specialistica ambulatoriale da privato per l'anno 2025» (comma 3). Le ragioni poste a base della disciplina appena riportata sono state ben evidenziate dalla difesa regionale, la quale ha rappresentato che l'esigenza di un simile intervento normativo sia stata determinata dalla

sensibile riduzione delle tariffe per alcune prestazioni operata dal [decreto del 25 novembre 2024 del Ministero della salute, di concerto col Ministero dell'economia e delle finanze](#). Tale riduzione, infatti, avrebbe reso difficile, per le strutture private accreditate presso la Regione, la sostenibilità economica dell'offerta di alcune prestazioni, in particolar modo di medicina di laboratorio e di cardiologia, con il rischio di una contrazione nell'offerta ai cittadini e, di conseguenza, avrebbe reso necessario, al fine di garantire l'erogazione di prestazioni già ricomprese nei LEA, l'incremento delle tariffe riconosciute per le stesse.

L'intenzione del legislatore regionale, quindi è stata quella di evitare che, in ragione delle riduzioni compiute a livello statale, le tariffe di alcune prestazioni non fossero sufficienti a garantirne l'erogazione da parte delle strutture private convenzionate e, per l'effetto, a garantirne l'accesso da parte dei cittadini.

A tale proposito, la Regione Siciliana, inoltre, eccepiva che la propria legge non introduceva nuove prestazioni estranee ai LEA individuati dallo Stato, bensì si limitava a intervenire sulla misura della remunerazione, in assenza della quale non sarebbe stato possibile assicurare prestazioni essenziali per le quali il Servizio sanitario, per proprie carenze, deve rivolgersi al privato convenzionato.

Prima di affrontare più nel dettaglio la questione è utile ricordare che, in realtà, il d.l. [n. 95 del 2012](#), all'articolo 15, comma 17 (modificato dalla legge n. 207/2024), prevede, al primo periodo, che gli importi tariffari fissati dalle regioni in misura superiore alle tariffe massime individuate dal Ministero restano a carico dei bilanci regionali. Alla luce di ciò, come riconosciuto anche dalla Corte costituzionale (Considerato in diritto, par. 9.4) la Regione Siciliana non ha introdotto nuove prestazioni ma si è limitata ad aumentare la remunerazione di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale già ricomprese nei LEA in un contesto normativo «che consente alle regioni di aumentare le tariffe con risorse a loro carico, quando ciò sia necessario per assicurare l'effettiva erogazione dei LEA statali».

Il nodo, quindi, non è tanto la possibilità per le regioni, peraltro anche in Piano di rientro, di incrementare la remunerazione per prestazioni già

ricomprese nei LEA, ma l'opportunità di fare ciò. Opportunità, si badi, non politica, bensì di ordine costituzionale nell'ottica della garanzia dei diritti. Va infatti considerato che l'incremento delle tariffe è possibile esclusivamente per il fatto che si fonda sull'utilizzo di risorse proprie, non sottratte alla disponibilità regionale nemmeno per gli effetti del Piano di rientro. Ciò comporta che, una volta che la remunerazione fissata nei LEA viene ritenuta non sufficiente, è necessario ricercare nel bilancio regionale ulteriori risorse che, però, non è escluso possano non esservi. La questione, di conseguenza, si sposta sul piano della "supplenza regionale" a riduzioni di spesa decise a livello statale, dalle quali potrebbe derivare la lesione al fondamentale diritto alla salute dei cittadini, i quali rischierebbero altrimenti di vedere negato il proprio diritto all'accesso alle cure.

A prima vista, quello che è stato posto potrebbe apparire un "falso problema", in ragione del fatto che la normativa regionale ha proprio l'obiettivo di assicurare l'effettiva garanzia del diritto all'accesso alle prestazioni sanitarie. Il problema, invece, si pone proprio a causa del fatto che una regione riconosce l'insufficienza delle tariffe per le prestazioni LEA e, di conseguenza, interviene al fine di assicurare che tali prestazioni vengano effettivamente erogate. Ciò che viene in rilievo, quindi, è proprio il riparto di competenze fra Stato e regioni. Su tale aspetto la Corte (Considerato in diritto, par. 9.4) ha riconosciuto che l'incremento tariffario rientra nell'ambito di competenza legislativa concorrente in materia di tutela della salute. In riferimento alla «funzione sanitaria pubblica», infatti, vengono in rilievo il livello di governo statale, cui spetta la definizione dei livelli essenziali di assistenza e l'ammontare complessivo delle risorse necessarie al loro finanziamento, e il livello di governo regionale, cui spetta il compito di organizzare il servizio e garantire l'erogazione delle prestazioni. Con la legge n. 26 del 2025, la Regione siciliana non avrebbe previsto nuove prestazioni, ma avrebbe piuttosto compiuto, operando sulle tariffe, un intervento di tipo organizzativo, finalizzato a mitigare le difficoltà registrate a livello regionale, su un aspetto che, però, assieme alla indicazione delle prestazioni, costituisce un elemento essenziale del [decreto ministeriale di fissazione dei LEA](#). Questi ultimi, infatti, non sono

costituiti dalla semplice individuazione delle prestazioni, ma anche dalla definizione dei relativi costi, necessaria al fine di compiere i trasferimenti di risorse conseguenti volti ad assicurarne l'effettiva erogazione.

Alla luce di quanto appena visto, che l'incremento tariffario sia finanziato da risorse proprie della regione non è un elemento da solo sufficiente a renderlo legittimo. Il fatto che vi sia un «contesto normativo» che lo ammetta, infatti, rende piuttosto legittimo dubitare della conformità a Costituzione proprio di quel medesimo contesto e delle attuazioni che ne vengono date.

La problematica, inoltre, è legata al fatto che, in questo modo, nonostante il richiamo alle esigenze di uniformità della garanzia dei diritti su tutto il territorio nazionale, in vario modo riconosciute nella sentenza n. [192 del 2024](#), risulti possibile differenziare la remunerazione delle prestazioni senza che ciò, ci sembra, sia legittimato dal fatto che la Regione Siciliana sia regione a statuto speciale e nonostante il fatto che si trovi in Piano di rientro per eccessivo disavanzo sanitario. A tal proposito, il richiamato «contesto normativo», infatti, non subordina la fissazione da parte delle regioni di importi tariffari superiori a quelli previsti a livello nazionale al riconoscimento di forme particolare di autonomia. Ciò, quindi, costituisce una possibilità di puntuale, ma non per questo meno significativa, differenziazione regionale per la quale non sono richiesti sviluppi normativi ulteriori, nonostante l'intervento della Corte sulla legge n. 86 del 2024 lasciasse intendere il contrario, o perlomeno qualcosa di diverso ([A. Francescangeli-F. Iannetti, 2025](#)).

Se quanto appena detto è corretto, è necessario prestare attenzione ad un ulteriore aspetto. Sino ad oggi la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha stipulato quattro schemi di intesa preliminare per ciò che riguarda la tutela della salute con le regioni [Veneto](#), [Liguria](#), [Piemonte](#) e [Lombardia](#). Nei testi, in modo identico, all'articolo 3, comma 1, viene indicato che le regioni possono «individuare tariffe di rimborso e di remunerazione differenti rispetto a quelle nazionali, da porre a carico del proprio bilancio». In sintesi, in forza delle intese, le regioni potrebbero compiere, con le risorse proprie, la medesima attività che la Corte costituzionale ha ammesso a favore della Regione Siciliana (il lemma «differenti» presente

nelle pre-intese, infatti, non può che essere letto come “superiori”). Alla luce di ciò, è lecito domandarsi se, quantomeno per tale aspetto, sia veramente necessario fare ricorso alla procedura per ottenere forme particolari di autonomia, visto che la legge statale sembra già ammettere la possibilità di prevedere a livello regionale tariffe superiori a quelle nazionali.

La questione, però, non rileva solo sul piano contabile ma è di più ampio respiro, in quanto, sebbene la premessa – la garanzia dell’accesso alle prestazioni – possa anche essere ritenuta valida, è la modalità della sua realizzazione che lascia perplessi. La possibilità di finanziare attraverso le risorse proprie una remunerazione superiore a quella prevista a livello statale per prestazioni rientranti nei LEA, infatti, ha innanzitutto conseguenze sull’esigenza di coordinare, e quindi contenere e uniformare, la spesa pubblica. Va considerato, infatti, che se in forza dell’articolo 15, comma 17, del d.l. n. 95/2012, ogni regione procedesse con gli incrementi tariffari potrebbe esservi un incontrollato aumento della spesa sanitaria aggregata.

Più grave, però, è l’effetto che tali misure potrebbero avere proprio sull’accesso alle prestazioni. Laddove tale “extra-remunerazione” si stabilizzasse, infatti, potrebbe esservi una “corsa al rialzo” fra i Governi regionali, con la conseguenza che solo alcune regioni potrebbero essere in grado di aumentare le tariffe riconosciute, e, di conseguenza, ottenere i servizi, per prestazioni per le quali il Servizio sanitario, a causa delle proprie carenze, poggia in modo rilevante sul privato convenzionato.

Va inoltre considerato che se al fine di assicurare la garanzia delle prestazioni LEA è necessario incrementare la remunerazione prevista per le stesse allora viene meno la funzione di garanzia di uniformità nel godimento dei diritti civili e sociali che, a chiare lettere, la Corte costituzionale ha attribuito ai LEP nella già richiamata sentenza n. 192 del 2024. Peraltro, il fatto che l’insufficienza della remunerazione sia stata determinata da una riduzione di alcune tariffe compiuta dallo Stato legittima anche una riflessione sulla idoneità di LEA così definiti a realizzare, veramente, la garanzia del diritto alla salute, la cui spesa, come affermato dalla Corte nella [sentenza n. 195 del 2024](#), non può essere

ridotta prima di aver cercato di reperire le risorse necessarie in altra spesa indistinta.

In conclusione, quindi, non ci sembra possano essere sottovalutate le conseguenze negative di una misura che, all'apparenza, va incontro all'esigenza di garantire il fondamentale diritto alla salute. Non può sfuggire, infatti, il fatto che le (cospicue) risorse stanziare, peraltro per un solo anno, dalla Regione Siciliana abbiano come propria destinazione diretta la sanità privata, e, di conseguenza, non mirino a risolvere il (drammatico) problema, messo in luce anche dalla difesa regionale, per il quale, in riferimento a molte prestazioni sanitarie erogate sull'isola, l'attività dei privati piuttosto che essere complementare a quella pubblica si presenta quasi completamente sostitutiva. Non può inoltre essere trascurato il fatto che, come detto, l'intervento regionale sia stato reso necessario da una riduzione tariffaria operata a livello statale poiché ciò comporta che nel caso in cui la regione non avesse potuto (o voluto) individuare risorse proprie da destinare alla sovra-remunerazione di alcune prestazioni ricomprese nel LEA il risultato sarebbe stato l'impossibilità per i cittadini di accedere alle prestazioni sanitarie, con una evidente lesione del diritto alla salute.

Proprio a tale proposito, in relazione alla idoneità della riduzione della remunerazione per prestazioni LEA ad incidere sulla garanzia del diritto alla salute, va in fine considerato che il Decreto ministeriale già in precedenza richiamato, proprio per gli aspetti relativi alla riduzione delle tariffe per le prestazioni ivi considerate, è stato annullato, sebbene con efficacia differita al fine di evitare «gravi ripercussioni socio-economiche», dal TAR Lazio con la [sentenza n. 22313/2025](#), nella quale il giudice amministrativo ha rilevato un difetto di istruttoria che ha condotto in modo «non agevolmente comprensibile» ad una riduzione media delle tariffe del 25% rispetto a quelle del tariffario Balduzzi del 2012.

Alla luce di ciò, anche nell'ottica di evitare che vi sia nuovamente l'esigenza di una (come detto, problematica) sovra-remunerazione regionale di alcune prestazioni sanitarie, è legittimo attendersi che entro il 22 settembre 2026 – data dalla quale avrà decorrenza l'annullamento – vi sia una modifica del decreto ministeriale volta a incrementare le tariffe e, di

conseguenza, i trasferimenti a favore delle Regioni, senza la quale, per quanto sopra visto, non potrà essere soddisfatta l'esigenza di assicurare in modo uniforme la garanzia del diritto alla salute nell'intero territorio nazionale ([F. Masci, 2026](#)).