RIVISTA GIURIDICA SEMESTRALE
n. 1/2026

BILANCIO COMUNITÀ PERSONA

Editore Associazione
DIRITTO & CONTI
BILANCIO · COMUNITÀ · PERSONA

DIREZIONE SCIENTIFICA

Aldo Carosi
Elisa Cavasino
Ines Ciolli
Giovanna Colombini
Vanessa Manzetti
Guido Rivosecchi
Giuseppe Verde

DIREZIONE EDITORIALE

Laura d'Ambrosio
Francesco Sucameli
Giovanni Guida

COMITATO SCIENTIFICO

Vincenzo Barba
Monica Bergo
Chiara Bergonzini
Francesco Bilancia
Gianluigi Bizioli
Guido Calabresi
Ignacio Calatyud Prats
Francesco Capalbo
Carlo Colapietro
Barbara Cortese
Giacomo D'Angelo
Marcello Degni
Francesco Fimmanò
Sergio Foà
Loredana Giani
Valentina Giomi
Massimo Luciani
Nicola Lupo
Simone Mezzacapo
Vittorio Occorsio
Simone Pajno
Giuseppe Palmisano
Barbara Pezzini
Eugenio Picozza
Giovanna Pistorio
Antonio Saitta
Maria Alessandra Sandulli
Gino Scaccia
Vincenzo Sforza
Riccardo Ursi

REDAZIONE

Patrizio I. D'Andrea
Carla Di Martino
Paolo Pietrangelo
Francesca Carpita
Emanuele Rosi Fratto Grippaudo
Francesca Leotta

La rivista applica la procedura di referaggio pubblicata nel sito www.dirittoeconti.it
Pubblicazione registrata presso il Tribunale di Roma decreto 185 del 22 novembre 2018
CODICE ISSN: 2612-4912

ATTUALITA'

CORTE COSTITUZIONALE, SENT. N. 4/2026: L'INCOSTITUZIONALITÀ DEL FINANZIAMENTO TRAMITE IL FONDO SANITARIO DI SPESE NON DIRETTAMENTE RICONDUCIBILI A PRESTAZIONI SANITARIE[1]

di Luca Mariantoni
Dottore di ricerca in Diritto Pubblico

SOMMARIO

1. Premessa
2. I finanziamenti previsti nella legge n. 42/2024 della Regione Puglia
3. Piani di rientro e spese extra-LEA ed extra-sanitarie
4. L'esigenza di reperire altrove le risorse e la sentenza n. 26 del 2026 della Corte
5. E se fosse stata veramente telemedicina? LEA e prestazioni sanitarie a distanza

ABSTRACT

Il saggio analizza la sentenza n. 4/2026 della Corte Costituzionale che ha censurato la legge n. 42/2024 della Regione Puglia per aver finanziato, tramite il Fondo sanitario, spese non destinate alla garanzia dei LEA. Nello specifico, la Corte ha vietato l'uso di tali risorse per sostenere la didattica innovativa in ambito medico con la realtà virtuale e la ricerca sulla telemedicina, qualificandole come attività extra-sanitarie. Questo divieto di distrazione dei fondi vige per tutte le regioni, indipendentemente dalla loro sottoposizione a un Piano di rientro. Di conseguenza, il legislatore regionale dovrà abrogare tali misure oppure individuare coperture finanziarie alternative attingendo a risorse diverse da quelle sanitarie. L'Autore suggerisce l'introduzione futura di "LEA digitali" per le vere e proprie prestazioni di telemedicina, al fine di bilanciare innovazione e accessibilità ed evitare che il digital divide si trasformi in una nuova forma di discriminazione sanitaria.

Constitutional Court, ruling no. 4/2026: the unconstitutionality of financing through the health fund of expenses not directly related to health care services

This essay analyzes Constitutional Court ruling no. 4/2026, which censured Puglia Region Law no. 42/2024 for having funded, through the Health Fund, expenses not intended to guarantee essential levels of assistance (LEA). Specifically, the Court prohibited the use of these resources to support innovative medical education using virtual reality and telemedicine research, classifying them as non-healthcare activities. This prohibition on misappropriation of funds applies to all regions, regardless of whether they are subject to a Recovery Plan. Consequently, regional legislators will have to repeal these measures or identify alternative financial coverage by drawing on resources other than healthcare resources. The author suggests the future introduction of "digital LEAs" for actual telemedicine services, in order to balance innovation and accessibility and prevent the digital divide from turning into a new form of healthcare discrimination.

1. Premessa

Con il ricorso n. 12 del 2025, il Presidente del Consiglio ha promosso questione di legittimità costituzionale degli articoli 98, 117, 132, 160 e 217 della legge n. 42 del 2024 della Regione Puglia, recante disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2025 e bilancio pluriennale 2025-2027.

Per gli specifici profili di interesse in riferimento alla destinazione delle risorse pubbliche, in questa sede ci si concentrerà sulle questioni relative agli articoli 98 e 160 della legge regionale richiamata, rispetto ai quali il Governo lamentava l'incostituzionalità per violazione dell'articolo 117, terzo comma, della Costituzione in relazione al decreto legislativo n. 118 del 2011. In ragione di ciò, anche per la dichiarazione di non fondatezza delle questioni, non ci si occuperà delle disposizioni di cui agli articoli 117, 132 e 217 della medesima legge, le quali, rispettivamente, hanno previsto l'introduzione della figura professionale del biologo nutrizionista e la transitoria intercambiabilità dei professionisti della riabilitazione nell'ambito delle attività delle comunità riabilitative assistenziali psichiatriche (CRAP).

[1] L'articolo è stato sottoposto a referaggio a doppio cieco secondo la procedura pubblicata in www.dirittoeconti.it

È interessante inoltre segnalare che in riferimento alle due norme delle quali ci si occuperà in questa sede, le uniche dichiarate incostituzionali, la Regione Puglia non ha svolto difese. Per chi scrive, ciò pare in parte coerente con la motivazione adottata dalla Corte nella dichiarazione di incostituzionalità sulla quale si tornerà in seguito. La Corte, infatti, non ha censurato le misure bensì esclusivamente la fonte che la Regione ha individuato per il loro finanziamento, peraltro anche di esiguo importo.

2. I finanziamenti previsti nella legge n. 42/2024 della Regione Puglia

Il fatto che la Corte costituzionale non abbia inteso esprimersi sulla legittimità del merito delle misure introdotte dalla legge n. 42/2024 della Regione Puglia è dimostrato, ci sembra in modo inequivocabile, dalla delimitazione del *thema decidendum* dalla stessa compiuto. La Consulta, infatti, a fronte della promozione della questione da parte del Presidente del Consiglio sugli interi articoli 98 e 160, ha precisato che il suo sindacato avrebbe riguardato esclusivamente il comma 5 dell'articolo 98 e il comma 2 dell'articolo 160, nei quali veniva previsto che gli interventi regionali sarebbero stati finanziati con le risorse della Missione 13 «Salute», Programma 7 «Ulteriori spese in materia sanitaria», rispettivamente, Titolo 1 «Spese correnti» e Titolo 2 «Spese in conto capitale»[2].

Il merito delle misure, quindi, in base a quanto appena visto e in base a quanto si vedrà più avanti, è rimasto estraneo al sindacato di legittimità costituzionale, che, invece, si è concentrato esclusivamente sulla fonte del finanziamento individuata dalla legge regionale.

In effetti, con l'articolo 98, la Regione Puglia ha introdotto misure per la «Promozione della realtà virtuale nella formazione medica e delle professioni sanitarie», da realizzarsi attraverso la collaborazione e la sinergia fra istituti di istruzione superiore-università e Istituti tecnici di formazione (ITS) e il tessuto locale delle piccole e medie imprese che operano nel campo dell'innovazione tecnologica. Il supporto regionale alla creazione di nuovi corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e nelle professioni sanitarie, infatti, nel comma 1 dell'articolo 98, impone «la promozione di modalità di didattica innovativa che ottimizzi l'utilizzo delle risorse disponibili». Al fine di conseguire tale risultato, il comma 2 del medesimo articolo individua vari interventi che la Regione si impegna a sostenere. In particolare vengono previsti: progetti volti ad utilizzare tecnologie basate sulla realtà virtuale immersiva, semi-immersiva e non immersiva per la didattica e la formazione continua; la progettazione, l'adozione e l'implementazione di attività didattiche che consentano l'accesso a esercitazioni pratiche ad una platea che sia la più ampia possibile; la creazione di un ambiente collaborativo fra università, ITS e tessuto produttivo; la promozione della conoscenza e della familiarità con le tecnologie fondate sulla realtà virtuale; l'informazione e la divulgazione delle attività didattiche basate sulla realtà virtuale.

Nel successivo articolo 160, sempre al fine di favorire lo sviluppo dell'utilizzo della tecnologia digitale, la Regione Puglia ha previsto un sostegno a favore del Dipartimento di Medicina Sperimentale dell'Università del Salento nell'attività di studio e ricerca sulla *digital health* e sulle più aggiornate tecnologie digitali, «sia come strumenti di prevenzione per la salute della prima infanzia, sia per l'innovazione dei servizi sanitari e dell'ingegneria clinica: telemedicina, neurosviluppo, tecnologia digitale e sensoristica per la medicina preventiva, partecipativa e personalizzata».

Si tratta, come evidente, di finalità il cui perseguimento non può di certo essere ritenuto contrario a Costituzione, neanche dal punto di vista, chiaramente, del riparto di competenze legislative fra Stato e regioni. Maggiormente problematico, invece, come visto, è il finanziamento di tali interventi tramite la Missione 13 «Salute» del bilancio regionale. Sebbene, infatti, anche nel comunicato stampa della Corte costituzionale che ha anticipato il deposito della motivazione venga fatto riferimento ad un sostengo alle spese per il potenziamento della telemedicina, in realtà, gli articoli 98 e 160 della legge n. 42/2024 della Regione Puglia ci sembra prevedano, anche per un evidente dato testuale, interventi volti a favorire, rispettivamente, forme di didattica innovativa (art. 98) e studi e ricerche sulla *digital health*, volti allo sviluppo, fra gli altri, della telemedicina (art. 160).

Sembra chiaro che tali interventi, sebbene riguardino attività di formazione rivolte alla futura erogazione di prestazioni sanitarie, non siano, per loro stessi, prestazioni sanitarie. Di conseguenza, la Corte costituzionale ha ritenuto che il finanziamento di tali interventi a valere sulla Missione 13 «Salute» del bilancio regionale determina una distrazione di risorse dai fondi destinati alla garanzia dei LEA in contrasto con il

[2] Corte costituzionale, sentenza n. 4/2026, Considerato in diritto, par. 6.

principio di esatta perimetrazione delle spese sanitarie previsto all'articolo 20 del d.lgs. n. 118 del 2011[3], in base al quale deve essere consentita la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di programmazione finanziaria sanitaria[4].

3. Piani di rientro e spese extra-LEA ed extra-sanitarie

Come detto appena sopra, la Corte costituzionale non ha ritenuto illegittime le spese per il merito degli interventi[5], bensì esclusivamente per la fonte del loro finanziamento, rispetto alla quale ha delimitato i termini della questione. La Consulta, a tal proposito, ha ripreso espressamente quanto riconosciuto nella sentenza n. 132 del 2021 e ha affermato che «a essere in contrasto con gli evocati parametri costituzionali non è, pertanto, l'impegno della Regione a sostenere le già menzionate spese: "costituzionalmente illegittima è la copertura degli oneri connessi a tali iniziative con le specifiche risorse ordinarie destinate alle spese correnti per il finanziamento e la garanzia dei LEA"»[6].

La questione, quindi, ha riguardato la copertura, tramite il Fondo sanitario, di spese non destinate alla garanzia dei LEA[7]. A tal proposito, peraltro, sicuramente rispetto all'articolo 98 ma in parte anche in riferimento all'articolo 160 della legge n. 42 del 2024, non incide il fatto che la Regione Puglia sia in Piano di rientro. Al riguardo, la Corte costituzionale, già a partire dalla sentenza n. 387 del 2007[8], ha riconosciuto che per le regioni «è sempre possibile fornire, con proprie risorse, prestazioni che superino – per qualità, quantità o tipo – le soglie essenziali e uniformi determinate dallo Stato»[9], purché, però, «le risorse a ciò destinate ricevano una evidenziazione distinta rispetto a quelle afferenti ai LEA»[10]. Ciò significa che laddove una Regione intenda finanziare tramite il Fondo sanitario prestazioni non solo extra-LEA, ma anche extra-sanitarie, tale previsione si porrebbe, potenzialmente, in contrasto con la Costituzione.

Ciò è importante al fine di escludere che gli articoli 98 e 160 (*rectius* il comma 5 dell'articolo 98 e il comma 2 dell'articolo 160) siano stati dichiarati incostituzionali a causa della sottoposizione della Regione Puglia ad un Piano di rientro. Le spese previste nelle due disposizioni appena richiamate, infatti, a ben vedere, come detto, sono legate ad attività di didattica e di ricerca e, di conseguenza, non sono extra-LEA, bensì extra-sanitarie, per le quali è ordinariamente precluso per ogni Regione, indipendentemente dalla soggezione ad un Piano di rientro, il finanziamento a giacere sul Fondo sanitario.

Differenti, come noto, sarebbero state le conclusioni laddove le prestazioni in oggetto fossero state sì sanitarie, ma eccedenti i LEA. In questo caso, infatti, l'evenienza che la Regione si trovi in Piano di rientro è

---

[3] Corte costituzionale, sentenza n. 4/2026, Considerato in diritto, par. 6.1.

[4] Corte costituzionale, sentenza n. 1/2024, Considerato in diritto, par. 4.1.

[5] Merito che, in ragione della natura delle misure, sarebbe stato anche difficilmente sindacabile in quanto rientrante nella competenza legislativa regionale nel cui ambito la Regione Puglia, con tali previsioni, avrebbe espresso la propria discrezionalità politica.

[6] Corte costituzionale, sentenza n. 4/2026, Considerato in diritto, par. 6.1.2.

[7] Sul punto, per una ricostruzione anche della nozione stessa di livelli essenziali si vedano, *ex plurimis*, R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili: un nodo costituzionale?*, in AA. VV., *Scritti in onore di Angelo Mattioni*, Milano, 2011, 60 ss., ID, *Livelli essenziali e risorse disponibili: la sanità come paradigma*, in F. ROVERSI MONACO, C. BOTTARI (a cura di), *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, Rimini, 2012, pp. 79 ss.; V. TONDI DELLA MURA, *La «gnosi», i LEP e i fabbisogni standard: quando il sincretismo metodologico "genera mostri"*, in *Bilancio Comunità Persona*, 2/2025, 49 ss.; ID., *La necessaria terzietà degli organismi tecnico-economici: Commissione fabbisogni e Ufficio di bilancio nel prisma della sentenza costituzionale n. 192/2024*, in *Rivista AIC*, 2/2025; E. BALBONI, *Livelli essenziali; il nuovo nome dell'eguaglianza? Evoluzione dei diritti sociali, sussidiarietà e società del benessere*, in E. BALBONI-B. BARONI-A. MATTIONI-G. PASTORI (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Milano, 2003.

[8] Sulla quale E. BALBONI, *Gli standard strutturali delle istituzioni di assistenza tra livelli essenziali e princìpi fondamentali*, in *Giur. Cost.*, 6/2007, 4333 ss.; S. BOCCALATTE, *Annullare in nulla? Osservazioni minime in tema di autoqualificazione della «base giuridica» della legge*, in *Giur. Cost*, 6/2007, 4344 ss.

[9] F. MASCI, *I livelli essenziali delle prestazioni: appunti per una ricostruzione*, Napoli, 2025, 98.

[10] Corte costituzionale, sentenza n. 190/2022, Considerato in diritto, par. 7.1, sulla quale C. BUZZACCHI, *La "soglia ulteriore" dei livelli essenziali e la responsabilità degli amministratori regionali: note a margine della sentenza n. 190 del 2022 della Corte costituzionale*, in *Osservatorio AIC*, 1/2023, 276 ss.

ostativa alla possibilità di finanziare, tramite il Fondo sanitario, prestazioni che non siano legate all'esigenza prioritaria di garantire i livelli essenziali.

Tale considerazione, come è stato notato[11], non è esente da perplessità. Se, infatti, da un lato ne possono essere comprese – ma non per questo condivise – le ragioni di contenimento della spesa sanitaria, dall'altro lo strumento in concreto utilizzato porta con sé conseguenze che incidono non solo sulla autonomia di spesa, ma più in generale sulla autonomia politica delle regioni soggette al Piano di rientro, specialmente per ciò che riguarda la garanzia del fondamentale diritto alla salute.

Come è stato notato sul punto, nonostante nella sentenza n. 275 del 2016 la Corte abbia riconosciuto che «è la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione», le esigenze del bilancio «non solo hanno spesso travalicato quelle di eguaglianza e di equità del SSN, ma hanno svilito la rappresentanza politica regionale e la conseguente responsabilità politica che da essa ne deriva»[12]. I piani di rientro, infatti, ordinariamente di durata triennale, sono stati spesso prolungati sino a dieci anni, con una conseguente, indiscutibile, compressione dell'autonomia del legislatore regionale[13].

Lo strumento del Piano di rientro, peraltro, poggia su di un assunto, in base al quale ad un pari livello di spesa debba corrispondere un pari livello di garanzia delle prestazioni essenziali. Ciò, però, è vero solo in parte, in quanto in determinate aree del Paese, in ipotesi caratterizzate da un tasso più elevato di persone anziane, una medesima spesa sanitaria *pro capite* potrebbe non essere idonea a garantire il medesimo livello assoluto di prestazioni sanitarie. D'altro canto, una spesa più elevata non necessariamente si traduce in un corrispondente innalzamento della qualità delle prestazioni, poiché questo non è solo determinato dal "quanto" si spende, ma anche dal "come" vengono impiegate le risorse pubbliche[14].

Va inoltre considerato che, come puntualmente notato in dottrina, nelle regioni più economicamente depresse, le quali spesso si trovano in Piano di rientro, l'esigenza di garantire un'eguaglianza che sia anche sostanziale non può essere soddisfatta dalla sola garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni, giacché è proprio in questi territori che, invece, sarebbero necessari investimenti maggiori e differenziati vòlti a superare la condizione di povertà della popolazione[15].

Nel caso della legge n. 42 del 2024 della Regione Puglia, quindi, come visto, pur con le considerazioni critiche sul punto appena svolte, il Piano di rientro cui è soggetta la Regione ha svolto un ruolo solo secondario, se non proprio alcuno. La Corte, infatti, ha correttamente posto l'attenzione sulla natura delle misure definite agli articoli 98 e 160 e, altrettanto correttamente, ha riconosciuto che le stesse non fossero neanche indirettamente riconducibili a prestazioni sanitarie. Di conseguenza, il finanziamento di tali spese tramite il Fondo sanitario non ha posto problemi legati alla individuazione della "natura" LEA o extra-LEA delle prestazioni, poiché si trattava di un impiego, vietato, di tali risorse per fini estranei alle attività sanitarie[16].

A ben vedere, però, nel paragrafo 6.1.2 del Considerato in diritto, la Corte sembra in parte contraddire se stessa. Dapprima, infatti, si afferma che il finanziamento previsto all'articolo 160 della legge regionale avrebbe potuto trovare copertura nei risparmi della gestione sanitaria[17], ma, in seguito, si ribadisce che l'erogazione del contributo sarebbe avvenuta per finalità «non direttamente riconducibili a prestazioni sanitarie». Ciò, quantomeno in chi scrive, genera alcune perplessità. Indipendentemente dal fatto che la Regione Puglia sia in Piano di rientro, e di conseguenza non possa finanziare a valere sul Fondo sanitario spese extra-LEA, la possibilità di utilizzare le eccedenze delle gestioni precedenti per finalità extra-sanitarie pare quantomeno dubbia, se non proprio da escludere. In caso contrario, infatti, si correlerebbe «a una entrata

---

[11] Sul punto V. CIACCIO, *Regioni in Piano di rientro e divieto assoluto di prestazioni eccedenti i LEA:* quo usque tandem*? Note critiche a margine della sent. Corte cost., n. 161 del 2022*, in *Diritti regionali*, 3/2022, 767 ss.

[12] I. CIOLLI, *Poteri sostitutivi statali, piani di rientro e vincoli di bilancio in materia sanitaria. Tra disuguaglianze e tentativi di emarginazione della decisione politica*, in *Diritti regionali*, 1/2021, 54.

[13] *Ibidem*.

[14] In particolare, su tale aspetto si vedano G. PITRUZZELLA, *Sanità e Regioni*, in *Le Regioni*, 6/2009; G. COSMELLI, *Vincoli alla spesa sanitaria regionale e garanzia dei LEA: il punto sull'autonomia legislativa e finanziaria delle Regioni speciali alla luce degli ultimi sviluppi della giurisprudenza costituzionale (in margine a Corte cost., sentt. nn. 36 e 51 del 2013)*, in *ISSiRFA*, maggio 2013; T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in *Rivista AIC*, 4/2013.

[15] I. CIOLLI, *Poteri sostitutivi statali, piani di rientro e vincoli di bilancio in materia sanitaria*, cit., 55.

[16] In senso analogo, anche Corte costituzionale, sentenza n. 174/2025, Considerato in diritto, par. 7.

[17] Ovvero nei fondi PNRR, con riguardo ai progetti legati alla Missione 6, C1 (sempre che ricerche *sulla* telemedicina possano essere finanziate attraverso fondi destinati *alla* telemedicina).

certamente sanitaria (quale il Fondo sanitario) una spesa invece estranea a questo ambito, alterando così la struttura del perimetro sanitario prescritto dall'art. 20 del d.lgs. n. 118 del 2011, la cui finalità di coordinamento e di armonizzazione contabile risulta chiaramente elusa»[18].

4. L'esigenza di reperire altrove le risorse e la sentenza n. 26 del 2026 della Corte

Pur con le incertezze legate alla possibilità (o meno) di finanziare gli interventi previsti dalla legge regionale con le eccedenze delle precedenti gestioni sanitarie alle quali si è fatto riferimento appena prima, ciò che, come detto, emerge con chiarezza dalla sentenza in commento è che ad essere in contrasto con la Costituzione non sono le misure, ma solamente il loro finanziamento. L'adozione di tali misure, infatti, rientra pienamente nell'ambito della competenza legislativa regionale, rispetto alla quale la discrezionalità politica in concreto esercitata diviene rilevante ai fini del giudizio di legittimità costituzionale nel momento in cui si ponga in contrasto con i limiti relativi alla fonte del finanziamento o alla copertura della spesa.

Da ciò, e anche dalla delimitazione della questione di legittimità costituzionale ai soli commi 5 dell'articolo 98 e 2 dell'articolo 160, deriva che, come affermato dalla Corte, è imposto alla Regione Puglia «nell'ipotesi in cui intenda realizzare gli interventi previsti nei medesimi articoli, di reperire le risorse per la loro copertura riducendo spese diverse da quelle sanitarie»[19].

Se è chiaro che le risorse, laddove la Regione intendesse procedere con tali misure, andrebbero individuate altrove, meno chiara è l'obbligatorietà di tale individuazione.

Ad oggi, infatti, la legge n. 42 del 2024 prevede interventi senza finanziamento; di fatto delle spese senza la relativa copertura. Non ci sono dubbi che la Regione Puglia possa decidere di rinunciare al perseguimento di tali obiettivi, ma, non fosse che per una esigenza di coerenza normativa, dovrebbe anche abrogare le disposizioni di legge colpite dalla (parziale) incostituzionalità.

Nel caso in cui, invece, come è sino ad ora avvenuto, tale abrogazione non venga compiuta, si pone una questione circa la obbligatorietà della individuazione della copertura finanziaria. Non può essere trascurato, infatti, che il testo degli articoli 98 e 160 della legge n. 42 del 2024 della Regione Puglia, per come risultante a seguito della parziale incostituzionalità dichiarata con la sentenza in commento, sia tale da imporre nuovi o maggiori oneri senza provvedere ai mezzi per farvi fronte. È chiaro, nelle parole da ultimo utilizzate, il riferimento all'articolo 81, terzo comma, della Costituzione, il quale, come notato anche di recente in dottrina[20] e come riconosciuto dalla stessa Corte costituzionale, vale senz'altro anche in riferimento alle leggi regionali. Il legislatore regionale, infatti, «non può sottrarsi a quella fondamentale esigenza di chiarezza e solidità del bilancio cui l'art. 81 Cost. si ispira»[21], e, peraltro, la copertura di nuove spese «deve essere credibile, sufficientemente sicura, non arbitraria o irrazionale, in equilibrato rapporto con la spesa che si intende effettuare in esercizi futuri»[22].

È vero che nei commi da 1 a 4 dell'articolo 98 e nel comma 1 dell'articolo 160 non viene fatto riferimento al "costo" delle misure regionali, ma è altrettanto chiaro che, pur in assenza di quantificazione, un onere debba comunque essere presunto – ed infatti veniva nei commi dichiarati incostituzionali individuato e coperto –, non foss'altro per l'assenza della clausola di invarianza finanziaria.

Ad avviso di chi scrive, quindi, il legislatore regionale, a seguito della sentenza in commento, è posto difronte a due alternative: rinunciare agli interventi e di conseguenza abrogare gli articoli, ovvero mantenere le misure, con l'obbligo però di individuare le relative coperture. Non pare sia percorribile la via che, invece, è stata seguita dalla Regione: mantenere le misure senza prevedere le coperture.

Si tratta ora di individuare le possibili fonti di finanziamento delle misure regionali.

---

[18] Corte costituzionale, sentenza n. 4/2026, Considerato in diritto, par. 6.1.2.

[19] Corte costituzionale, sentenza n. 4/2026, Considerato in diritto, par. 6.1.3. Si noti, a conferma della contraddizione prima riportata, che la Corte costituzionale, nel passaggio appena riportato, non fa riferimento risparmi sanitari, ma a riduzioni di spesa in ambiti diversi da quello sanitario.

[20] C. PAGLIARIN, *L'obbligo di copertura delle leggi regionali di spesa tra Corte costituzionale e Corte dei conti*, in *Il Diritto della Regione*, 1/2024, 40-69, in particolare 45.

[21] Corte costituzionale, sentenza n. 307/2013, Considerato in diritto, par. 9.2. Nei medesimi termini anche le sentenze nn. 359/2007, 386/2008, 100/2010, 141/2010, 106/2011, 272/2011, 131/2012.

[22] Corte costituzionale, sentenza n. 131/2012, Considerato in diritto, par. 5. Nei medesimi termini anche le sentenze nn. 213/2008, 100/2010 e 272/2011.

Rispetto ad una possibilità, gli avanzi sanitari delle gestioni precedenti, prospettata dalla Corte in riferimento alle misure di cui all'articolo 160 della legge regionale n. 42 del 2024, sono già stati avanzati dubbi in precedenza. Analoghe perplessità, ci sembra, emergano peraltro anche rispetto alla ulteriore modalità di finanziamento, i fondi Missione 6, C1, del PNRR, sempre individuata dalla Corte in riferimento all'articolo 160, in quanto le misure ivi previste riguardano il finanziamento di ricerche *sulla* telemedicina e non prestazioni *di* telemedicina.

Non rimangono, quindi, che fonti di finanziamento alternative, individuate dalla Corte nella riduzione di spese diverse da quelle sanitarie[23].

Questa prospettiva si fonda su di una invarianza complessiva della spesa, la quale, però, non è necessariamente l'unica via. Il fatto che la Regione Puglia sia in Piano di rientro, infatti, non esclude che la stessa possa compiere spese ulteriori, a condizione, ovviamente, che non abbiano la propria copertura nel Fondo sanitario.

Ciò, sebbene secondo profili in parte differenti che verranno immediatamente chiariti, ci sembra sia stato riconosciuto dalla stessa Corte costituzionale nella recente sentenza n. 26 del 2026.

I profili, sono differenti, poiché mentre la sentenza n. 26 del 2026 ha riguardato la remunerazione di prestazioni rientranti nei LEA in modo superiore alle tariffe nazionali – prestazioni, quindi, pur sempre sanitarie – le prestazioni previste nella legge della Regione Puglia venivano finanziate sul fondo sanitario pur essendo, in realtà, extra-sanitarie.

Ciò nonostante, il raffronto fra le due decisioni diviene interessante in riferimento alla possibilità di finanziare prestazioni sanitarie in una misura eccedente i costi previsti nei LEA, giacché, come affermato dalla Corte, «è la stessa configurazione del diritto alla salute come diritto fondamentale, precisato nel perimetro del suo concreto godimento attraverso la determinazione dei LEA, a richiedere quale necessaria condizione per la sua attuazione un finanziamento sufficiente e adeguato a garantire l'effettività delle prestazioni sanitarie incluse nel relativo elenco»[24]. Su questa base, la Consulta ha quindi ammesso la possibilità, per una regione in Piano di rientro, di finanziare una spesa superiore a quella individuata per i LEA (per prestazioni comunque ricomprese nei LEA) laddove ciò costituisca l'unica misura possibile al fine di assicurare l'effettiva erogazione delle prestazioni. Chiaramente tale finanziamento, eccedendo la misura della prestazione prevista dai LEA, non può valere, in ragione del Piano di rientro, sul Fondo sanitario e, di conseguenza, la copertura va individuata in altre risorse proprie della Regione, come, ad esempio, per rimanere alla legge n. 26 del 2025 della Regione Siciliana, quelle derivanti dall'imposta di registro e dalle tasse automobilistiche.

Pur con le dovute differenze, quindi, la sentenza n. 26 del 2026, di poco successiva alla decisione in commento, pare suggerire al legislatore regionale pugliese il modo attraverso il quale finanziare gli interventi previsti negli articoli 98 e 160 della legge n. 42 del 2024, i quali, lo si ribadisce, per le considerazioni svolte sopra, necessitano, nel caso in cui non venissero abrogati, di una esplicita fonte di finanziamento.

Non è quindi necessario ridurre la spesa diversa da quella sanitaria, ma, piuttosto, è sufficiente (ma non per questo agevole) prevedere una nuova fonte di entrata, la quale non sarebbe posta a copertura di una qualsivoglia spesa extra-sanitaria di cui si potrebbe facilmente fare a meno, ma di interventi – soprattutto quelli previsti dall'articolo 160 – per i quali non può escludersi una futura riconduzione nell'ambito delle prestazioni sanitarie[25]. Sotto tale aspetto, peraltro, il fatto che si tratti di prestazioni extra-sanitarie, semplifica persino la individuazione delle fonti del finanziamento. In tal caso, infatti, l'utilizzo di risorse proprie appare pienamente coerente con l'autonomia – politica, decisionale e contabile – che, in simili ambiti, va riconosciuta alle regioni.

In ogni caso, la possibilità, avallata dalla Corte nella sentenza n. 26 del 2026, di finanziare attraverso le risorse proprie l'innalzamento delle tariffe previste a livello statale per i LEA non è esente da problemi legati

---

[23] Corte costituzionale, sentenza n. 4/2026, Considerato in diritto, par. 6.1.3. Sulla impossibilità di ricorrere alla riduzione della spesa sanitaria prima di aver ridotto altra «spesa indistinta» si veda Corte costituzionale, sentenza n. 195 del 2024, sulla quale C. BUZZACCHI, *Il concorso alla finanza pubblica e la spesa per i diritti sociali: la responsabilità dell'autonomia alla prova*, in *Le Regioni*, 2/2025 e L. MARIANTONI, *Risorse scarse e obbligo di considerare le spese indistinte prima della spesa sociale. Tagli lineari e diritti sociali a partire da un "obiter dictum" della sent. n. 195 del 2024*, in *Le Regioni*, 2/2025.

[24] Corte costituzionale, sentenza n. 26/2026, Considerato in diritto, par. 9.2.

[25] Si consideri, in ogni caso, che il finanziamento per importi eccedenti i LEA di prestazioni sanitarie, previsto dalla legge n. 26 del 2025 della Regione Siciliana, coperto attraverso un intervento fiscale, è legato alla esigenza di applicare una tariffa superiore a quella individuata dal Ministero della Salute a vantaggio di ambulatori privati, senza la quale vi sarebbe una carenza non altrimenti colmabile di offerta delle prestazioni sanitarie ricomprese nei livelli essenziali.

all'esigenza di coordinare – e per l'effetto contenere e uniformare – la spesa pubblica. Va infatti considerato che laddove ogni regione ritenesse di dover remunerare le prestazioni previste nei LEA in modo eccedente la tariffa nazionale, sebbene al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni, l'effetto potrebbe essere un incontrollato incremento della spesa per tali prestazioni. Potrebbe, inoltre, anche esservi un effetto ulteriore, legato alla "concorrenza" nella garanzia delle prestazioni fra regioni. 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 ai privati convenzionati e, di conseguenza, ottenerne i servizi. L'effetto sperequativo di ciò appare chiaro: solamente le regioni con una sufficiente capacità di bilancio riuscirebbero a garantire quelle prestazioni per le quali il Servizio sanitario, a causa delle proprie carenze, poggia in modo rilevante sul privato convenzionato.

Non è questa la sede per approfondire in modo ulteriore tale aspetto, ma, in ragione del raffronto compiuto fra le due sentenze, per chi scrive, è importante riconoscere che, dato lo scopo precipuo dei LEA, sarebbe forse persino preferibile, alla luce degli effetti sperequativi che una sovra-remunerazione può produrre, che le risorse regionali diverse del Fondo sanitario vengano utilizzate per prestazioni extra-LEA o persino extra-sanitarie – come quelle previste dalla Regione Puglia – piuttosto che per aumentare le tariffe delle prestazioni già ricomprese nei livelli essenziali di assistenza.

5. E se fosse stata veramente telemedicina? LEA e prestazioni sanitarie a distanza

Proprio tale aspetto da ultimo richiamato ci consente di compiere alcune considerazioni conclusive rispetto al finanziamento – nel caso anche a valere sul Fondo sanitario – di prestazioni di telemedicina.

Come viene affermato chiaramente nella sentenza e, anche fisiologicamente, in un modo leggermente più sibillino nel comunicato, ciò che non può essere finanziato attraverso il Fondo sanitario – in ragione del Piano di rientro – sono le prestazioni eccedenti i LEA, fra le quali rientrano quelle dell'articolo 160 della legge n. 42 del 2024 volte a sostenere il potenziamento della telemedicina, non perché questa sia estranea al perimetro sanitario, ma perché il potenziamento della stessa previsto nella legge regionale non riguardava l'erogazione della prestazione in sé, quanto, piuttosto, la produzione di studi e ricerche volti a indagarne i possibili sviluppi.

Ciò, ad avviso di chi scrive, comporta che la Corte non abbia inteso affermare che le prestazioni di telemedicina siano estranee all'ambito sanitario e che, di conseguenza, non possano essere finanziate con i relativi fondi, ma, più "semplicemente", che una cosa è la prestazione sanitaria, una cosa gli studi sulla stessa. Non si ritiene, infatti, che la Consulta sarebbe arrivata ad una conclusione differente laddove gli studi e ricerche finanziati dall'articolo 160 della legge regionale avessero riguardato prestazioni sanitarie erogate in modo tradizionale al posto della *digital health*. Si sarebbe comunque trattato di finanziare studi *sulle* prestazioni e non *le* prestazioni.

Il discorso sarebbe diverso, e più complesso, nel caso in cui il finanziamento regionale avesse riguardato direttamente l'erogazione di prestazioni sanitarie attraverso modalità digitali, poiché, in questo caso, ci si sarebbe dovuti interrogare sulla possibilità di ricomprendere le stesse, alla luce del Piano di rientro, all'interno dei LEA.

Non può essere trascurato, infatti, che la telemedicina, a seguito del suo inserimento nella Missione 6, Componente 1, «Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale», del PNRR rappresenti oggi una modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie idonea a «ridisegnare i modelli assistenziali, secondo la logica della prossimità e della continuità delle cure, trovando inoltre un collegamento funzionale con le misure di digitalizzazione previste nella Componente 2, quali il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico»[26]. A tal proposito, nel DM 77 del 2022 viene riconosciuta l'importanza della sanità digitale e della telemedicina, anche rispetto alla presa in carico del paziente cronico al fine di assicurarne una migliore gestione domiciliare. Proprio in tale prospettiva, peraltro, l'esperienza pandemica ha rappresentato il banco di prova per l'instaurazione di una relazione "a distanza" fra i medici di medicina generale e i pazienti cronici, anziani e vulnerabili, in particolar modo nei territori più impervi della Penisola nei quali si riscontra una scarsità di medici di famiglia[27].

---

[26] A. COIANTE, *L'implementazione della telemedicina come elemento strutturale del SSN: dalla frammentarietà all'uniformità. La stabilizzazione post-PNRR e il possibile ruolo dei LEA*, in *Federalismi.it*, 28/2025, 53.

[27] Sul punto, I. CIOLLI, *I medici di medicina generale e il servizio sanitario nazionale. Una prospettiva costituzionale*, in *Le istituzioni del federalismo*, 4/2024, in particolare 862 ss.

Non sfugge, chiaramente, che la erogazione di prestazioni sanitarie in modalità a distanza rischi di scontare i limiti derivanti dal c.d. *digital divide* presente nel nostro Paese. Se, da un lato, la telemedicina potrebbe essere uno strumento attraverso il quale ridurre i divari territoriali, dall'altro potrebbe determinare l'incremento di ulteriori divari, non solo generazionali ma anche economici, legati all'accesso alla tecnologia. Quello che potrebbe essere uno strumento attraverso il quale generare inclusione e solidarietà potrebbe infatti divenire una ulteriore causa di esclusione e di marginalizzazione per fasce di popolazione già significativamente fragili.

In tale ottica emerge, prepotentemente, l'esigenza del bilanciamento fra prestazioni sanitarie a distanza e prestazioni "in presenza", al fine di evitare che l'avanzamento tecnologico comporti la subordinazione della garanzia del fondamentale diritto alla salute, oltre che a carenze economiche, anche a carenze informatiche[28]. Come è stato affermato, «[s]enza adeguate misure, il *digital divide* sanitario, da effetto collaterale inatteso, potrebbe trasformarsi a sua volta in un nuovo fattore di discriminazione, in contrasto con gli artt. 3 e 32 Cost.»[29]. I limiti dell'accesso alla tecnologia, infatti, si concentrano specificatamente nelle aree che, paradossalmente, maggiormente necessitano delle prestazioni di telemedicina e sollevano dubbi rispetto all'idoneità della tecnologia di soddisfare, almeno nel breve periodo, i bisogni dei soggetti più vulnerabili che, specie nel Mezzogiorno, spesso non possiedono i dispositivi elettronici idonei per la fruizione della prestazione né dispongono di una adeguata competenza digitale[30].

Per tali ragioni non pare possibile riconoscere la perfetta fungibilità fra prestazione sanitaria "tradizionale" e "digitale". Sebbene, infatti, i decreti ministeriali del 2022 abbiano confermato l'equiparazione sostanziale fra la prestazione erogata in via convenzionale e la prestazione erogata tramite telemedicina, ciò, in assenza di un più ampio ripensamento dell'accesso alle cure, sembra a chi scrive possa essere limitato alla sola remunerazione della prestazione effettuata dal sanitario.

In caso contrario, laddove si riconoscesse la perfetta fungibilità, la prestazione sanitaria in telemedicina potrebbe essere ritenuta come una semplice differente modalità di erogazione di prestazioni già ricomprese nei LEA, rispetto alle quali muterebbe lo strumento ma non il contenuto.

Ciò, se riportato alla sentenza qui in commento, avrebbe potuto comportare la piena possibilità di finanziamento di prestazioni di telemedicina attraverso il Fondo sanitario anche da parte di una regione in Piano di rientro.

È questa però una conseguenza che non convince. Il tema della tutela "digitale" del diritto alla salute pare ancora avulso e isolato dalla tutela della salute in quanto tale, e affrontato con strumenti di pronta attuazione che rischiano di perdere la visione di insieme della tutela di un diritto fondamentale[31].

Per ovviare a ciò è stata prospettata la possibilità di estendere il perimetro dei LEA per ricomprendervi la categoria dei LEA digitali. Tale soluzione non implicherebbe l'introduzione di nuove prestazioni sanitarie, ma, piuttosto, «la qualificazione della modalità digitale come componente ormai irrinunciabile dell'assistenza, da garantire con standard comuni su tutto il territorio. In altre parole, accanto alle tradizionali aree dei Lea (prevenzione collettiva, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera), si aggiungerebbe una sorta di macro-livello digitale trasversale, all'interno del quale verrebbero individuati obblighi specifici per le regioni relativi all'utilizzo della telemedicina»[32]. Una simile soluzione richiederebbe, ovviamente, l'esigenza di un forte accordo in sede di conferenza Stato-Regioni, nonché una stabilizzazione delle risorse previste a favore della telemedicina nel PNRR al fine di evitare che la stessa possa, a posteriori, essere valutata solo come una parentesi, peraltro neanche felice.

La individuazione dei LEA digitali sarebbe inoltre opportuna anche al fine di assicurare l'erogazione delle prestazioni ad essi collegate, non solo dal lato del sanitario, ma anche dal lato del beneficiario della

---

[28] Sul punto P. RUBECHINI, *La salute negata: le inefficienze del sistema sanitario italiano alla prova delle nuove tecnologie di recente introduzione, tra prospettive di "cura" della sanità pubblica e rischi per la garanzia dei diritti*, in *Corti supreme e salute*, 3/2024, 989-1006 e G.F. PULIZZI, *Il ruolo della pubblica amministrazione nella riduzione dei divari territoriali in sanità: nuovi assetti organizzativi e garanzia di eguaglianza*, in *Italian Papers on Federalism*, 1/2026, 266 ss.

[29] M. CUOMO, *Dalla mobilità sanitaria alla domiciliarizzazione delle cure: il divario sanitario alla prova del PNRR*, in *Italian Papers on Federalism*, 2/2025, 47.

[30] In questi termini, M. MATASSA, *Colmare i divari. Come le nuove tecnologie promettono di rivoluzionare la sanità italiana¸* in *Federalismi.it*, 12/2025, 196.

[31] Sul punto C. DI COSTANZO, *L'impiego delle nuove tecnologie nel settore della salute: problematiche e prospettive di diritto costituzionale¸* in *Consulta online*, 1/2023, 228.

[32] A. COIANTE, *L'implementazione della telemedicina come elemento strutturale del SSN*, cit., 65.

prestazione. Come già riconosciuto rispetto ai LEA, infatti, ciò che conta, e ciò che giustifica l'esigenza di destinare alla loro garanzia le risorse del Fondo sanitario – nonché l'intangibilità delle stesse – è il fatto che la garanzia delle prestazioni ivi previste debba essere effettiva e concreta e non possa limitarsi ad una semplice enunciazione sulla carta.

In assenza di un inserimento nei LEA della categoria dei LEA digitali, invece, si correrebbe il rischio di consentire – e non garantire – l'erogazione di una prestazione sanitaria essenziale con modalità differenti dalle tradizionali, senza tenere conto degli ostacoli legati all'accesso al digitale che, in ipotesi, potrebbero persino rendere impossibile la fruizione della prestazione sanitaria da parte, peraltro, come detto, dei soggetti già maggiormente bisognosi di cure.

La stabilizzazione della telemedicina nei LEA, quindi, non sarebbe solamente volta a riconoscere una "possibilità", ma comporterebbe l'esigenza di realizzare un bilanciamento fra modalità tradizionali e digitali di erogazione delle prestazioni, al fine di ritenere le "nuove" non idonee nel caso concreto – in presenza, ad esempio, di una impossibilità nell'accesso ad apparecchi tecnologici – ovvero al fine di prevedere ulteriori finanziamenti – magari da destinare all'acquisto di apparecchiature – volti ad assicurare una uniformità concreta sull'intero territorio nazionale del modello digitale, senza che alle strutturali carenze economiche si aggiungano anche le carenze organizzative dei sistemi regionali e le carenze informatiche dei soggetti più fragili.