



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI E LE AUTONOMIE
UFFICIO II – UFFICIO PER LE AUTONOMIE SPECIALI PER L'ESAME
DI LEGITTIMITA' COSTITUZIONALE DELLA LEGISLAZIONE REGIONALE
DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

SARDEGNA

Legge n° 1 del 06/02/2026

BUR n°9 del 09/02/2026

(Scadenza
10/04/2026)

Legge di stabilità regionale 2026

La legge regionale Sardegna n. 1/2026 disciplina, ai commi 20, 21 e 22 dell'articolo 2, l'autorizzazione all'esercizio delle Case di comunità (Cdc) e degli Ospedali di comunità (Odc) realizzati con le risorse del PNRR - missione 6 – Salute. In particolare:

- il comma 20 prevede che Cdc e Odc siano autorizzati all'esercizio delle attività sanitarie in via transitoria per un periodo non superiore a dodici mesi dall'entrata in vigore della legge;
- il comma 21 stabilisce che l'autorizzazione transitoria sia subordinata alla presentazione, da parte dei soggetti titolari competenti, di una dichiarazione sostitutiva di atto notorio (DSAN) ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000, attestante la sussistenza dei requisiti minimi autorizzativi strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dalla normativa nazionale e regionale. L'autorizzazione decorre automaticamente dalla presentazione della DSAN stessa;
- il comma 22 prevede che i soggetti titolari presentino l'istanza di autorizzazione definitiva e accreditamento istituzionale secondo le procedure ordinarie; l'autorizzazione transitoria decade in caso di mancata presentazione dell'istanza o di accertata carenza dei requisiti minimi.

Ratio legis sembrerebbe essere un intervento di mera semplificazione procedimentale; la normativa non inciderebbe sul sistema dei requisiti né introdurrebbe deroghe, in quanto l'autorizzazione transitoria sarebbe subordinata a una DSAN che ne attesta la sussistenza sotto la responsabilità del legale rappresentante.

Tuttavia, attraverso la sostituzione del controllo preventivo con la presentazione di un'autocertificazione ai sensi del DPR n. 445/2000, la regione di fatto delinea un regime non solo semplificato, ma anche derogatorio rispetto a quello autorizzatorio previsto a livello statale per l'esercizio di attività (socio)sanitarie private. Infatti, l'autorizzazione all'esercizio non può essere ridotta a una formalità autocertificativa in quanto il possesso dei requisiti e la loro verifica formale sono concetti distinti a livello non solo giuridico, ma anche operativo, e insuscettibili di sovrapposizione in quanto il possesso dei requisiti riguarda la sfera soggettiva della struttura, mentre la verifica dei requisiti è l'atto oggettivo e autoritativo che trasforma una dichiarazione di parte privata in una garanzia di pubblica sicurezza.

Ed invero, nel sistema delineato dagli artt. 8 e 8-ter del d.lgs. n. 502 del 1992, l'autorizzazione all'esercizio è il titolo che attesta la sicurezza e la qualità delle strutture e richiede verifiche puntuali prima dello svolgimento dell'attività. In particolare, il comma 4 dell'art. 8-ter del d.lgs. n. 502 del 1992 stabilisce che l'esercizio delle attività (socio)sanitarie, da parte di strutture pubbliche e private, presuppone il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalla normativa vigente. Il sistema autorizzatorio statale è, quindi, fondato sul principio della verifica preventiva dei requisiti, condizione necessaria per l'esercizio dell'attività sanitaria. Ne consegue che subordinare il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio alla semplice presentazione di un'autodichiarazione non si concilia:

- con i principi fondamentali di tutela della salute e sicurezza delle cure a presidio dei quali la disciplina statale è posta in materia;
- con il principio affermato a più riprese dalla giurisprudenza costituzionale secondo cui la verifica dei requisiti è indefettibile e non sostituibile con mera autocertificazione (in tal senso Corte Cost. sentenza 292/2012; 32/2023, 74/2023, 59/2025).

Mentre l'esercizio di attività sanitarie presuppone per legge la verifica preventiva del possesso di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che fungono da soglia invalicabile per la sicurezza di pazienti e operatori, la norma regionale, di fatto, consente alle strutture di continuare ad operare a prescindere dalla conclusione positiva del processo di verifica circa l'adeguatezza della struttura stessa e la sua rispondenza ai requisiti prescritti. L'introduzione di un meccanismo che consenta l'avvio dell'attività prima di tale verifica indebolisce le garanzie poste a tutela della sicurezza delle prestazioni sanitarie. L'assenza di una verifica istruttoria preventiva da parte dell'autorità competente che precede l'effettivo avvio delle attività (socio)sanitarie espone il sistema a gravi rischi, che non possono essere surrogati da una mera responsabilità formale, quali:

- il rischio infettivo;
- l'inadeguatezza del personale;
- la mancata gestione delle emergenze;
- una scarsa qualità diagnostica.

La Legge n. 24 del 2017 definisce la sicurezza delle cure come parte integrante del diritto alla salute, sancito dall'art. 32 della Costituzione, mentre i requisiti minimi di cui al DPR 14 gennaio 1997 costituiscono la soglia necessaria per garantire adeguati livelli di sicurezza dei pazienti, del personale sanitario e dei visitatori. Nel sistema statale, infatti, il controllo preventivo dei criteri/requisiti predeterminati non ha soltanto valore formale, ma rappresenta una garanzia sostanziale per la tutela della salute e della qualità dell'assistenza socio-sanitaria. Considerato, quindi, che il sistema dell'autorizzazione e dell'accreditamento nell'attuale impianto normativo è considerato come fondamentale strumento di garanzia finalizzato a promuovere e a conseguire la maggiore qualità possibile dell'assistenza socio-sanitaria attraverso l'individuazione, sulla base di criteri/requisiti predeterminati, dei migliori erogatori di prestazioni sanitarie nonché dei potenziali contraenti con il SSN, in questa ottica garantista la regione deve assicurare il pieno e previo espletamento delle ordinarie attività di verifica dei requisiti.

In conclusione, considerato che il sistema dell'autorizzazione e dell'accreditamento è concepito nell'attuale impianto normativo come fondamentale strumento di garanzia, non è assolutamente possibile prescindere dal pieno e previo espletamento delle ordinarie attività di verifica dei requisiti. La legge regionale laddove, ai commi 20, 21 e 22 dell'articolo 2, delinea, sia pure in via transitoria, un regime autorizzatorio semplificato e derogatorio rispetto a quello previsto a livello statale per l'esercizio delle Cdc e degli Odc realizzati con le risorse del PNRR, si pone in contrasto con il principio affermato a più riprese dalla giurisprudenza costituzionale, secondo cui la verifica dei requisiti è indefettibile e non sostituibile con mera autocertificazione (in tal senso Corte Cost. sentenze 292/2012; 59/2025, 32/2023, 74/2023). Ne consegue che i commi 20, 21 e 22 dell'articolo 2 contrastano con l'art. 117, terzo comma, Cost. perché non conformi con il sistema di principi fondamentali delineato dalle norme interposte costituite dagli artt. 8, comma 4, e 8-ter del d.lgs. n. 502 del 1992, da qualificarsi come principi fondamentali della «tutela della salute» (cfr. ex multis sentenze nn. 361 del 2008, 150 e 245 del 2010, 292 del 2012, 59 del 2015 e 161 del 2016). Infatti, secondo il costante orientamento della Corte Costituzionale, le norme di principio contenute negli artt. 8, comma 4, e 8-ter del d.lgs. n. 502 del 1992 costituiscono principi fondamentali fissati dal legislatore statale nell'esercizio della potestà legislativa concorrente in materia di tutela della salute, nel presupposto che, ai sensi dell'art. 117, terzo comma, Cost., le scelte del legislatore regionale devono svolgersi nel rispetto dei principi fondamentali riservati alla legislazione dello Stato (sentenze nn. 282 del 2002 e 162 del 2004, ordinanza n. 323 del 2010), in modo da garantire la verifica preventiva dei requisiti minimi nazionali posti a presidio della sicurezza dei pazienti e della qualità delle prestazioni sanitarie.

Tra i parametri costituzionali posti alla base della richiesta di impugnativa della legge regionale in oggetto indicata, vi è anche l'art. 32 Cost. Ed infatti, la disciplina statale in tema di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie serve proprio a dare piena e puntuale attuazione all'art. 32, al fine di garantire che il diritto alla salute sia esercitato in condizioni di sicurezza, qualità ed efficacia, attraverso un complesso sistema di controlli e verifiche dei requisiti. In altri termini, l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie non è solo un mero

atto amministrativo formale, ma ha soprattutto una funzione sostanziale volta ad assicurare, in modo concreto, cure sicure e controllate, prevenendo rischi per i pazienti, evitando strutture improvvisate o inadeguate, garantendo uniformità sul territorio nazionale. In questi termini, del resto, si è espressa la Corte costituzionale con la sentenza n. 202 del 2024 con cui è stato chiarito in modo sistematico il rapporto tra libertà di iniziativa privata in ambito sanitario e tutela della salute ex art. 32 Cost., valorizzando il ruolo dell'autorizzazione come strumento di governo pubblico del sistema. In questa decisione, la Corte coglie l'occasione per ribadire un principio ormai consolidato: l'attività sanitaria, anche quando svolta da soggetti privati, non è assimilabile a una normale attività economica, perché è direttamente funzionale alla tutela di un diritto fondamentale. All'interno del modello organizzativo delineato dal legislatore nazionale con il d.lgs. 502 del 1992 l'autorizzazione assume una funzione centrale e non meramente formale. Essa non serve solo a verificare il possesso di requisiti tecnici (strutturali, tecnologici, organizzativi), ma è anche uno strumento di pianificazione pubblica dell'offerta sanitaria. In altre parole, la pubblica amministrazione non si limita a controllare "come" si eroga il servizio, ma interviene anche sul "se" e "dove" una struttura possa operare, in relazione al fabbisogno sanitario della popolazione e alla distribuzione territoriale dei servizi. Di qui l'incidenza con l'art. 32 Cost.: la tutela della salute, intesa anche come interesse della collettività, giustifica un sistema autorizzatorio che limita l'accesso al mercato sanitario, subordinandolo a valutazioni di interesse pubblico. Tali limiti non sono eccezionali, ma costituiscono la regola in un settore in cui è necessario garantire qualità e sicurezza delle prestazioni, equità nell'accesso ai servizi, sostenibilità complessiva del sistema sanitario.

Conclusivamente, per le motivazioni già indicate, la legge regionale Sardegna n. 1/2026 va impugnata, limitatamente ai commi 20, 21 e 22 dell'articolo 2, per contrasto con l'articolo 117, terzo comma e con l'articolo 32 Cost..