



CONFERENZA DELLE REGIONI  
E DELLE PROVINCE AUTONOME

26/80/CR07/C7

**SCHEMA DI DISEGNO DI LEGGE RECANTE "DELEGA AL GOVERNO PER L'ADOZIONE DI MISURE IN MATERIA DI RIORGANIZZAZIONE E POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E OSPEDALIERA E REVISIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE"**

**PREMESSA**

Il procedimento riguardante il disegno di legge delega in oggetto si è fin qui caratterizzato per la costante violazione del principio di leale collaborazione nei rapporti interistituzionali tra Stato e Regioni, mancando ab *initio* un corretto coinvolgimento da parte del Governo delle Regioni nel rispetto di quella esigenza di cooperazione frutto della moderna concezione orizzontale-collegiale dei rapporti tra i diversi livelli di governo e non più centralista o verticale-gerarchica. L'esigenza di cooperazione, difatti, deve essere ovviata, con tutta evidenza e con maggior rigore, in quelle materie, quali la tutela della salute, ricadenti nell'ambito della legislazione concorrente ex art. 117, comma terzo, della Costituzione, in cui spetta proprio alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali della materia riservata alla legislazione dello Stato. A tali evidenze emerse, si aggiungono ulteriori mancanze da parte del Governo nell'iter procedimentale riguardanti anche le più elementari prerogative garantite dall'ordinamento ai livelli di governo regionali, in ossequio al principio autonomistico di cui all'articolo 114 della Costituzione.

**La proposta normativa risulta affetta da numerosi vizi di natura procedurale e di contenuto che, come di seguito più puntualmente indicato, ne inficiano l'accettabilità e anche solo la emendabilità, seppure parziale, da parte del sistema delle Regioni e delle Province autonome.**

**1. Violazione del principio di leale collaborazione tra Stato ed enti territoriali.**

Come noto, la legge di delegazione, in quanto atto avente forza di legge, non si sottrae, ai sensi dell'art. 134 Cost., al controllo di costituzionalità in via principale, di cui può divenire oggetto quando sia possibile riscontrare una lesione dell'autonomia regionale. Questo evidenzia quanto sia fondamentale il rispetto di tale principio che, quale *ratio* intrinseca, ha la finalità di garantire un approccio equilibrato nelle riforme, ove la concorrenza di competenze, come nella importantissima materia della tutela della salute - espressione, ai fini della declinazione normativa, del diritto fondamentale alla salute - richieda di contemperare le ragioni dell'esercizio unitario delle competenze con la garanzia delle funzioni costituzionalmente attribuite alle autonomie.

Come affermato dalla giurisprudenza costituzionale, *"nell'evenienza di uno stretto intreccio fra materie e competenze dello Stato e delle Regioni, la leale collaborazione costituisce principio guida e l'intesa la soluzione che meglio incarna la collaborazione. Tale principio è tanto più apprezzabile nella "perdurante assenza di una trasformazione delle istituzioni parlamentari e, più in generale, dei procedimenti legislativi" e diviene dirimente nella considerazione di interessi sempre più complessi, di cui gli enti territoriali si fanno portatori. (Precedenti citati: sentenze n. 21 del 2016, n. 1 del 2016 e n. 278 del 2010). L'esigenza di coinvolgere adeguatamente le Regioni e gli enti locali nella forma dell'intesa è stata riconosciuta anche nella ipotesi della attrazione in sussidiarietà della funzione legislativa allo Stato, in vista dell'urgenza di soddisfare esigenze unitarie, economicamente rilevanti, oltre che connesse all'esercizio della funzione amministrativa. In tal caso, l'esercizio unitario che consente di attrarre, insieme alla funzione amministrativa, anche quella legislativa, può aspirare a superare il vaglio di legittimità costituzionale - e giustificare la deroga al riparto di competenze contenuto nel Titolo V Cost. - solo in presenza di una disciplina che prefiguri un iter in cui assumano il dovuto risalto le attività concertative e di coordinamento orizzontale, ovvero sia le intese, che devono essere condotte in base al principio di lealtà. (Precedenti citati: sentenze n. 7 del 2016 e n. 303 del 2003)".*

#### **1.1. Inappropriata adozione della procedura di urgenza di cui all'art. 2, comma 5, decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281**

Si ritiene che l'adozione della procedura di urgenza di cui all'art. 2, comma 5, del decreto legislativo n. 281/1997, abbia del tutto sorvolato nel conformarsi al pieno rispetto del principio di collaborazione, non tenendo conto delle competenze concorrenti regionali in materia di salute che rendono inestricabilmente connessi gli obiettivi del disegno di legge con la potestà legislativa delle Regioni, attribuita dall'articolo 117, comma 3, della Costituzione, per effetto del quale **le Regioni organizzano il Servizio Sanitario Regionale, gestiscono le risorse, definiscono l'assistenza territoriale e vigilano sulle strutture, garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti a livello nazionale.**

**Inoltre, a corollario di quanto sopra evidenziato, si sottolinea come nelle specifiche tematiche trattate nello schema del disegno di legge de quo non si ravvisino concrete ragioni di urgenza a giustificazione della procedura adottata, escludendo ogni spazio a valutazioni e redazioni concordate preliminarmente del testo normativo.**

Appare, dunque, evidente come anche la previsione del mero "parere" come strumento di coinvolgimento delle Regioni e delle Province autonome nel

provvedimento in esame non sia assolutamente adeguata all'importanza della tematica della tutela della salute dei cittadini - e, ciò, proprio anche a tutela degli stessi - onde consentire alle realtà territoriali e di prossimità e che assistono il cittadino da vicino, di poter interloquire correttamente, consentendo loro, con le necessarie tempistiche del caso - **di poter apportare un valore aggiunto e di rilievo al provvedimento in esame, senza che questo sia percepito come atto di prevaricazione istituzionale, non coerente con l'ordinamento autonomistico riconosciuto dalla Costituzione.**

## **1.2. Inappropriata previsione dell'intesa c.d. "debole" nella disposizione di cui all'art. art. 1, comma 2, del disegno di legge**

L'art. 1, comma 2, del disegno di legge in oggetto dispone, testualmente, *"I decreti legislativi di cui al comma 1 sono adottati su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro dell'università e della ricerca, nonché con gli altri Ministri competenti per materia, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. Gli schemi di ciascun decreto legislativo sono trasmessi alle Camere ai fini dell'espressione dei pareri da parte delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, che si pronunciano entro il termine di trenta giorni dalla data di trasmissione, decorso il quale il decreto legislativo può essere comunque adottato"*.

Richiamando quanto tutto già espresso in premessa, **si evidenzia che il provvedimento avrebbe dovuto, almeno, prevedere nell'iter di adozione dei decreti legislativi attuativi, invece che l'intesa c.d. "debole", prevista dall'articolo 3 del d.lgs. n. 281/1997, l'intesa c.d. "forte", di cui all'art. 8, sesto comma, I. n. 131/2003 in considerazione della necessità di favorire l'armonizzazione delle legislazioni dello Stato e delle Regioni, ovvero il raggiungimento di posizioni unitarie e obiettivi comuni che in materia di salute rappresenta una prerogativa fondamentale.**

## **1.3. Mancato accoglimento della richiesta delle Regioni di istituzione dei Tavoli di lavoro paritetici**

La richiesta avanzata dalle Regioni nell'ambito delle osservazioni presentate al Governo sul provvedimento - come anche espresse nell'incontro tecnico intercorso con i rappresentanti del medesimo - avente ad oggetto **l'istituzione tavoli di lavoro paritetici ai fini della redazione degli schemi di decreti legislativi attuativi**, è esitata, ancora una volta, nella violazione del principio di leale collaborazione. La nota del Ministero della Salute (MDS-GAB-96-13/04/2026) - non portata tra l'altro a conoscenza della Commissione Salute

in modo adeguato, in quanto ne ha appreso il contenuto solo nel corso dell'incontro tecnico del 14 aprile u.s. - ha previsto l'istituzione di un unico Tavolo tecnico per la definizione degli schemi dei decreti legislativi attuativi del disegno di legge AS 1825, in cui il livello regionale è rappresentato unicamente dal Coordinatore tecnico della Commissione Salute o un suo delegato, senza dunque conferire alcuna connotazione partecipativa regionale in senso paritetico, con un coinvolgimento equo e paritario sia dei rappresentanti regionali che delle amministrazioni centrali.

## 2. Mancata piena comprensibilità degli obiettivi del disegno di legge delega.

Per quanto riportato al punto 1 e, dunque, per le tempistiche inadeguate date dalla procedura di urgenza adottata, non risultano pienamente comprensibili gli obiettivi di sistema e quelli relativi alle specifiche tematiche trattate dal provvedimento, sui quali il parere non può dirsi ponderato, frutto di interlocuzioni e adeguate riunioni tecniche con i soggetti competenti.

\*\*\*

In coerenza con quanto affermato ai due punti precedenti, questa Conferenza ritiene che un percorso coerente con il dettato costituzionale avrebbe dovuto prevedere preliminarmente la definizione comune tra Stato e Regioni degli obiettivi del nuovo sistema di organizzazione Ospedale-Territorio, **fissando, in collaborazione, i principi direttivi della delega, considerando come vincolanti - e ragionevolmente alla stregua di una procedura che preveda l'"intesa forte",**

- **gli obiettivi e le esigenze espresse dalle Regioni, inserendole già nel contesto della legge delega.**

A titolo esemplificativo, si evidenziano di seguito alcuni contenuti del disegno di legge delega che avrebbero potuto concretizzarsi, a seguito del confronto interistituzionale - ove si fosse realizzato secondo i principi della leale collaborazione:

- a) previsione di tavoli di lavoro paritetici ai fini della redazione degli schemi dei decreti legislativi attuativi;
- b) chiarimento in merito agli ospedali di terzo livello affinché esulino in nessun modo dalla governance regionale, nonostante il loro rilievo nazionale. L'individuazione di strutture in "centri di terzo livello" avrebbe dovuto comunque, mutare la natura giuridico-istituzionale delle stesse, e i decreti di attuazione dovranno prevedere sistemi di integrazione con le strutture del territorio, nonché il loro ruolo all'interno dei modelli di rete regionali (es. Reti Hub & Spoke);
- c) coerente definizione della copertura economica, con risorse aggiuntive da assegnare alle Regioni secondo modalità da concordare, affinché possano essere finalizzate a funzioni non tariffate che garantiscano la continuità

- dell'eccellenza delle strutture;
- d) permanenza, nonostante la eventuale previsione di ospedali elettivi, dei requisiti minimi di accreditamento di cui al DM 70/2022 e della rete di residenzialità sociosanitaria e/o Ospedali di Comunità - il cui finanziamento deve essere garantito - rivolti alle degenze di transizione o ai subacuti.

Inoltre, si evidenzia:

- a) la necessità di comprendere il coordinamento dell'intervento normativo in oggetto con la proposta ministeriale *"Linee programmatiche del riordino dell'assistenza primaria territoriale, della medicina generale e della pediatria di libera scelta al fine di garantire la piena operabilità delle Case di Comunità"*, in corso di discussione;
- b) che il disegno di Legge delega non affronta problemi rilevanti del SSN e - anzi - con esso potrebbero ulteriormente aggravarsi:
- i. in primis, il tema del rafforzamento del capitale umano, per rendere attrattivo il SSN nel suo complesso, non solo i grandi centri di eccellenza, che rischiano di sottrarre risorse al territorio, evidentemente meno attrattivo, se scollegato dai grandi ospedali;
  - ii. il tema dell'efficacia dei percorsi di presa in carico, che le evidenze di letteratura mostrano possibile solo in reti integrate verticalmente (ospedale e territorio, sanitario e sociale), mentre si focalizza sul rafforzamento di reti orizzontali (centri di terzo livello).

## **Conclusioni**

Richiamando tutto quanto sopra riportato, questa Conferenza - auspicando una concreta e fattiva cooperazione interistituzionale nell'interesse dei cittadini, che sia armoniosa e posta in essere nell'ottica di superare ogni conflitto di competenza tra le istituzioni, giungendo a una visione complessiva di sistema che tenga conto dell'articolazione territoriale e autonomistica che connatura la Repubblica, con particolare attenzione alla declinazione e tutela del diritto fondamentale alla Salute di cui all'articolo 32 della Costituzione - condivide l'obiettivo di orientare il disegno di legge delega di cui trattasi a un percorso istituzionale coerente con i principi dell'ordinamento giuridico vigente.

**Pertanto, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome delibera il rinvio del parere con richiesta di sospensione, approfondimento e rielaborazione condivisa del testo di disegno di legge delega secondo il principio di leale collaborazione.**

Roma, 21 maggio 2026