



*Consiglio regionale della Calabria*

## DOSSIER

PL n. 245/12

di iniziativa del Consigliere D. GIANNETTA recante:

"Modifica della legge regionale 19 novembre 2020, n. 24 (Norme per l'utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche e private)"

relatore: P. STRAFACE;

### DATI DELL'ITER

NUMERO DEL REGISTRO DEI PROVVEDIMENTI	
DATA DI PRESENTAZIONE ALLA SEGRETERIA DELL'ASSEMBLEA	01/12/2023
DATA DI ASSEGNAZIONE ALLA COMMISSIONE	01/12/2023
COMUNICAZIONE IN CONSIGLIO	
SEDE	MERITO
PARERE PREVISTO	Il Comm.
NUMERO ARTICOLI	

## Testo del Provvedimento

Proposta di legge n. 245/XII pag. 3  
*"Modifica della legge regionale 19 novembre 2020, n. 24 (Norme per l'utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche e private)"*

## Giurisprudenza Costituzionale

Sentenza 6/2022 - Corte Costituzionale pag. 9  
*"GIUDIZIO DI LEGITTIMITÀ COSTITUZIONALE IN VIA PRINCIPALE - Artt. 1, c. 1° e 2°, 3, c. 2°, e 4 della legge della Regione Calabria 19/11/2020, n. 24."*

## Normativa citata

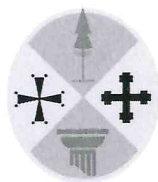
Legge regionale 19 novembre 2020, n. 24 pag. 16  
*"Norme per l'utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche e private"*

Decreto del Presidente Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483 (art. 32) pag. 18  
*"Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale"*

D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (art. 18) pag. 19  
*"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"*

D.Lgs. 8 agosto 1991, n. 258 (art.1, comma 1) pag. 23  
*"Attuazione delle direttive n. 85/432/CEE, n. 85/433/CEE e n. 85/584/CEE, in materia di formazione e diritto di stabilimento dei farmacisti, a norma dell'art. 6 della legge 30 luglio 1990, n. 212"*

Decreto 2 aprile 2015, n. 70 pag. 25  
*"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"*



*Consiglio regionale della Calabria*

Proposta di legge n. /XII

“Modifica della legge regionale 19 novembre 2020, n. 24 (Norme per l’utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche e private)”.

di iniziativa dei Consiglieri:

Domenico Giannetta



Proposta di legge: “Modifica della legge regionale 19 novembre 2020, n. 24 (Norme per l’utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche e private)”.

### Relazione descrittiva

La presente proposta di legge ha lo scopo di adeguare la legge regionale 19 novembre 2020, n. 24 (Norme per l’utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche e private) al quadro ordinamentale vigente.

L’intervento di novellazione, che prevede la modifica o la sostituzione delle norme dichiarate illegittime dalla Corte costituzionale con la recente sentenza 18 gennaio 2022, n. 6, si rende necessario per rendere efficaci le disposizioni regionali uniformandole alla disciplina statale in materia di requisiti per l’accesso alla dirigenza sanitaria e al decreto legislativo n. 258 del 1991 che individua le attività cui è abilitato il farmacista.

La proposta consta di quattro articoli di seguito descritti.

L’articolo 1 sostituisce l’articolo 1 della l.r. 24/2020, dichiarato costituzionalmente illegittimo, riscrivendolo in maniera di adeguarne il contenuto alla sentenza n. 6/2022 della Corte costituzionale. In particolare:

- a) viene eliminato il riferimento all’“inquadramento nell’organigramma del farmacista secondo le dimensioni della struttura, in quanto ritenuto interferente con la materia “ordinamento civile”, di esclusiva competenza statale;
- b) viene soppresso il riferimento al requisito dell’abilitazione previsto nell’originario comma 2 (conseguimento del titolo di abilitazione all’esercizio professionale e iscrizione al relativo ordine professionale), non in linea con il sistema di reclutamento previsto per l’accesso al SSN (art. 32 DPR n. 483/1997 e art. 18 del d. lgs. 502/1992); si è scelto di non indicare in maniera espressa la normativa statale che prevede il requisito della specializzazione, cioè l’articolo 32 del DPR n. 483 del 1997, operando piuttosto un rinvio ai requisiti specifici previsti dalla disciplina statale vigente per l’accesso al servizio sanitario nazionale;
- c) al comma 3, invece, si prevede che “Presso le strutture pubbliche, la presenza del farmacista è garantita in coerenza con l’effettivo fabbisogno assistenziale” e in applicazione della normativa vigente in materia di spesa per il personale in materia sanitaria; ciò in quanto non si può prescindere dall’effettivo fabbisogno di personale, che non può che essere adottato in coerenza con l’effettivo fabbisogno assistenziale che deve essere definito in coerenza con il regolamento adottato con decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015 n. 70, e con la metodologia adottata e approvata con i Tavoli di verifica, essendo la Regione Calabria commissariata.

L’articolo 2, nel modificare l’articolo 3 della l.r. 24/2020, rinvia, quanto ai compiti del farmacista, a quelli previsti nella normativa statale (art.1, comma 1, del decreto legislativo n. 258 del 1991), scegliendo di non

riprodurli in maniera espressa al fine di evitare interferenze con la materia delle professioni, di esclusiva competenza statale.

L'articolo 3 sopprime i "criteri di assunzione presso le strutture" di cui all'articolo 4 della l.r. 24/2020, sostituendoli con la clausola di salvaguardia che fa salve, in ogni caso, le competenze e le prerogative del Commissario ad acta .

L'articolo 4 riguarda, infine, la clausola d'invarianza finanziaria.

### Relazione finanziaria

#### Quadro di riepilogo analisi economico finanziaria

(allegato a margine della relazione tecnico finanziaria art. 39 Statuto Regione Calabria)

Titolo: "Modifica della legge regionale 19 novembre 2020, n. 24 (Norme per l'utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche e private)".

La proposta di legge non comporta alcun onere finanziario per il bilancio regionale.

Peraltro le singole strutture, adeguandosi alla normativa de qua, ricaverebbero economie sia perché la gestione, somministrazione ed utilizzo dei farmaci affidata al farmacista specializzato è certamente più razionale, corretta e controllata, sia perché garantirebbe una migliore aderenza terapeutica che si traduce in una diminuzione del periodo di degenza, sia, infine, perché accrescerebbe l'offerta delle prestazioni sanitarie in termini di qualità ed efficienza. Inoltre, la presenza del farmacista nelle strutture pubbliche è garantita solo in coerenza con l'effettivo fabbisogno assistenziale, definito in coerenza con il regolamento adottato con decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015, n.70, e con la metodologia adottata e approvata con i Tavoli di verifica.

Tab. 1 Oneri finanziari:

Articolo	Descrizione spese	Tipologia I o C	Carattere Temporale A o P	Importo
Art.1	Sostituisce l'articolo 1 della l.r. 24/2020 al fine di allinearli al quadro ordinamentale	//	//	//

	vigente. Ha natura ordinamentale.			
Art.2	L'articolo modifica l'art. 3 rinviando, quanto ai compiti del farmacista, a quelli previsti dalla normativa statale. Ha natura ordinamentale.	//	//	//
Art. 3	Sostituisce l'art. 4 con la clausola di salvaguardia che fa salve le competenze del Commissario ad acta.	//	//	//
Art. 4	L'articolo contiene la clausola d'invarianza finanziaria.	//	//	//

Non essendo previsti oneri finanziari a carico del bilancio regionale, non sussistono criteri di quantificazione dei medesimi e non è necessario indicare la relativa copertura finanziaria.

Tab. 2 Copertura finanziaria:

Programma / Capitolo	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025
	//	//	//
Totale	//	//	//



## Art. 1

(Sostituzione dell'articolo 1 della l.r. 24/2020)

1. L'articolo 1 della legge regionale 19 novembre 2020, n. 24 (Norme per l'utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche e private) è sostituito dal seguente:

“Art. 1

(Presenza della figura professionale del farmacista nelle strutture pubbliche e private)

1. Negli istituti di ricovero, di riabilitazione, nelle residenze sanitarie assistite (RSA), negli hospice, nelle residenze socio sanitarie assistite (RSSA), presso i servizi per le tossicodipendenze (SERT), negli ospizi, nelle case protette e comunità terapeutiche, case di cura private e in tutte le altre strutture pubbliche e private ove sono utilizzati farmaci, l'approvvigionamento, la conservazione, l'allestimento e la distribuzione degli stessi avviene, ferma restando per le strutture pubbliche la previsione di cui al comma 3, sotto la responsabilità di personale farmacista.
2. L'esercizio della professione di farmacista presso le strutture di cui al comma 1 è consentito a coloro che sono in possesso dei requisiti specifici previsti dalla disciplina statale vigente per l'accesso al servizio sanitario nazionale.
3. Presso le strutture pubbliche di cui al comma 1 la presenza del farmacista è garantita in coerenza con l'effettivo fabbisogno assistenziale, definito in coerenza con il regolamento adottato con decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015, n.70, e con la metodologia adottata e approvata con i Tavoli di verifica.”.

## Art. 2

(Modifica dell'articolo 3 della l.r. 24/2020)

1. Il comma 2 dell'articolo 3 della l.r. 24/2020 è sostituito dal seguente: “2. Per le finalità di cui al comma 1, il farmacista svolge le attività professionali di cui all'articolo 1, comma 1, del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 258 (Attuazione delle direttive n. 85/432/CEE, n. 85/433/CEE e n. 85/584/CEE, in materia di formazione e diritto di stabilimento dei farmacisti).”.

## Art. 3

(Sostituzione dell'articolo 4 della l.r. 24/2020)

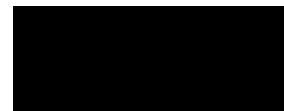
1. L'articolo 4 della l.r. 24/2020 è sostituito dal seguente: “Art. 4 (Clausola di salvaguardia)

1. Sono fatte salve le competenze attribuite al Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale.”.

Art. 4

(Clausola d'invarianza finanziaria)

1. Dall'attuazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.





Sentenza **6/2022** (ECLI:IT:COST:2022:6)

Giudizio: **GIUDIZIO DI LEGITTIMITÀ COSTITUZIONALE IN VIA PRINCIPALE**

Presidente: **CORAGGIO** - Redattore: **PROSPERETTI**

Udienza Pubblica del **24/11/2021**; Decisione del **25/11/2021**

Deposito del **18/01/2022**; Pubblicazione in G. U. **19/01/2022 n. 3**

Norme impugnate: Artt 1, c. 1° e 2°, 3, c. 2°, e 4 della legge della Regione Calabria 19/11/2020, n. 24.

Massime: **44490 44491**

Atti decisi: **ric. 4/2021**

## Pronuncia

# SENTENZA N. 6

ANNO 2022

REPUBBLICA ITALIANA  
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE COSTITUZIONALE

composta dai signori: Presidente: Giancarlo CORAGGIO; Giudici : Giuliano AMATO, Silvana SCIARRA, Daria de PRETIS, Nicolò ZANON, Franco MODUGNO, Augusto Antonio BARBERA, Giulio PROSPERETTI, Giovanni AMOROSO, Francesco VIGANÒ, Luca ANTONINI, Stefano PETITTI, Angelo BUSCEMA, Emanuela NAVARRETTA, Maria Rosaria SAN GIORGIO,

ha pronunciato la seguente

## SENTENZA

nel giudizio di legittimità costituzionale degli artt. 1, commi 1 e 2, 3, comma 2, e 4 della legge della Regione Calabria 19 novembre 2020, n. 24 (Norme per l'utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche e private), promosso dal Presidente del Consiglio dei ministri con ricorso notificato il 18-21 gennaio 2021, depositato in cancelleria il 26 gennaio 2021, iscritto al n. 4 del registro ricorsi 2021 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 7, prima serie speciale, dell'anno 2021.

udito nell'udienza pubblica del 24 novembre 2021 il Giudice relatore Giulio Prosperetti;  
udito l'avvocato dello Stato Enrico De Giovanni per il Presidente del Consiglio dei ministri;  
deliberato nella camera di consiglio del 25 novembre 2021.

### *Ritenuto in fatto*

1.– Con ricorso notificato il 18-21 gennaio 2021 e depositato il 26 gennaio 2021 (reg. ric. n. 4 del 2021), il Presidente del Consiglio dei ministri, rappresentato e difeso dall'Avvocatura generale dello Stato, ha promosso questioni di legittimità costituzionale degli artt. 1, commi 1 e 2, 3, comma 2, e 4 della legge della Regione Calabria 19 novembre 2020, n. 24 (Norme per l'utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche e private): quanto agli artt. 1, commi 1 e 2, e 4, per violazione dell'art. 117, terzo comma, della Costituzione, in riferimento alla competenza legislativa concorrente in materia di principi fondamentali di «coordinamento della finanza pubblica»; quanto all'art. 1, comma 2, per lesione, altresì, dell'art. 117, secondo comma, lettera l), Cost., in riferimento alla competenza esclusiva dello Stato in materia di «ordinamento civile»; quanto

all'art. 3, comma 2, per violazione dell'art. 117, terzo comma, Cost., in riferimento ai principi fondamentali in materia di «professioni», e dell'art. 3 Cost., per lesione del principio di uguaglianza.

1.2.– In ordine alla prima censura, promossa nei confronti degli artt. 1, commi 1 e 2, e 4 della legge regionale impugnata, la difesa statale illustra innanzitutto il contenuto delle disposizioni.

L'art. 1, comma 1, prevede la presenza obbligatoria della figura professionale del farmacista negli istituti di ricovero, di riabilitazione, nelle residenze sanitarie assistite (RSA), negli hospice, nelle residenze socio sanitarie assistite (RSSA), presso i servizi per le tossicodipendenze (SERT), negli ospizi, nelle case protette e comunità terapeutiche, case di cura private e in tutte le altre strutture pubbliche e private della Regione ove sono utilizzati farmaci, con inquadramento nell'organigramma della struttura interessata secondo le dimensioni della struttura stessa.

L'art. 1, comma 2, stabilisce che l'esercizio della professione di farmacista presso le suddette strutture è consentito a coloro che abbiano conseguito il titolo di abilitazione all'esercizio professionale e siano iscritti al relativo ordine professionale.

L'art. 4, infine, allo scopo di garantire la predetta obbligatorietà della presenza del farmacista nelle strutture socio-sanitarie della Regione, determina i criteri in relazione al numero dei posti letto della struttura interessata: un farmacista ogni sessanta posti letto, due o più farmacisti nelle strutture che hanno più di sessanta posti letto, un farmacista nelle strutture con ricezione inferiore.

Preliminarmente, la difesa statale evidenzia che la Regione Calabria soggiace al piano di rientro dal disavanzo sanitario, la cui attuazione è sottoposta ad una gestione commissariale: al Commissario ad acta sono assegnati tutti gli interventi necessari atti a garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) nei termini indicati dai Tavoli di verifica, ivi compresa l'attuazione dei programmi operativi che comprendono, tra le diverse azioni, la razionalizzazione e il contenimento della spesa per il personale in coerenza con l'effettivo fabbisogno, in applicazione della normativa vigente in materia.

La difesa statale rappresenta che tale normativa statale in materia di spesa di personale è dettata dal decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 (Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria), convertito, con modificazioni, nella legge 25 giugno 2019, n. 60.

L'art. 11 di detto decreto-legge, rubricato «Disposizioni in materia di personale e di nomine negli enti del Servizio sanitario nazionale», stabilisce: al comma 1, a decorrere dal 2019, un nuovo parametro del tetto di spesa di personale; al comma 4, che le Regioni indirizzano e coordinano la spesa di personale dei propri enti del servizio sanitario entro il predetto nuovo parametro di spesa confermando, altresì, per le medesime Regioni le disposizioni di cui all'art. 2, comma 73, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010)» (verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti dalle disposizioni di cui ai commi 71 e 72 della medesima legge n. 191 del 2009 nell'ambito del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'art. 12 dell'intesa 23 marzo 2005□, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano).

Ciò premesso, secondo la difesa statale, «le disposizioni regionali in esame (artt. 1, commi 1 e 2, e 4) presentano profili di illegittimità costituzionale laddove, nel disporre, nel loro combinato disposto, l'obbligatorietà (nei sensi sopra decritti) della figura del farmacista abilitato in tutte le strutture sanitarie pubbliche, impongono alle predette strutture di prevedere tale figura professionale nel loro organigramma a prescindere dall'effettivo fabbisogno di personale, che non può che essere adottato in coerenza con l'effettivo fabbisogno assistenziale che deve essere definito in coerenza con il regolamento adottato con decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015 n. 70, e con la metodologia adottata e approvata con i Tavoli di verifica».

Il ricorrente prosegue assumendo che la prevista obbligatorietà di garantire la presenza del farmacista non assicura «il rispetto della cornice economico-finanziaria programmata nel piano di rientro dal disavanzo sanitario», e, pertanto, le disposizioni impugnate «sono suscettibili di avere risvolti onerosi e, conseguentemente, di porsi in contrasto con l'art. 117, comma 3, della Costituzione, atteso che le vigenti disposizioni in materia di contenimento della spesa di personale degli enti del SSN si configurano quali principi di coordinamento della finanza pubblica». In proposito viene richiamata la giurisprudenza costituzionale relativa ai limiti che incontra l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni nel settore della gestione del servizio sanitario alla luce degli obiettivi di finanza pubblica e di contenimento della spesa, «in un "quadro di esplicita condivisione da parte delle Regioni della assoluta necessità di contenere i disavanzi del settore sanitario" (sentenze n. 91 del 2012 e n. 193 del 2007)», e alla conseguente possibilità per il legislatore statale di «"legittimamente imporre alle Regioni vincoli alla spesa corrente per assicurare l'equilibrio unitario della finanza pubblica complessiva, in connessione con il perseguimento di obiettivi nazionali, condizionati anche da obblighi comunitari" (sentenze n. 91 del 2012, n. 163 del 2011 e n. 52 del 2010)» (è richiamata la sentenza n. 93 del 2013).

1.3.– La disposizione dell'art. 1, comma 2, della legge reg. Calabria n. 24 del 2020 sarebbe altresì lesiva, secondo il ricorrente, dell'art. 117, secondo comma, lettera l), Cost. «che riserva alla competenza esclusiva dello Stato l'ordinamento civile e, quindi, i rapporti di diritto privato regolabili dal codice civile (contratti collettivi)».

Ciò in quanto «l'inclusione del farmacista abilitato nelle predette strutture pubbliche in luogo del farmacista specializzato, introduce una deroga al sistema di reclutamento previsto per l'accesso al SSN, tenuto conto che l'art. 32 del DPR n. 483/1997 (“Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale”, che fa corpo con l'art. 18 del d.lgs. n. 502/92) prevede quale requisito specifico di ammissione per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario il possesso della specializzazione nella disciplina oggetto del concorso stesso ovvero in disciplina equipollente o affine».

La difesa statale evidenzia che «[l]a normativa vigente consente agli specializzandi regolarmente iscritti al terzo anno del corso di formazione specialistica solo di partecipare alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario nella specifica disciplina bandita, collocandoli, all'esito positivo delle medesime procedure, in graduatoria separata. L'eventuale assunzione a tempo indeterminato viene, comunque, subordinata al conseguimento del titolo di specializzazione e all'esaurimento della pertinente graduatoria dei medesimi professionisti già specialisti alla data di scadenza del bando».

1.4.– Infine, il ricorrente dubita della legittimità costituzionale dell'art. 3, comma 2, della legge regionale impugnata, in riferimento alla competenza legislativa concorrente prevista dall'art. 117, terzo comma, Cost., in quanto contrasterebbe con i principi fondamentali in materia di «professioni».

L'art. 3 della legge reg. Calabria n. 24 del 2020 prevede: «1. Il farmacista concorre ad ottimizzare le risorse della struttura attraverso la scelta nell'acquisto dei farmaci e dispositivi medici e coopera per garantire il benessere e la cura del paziente. 2. A tal fine, il farmacista si occupa di: a) gestire i farmaci nella struttura; b) ordinare i medicinali e tutto il materiale sanitario, dispositivi medici, medicazioni e dispositivi nutrizionali; c) coordinare i rapporti con i fornitori; d) prendere visione e fare consulenza della terapia farmacologica da adottare sul paziente; e) affiancare i medici nel redigere ed integrare la terapia farmacologica nonché controllare l'aderenza terapeutica; f) verificare l'interazione tra farmaco-farmaco, farmaco-cibo, farmaco-disturbi comportamentali; g) dispensare terapia farmacologica decisa dal medico e consegnare la stessa agli infermieri per la somministrazione».

L'Avvocatura dello Stato ritiene che la disposizione dettata dal comma 2 dell'art. 3 «non risulta in linea con l'art. 1, comma 1, del decreto legislativo n. 258 del 1991 che individua le attività cui è abilitato il farmacista nei seguenti termini: “Ai cittadini degli Stati membri delle Comunità europee che sono in possesso dei diplomi, certificati ed altri titoli di cui all'allegato del presente decreto è riconosciuto il titolo di farmacista ed è consentito l'esercizio delle seguenti attività professionali: a) preparazione della forma farmaceutica dei medicinali; b) fabbricazione e controllo dei medicinali; c) controllo dei medicinali in un laboratorio di controllo dei medicinali; d) immagazzinamento, conservazione e distribuzione dei medicinali nella fase di commercio all'ingrosso; e) preparazione, controllo, immagazzinamento e distribuzione dei medicinali nelle farmacie aperte al pubblico; f) preparazione, controllo, immagazzinamento e distribuzione dei medicinali negli ospedali; g) diffusione di informazioni e consigli nel settore dei medicinali”».

Nel confrontare la disposizione regionale censurata con la ricordata previsione statale, il ricorrente evidenzia che «la disposizione regionale finisce per attribuire al farmacista l'esercizio di attività quali: prendere visione e fare consulenza della terapia farmacologica da adottare sul paziente, controllare l'aderenza terapeutica, verificare l'interazione tra farmaco-farmaco, farmaco-cibo, farmaco disturbi comportamentali, non previste dalla richiamata disposizione statale».

Conseguentemente, il ricorrente assume che la censurata disposizione regionale «nell'attribuire al farmacista l'esercizio di attività ulteriori, diverse e più ampie rispetto a quelle cui è autorizzato il farmacista dal legislatore statale, contrasta con l'art. 1, comma 1, del d.lgs. N. 258/1991 e viola i principi fondamentali in materia di professioni di cui all'art. 117, terzo comma, della Costituzione».

Sul punto, il ricorrente richiama la giurisprudenza costituzionale secondo cui «la potestà legislativa regionale nella materia concorrente delle “professioni” deve rispettare il principio per cui l'individuazione delle figure professionali, con i relativi titoli abilitanti, è riservata allo Stato, per il suo carattere necessariamente unitario (cfr. ex plurimis sentenze n. 153 del 2006, n. 300 del 2007, e più di recente sent. n. 328 del 2009, ove si legge: “Questa Corte ha ripetutamente affermato che ‘la potestà legislativa regionale nella materia concorrente delle professioni deve rispettare il principio secondo cui l'individuazione delle figure professionali, con i relativi profili e titoli abilitanti, è riservata, per il suo carattere necessariamente unitario, allo Stato, rientrando nella competenza delle Regioni la disciplina di quegli aspetti che presentano uno specifico collegamento con la realtà regionale. Tale principio, al di là della particolare attuazione ad opera dei singoli precetti normativi, si configura infatti quale limite di ordine generale, invalicabile dalla legge

regionale' (sentenza n. 138 del 2009, nonché, fra le altre, sentenze n. 57 del 2007, n. 424 del 2006 e n. 153 del 2006)».

Secondo la difesa dello Stato «[è] palese la violazione di siffatti principi laddove la legge regionale "estende", nei sensi sopra indicati, le attività esercitabili dal farmacista, peraltro penetrando nell'ambito dell'esercizio di funzioni proprie di diverse categorie professionali (con ulteriore violazione, quindi, delle competenze statali)».

1.4.1.– Da ultimo, il ricorrente afferma che la medesima disposizione impugnata sarebbe, altresì, lesiva del principio di uguaglianza di cui all'art. 3 Cost., «non garantendo l'uniformità nel territorio nazionale delle regole fondamentali di diritto che disciplinano la professione del farmacista».

2.– La Regione Calabria non si è costituita in giudizio.

### *Considerato in diritto*

1.– Con il ricorso indicato in epigrafe (reg. ric. n. 4 del 2021), il Presidente del Consiglio dei ministri, rappresentato e difeso dall'Avvocatura generale dello Stato, ha promosso questioni di legittimità costituzionale degli artt. 1, commi 1 e 2, 3, comma 2, e 4 della legge della Regione Calabria 19 novembre 2020, n. 24 (Norme per l'utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche e private) in riferimento complessivamente agli artt. 3, 117, commi secondo, lettera l), e terzo, della Costituzione.

1.1.– La prima questione è promossa nei confronti del combinato disposto degli artt. 1, commi 1 e 2, e 4 della legge reg. Calabria n. 24 del 2020.

L'art. 1, comma 1, prevede la presenza obbligatoria della figura professionale del farmacista negli istituti di ricovero, di riabilitazione, nelle residenze sanitarie assistite (RSA), negli hospice, nelle residenze socio sanitarie assistite (RSSA), presso i servizi per le tossicodipendenze (SERT), negli ospizi, nelle case protette e comunità terapeutiche, case di cura private e in tutte le altre strutture pubbliche e private della Regione ove sono utilizzati farmaci, con inquadramento nell'organigramma della struttura interessata secondo le dimensioni della struttura stessa; il comma 2 del medesimo art. 1 stabilisce che l'esercizio della professione di farmacista presso le suddette strutture è consentito a coloro che abbiano conseguito il titolo di abilitazione all'esercizio professionale e siano iscritti al relativo ordine professionale nel rispetto delle normative vigenti in materia; l'art. 4 impone che debba esservi un farmacista ogni sessanta posti letto, due o più farmacisti nelle strutture che hanno più di sessanta posti letto, un farmacista nelle strutture con ricezione inferiore.

Secondo il ricorrente, il combinato disposto delle predette disposizioni regionali violerebbe l'art. 117, terzo comma, Cost., in riferimento alla competenza statale in materia di «coordinamento della finanza pubblica», in quanto l'obbligo di garantire la presenza del farmacista nelle strutture pubbliche indicate dall'art. 1, comma 1, non assicura il rispetto della cornice economico-finanziaria programmata nel piano di rientro dal disavanzo finanziario del settore sanitario regionale, e si pone in contrasto con le disposizioni statali in materia di contenimento della spesa di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale dettate dall'art. 11, commi 1 e 4, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 (Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria), convertito, con modificazioni, nella legge 25 giugno 2019, n. 60, che costituiscono principi di coordinamento della finanza pubblica.

1.2.– L'art. 1, comma 2, della legge reg. Calabria n. 24 del 2020 viene, altresì, impugnato in via autonoma per violazione della competenza esclusiva statale in materia di «ordinamento civile» di cui all'art. 117, secondo comma, lettera l), Cost.

Ad avviso della difesa statale, la previsione secondo cui l'esercizio della professione del farmacista presso le strutture di cui al comma 1 è consentita a coloro che abbiano conseguito il titolo di abilitazione all'esercizio professionale introdurrebbe una deroga alla disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale dettata dall'art. 32 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483 (Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale), che prevede il possesso, invece, della specializzazione nella disciplina oggetto del concorso.

1.3.– Infine, il ricorrente dubita della legittimità costituzionale dell'art. 3, comma 2, della medesima legge reg. Calabria n. 24 del 2020.

La disposizione, nell'attribuire al farmacista l'esercizio di attività ulteriori, diverse e più ampie rispetto a quelle previste dall'art. 1, comma 1, del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 258 (Attuazione delle direttive n. 85/432/CEE, n. 85/433/CEE e n. 85/584/CEE, in materia di formazione e diritto di stabilimento dei farmacisti, a norma dell'art. 6 della legge 30 luglio 1990, n. 212), si porrebbe in contrasto con l'art. 117, terzo comma, Cost., che riserva allo Stato la competenza in ordine ai principi fondamentali in materia di «professioni», nella fattispecie quella di farmacista, e con l'art. 3 Cost., in riferimento al principio di uguaglianza, poiché non

garantisce l'uniformità delle regole fondamentali di diritto che disciplinano la professione del farmacista nel territorio nazionale.

2.– Le questioni sono fondate.

3.– La legge reg. Calabria n. 24 del 2020, costituita da sette articoli, interviene in materia di “gestione del farmaco” nelle strutture pubbliche e private del settore socio-sanitario regionale.

Nella relazione descrittiva della proposta di legge la Regione fornisce elementi per ricostruire le finalità dell'intervento normativo che però trova insuperabili ostacoli di legittimità costituzionale.

In tale relazione si afferma che la «presente legge ha lo scopo di migliorare l'organizzazione delle strutture pubbliche e private attraverso l'inserimento nelle stesse di figure professionali, i farmacisti abilitati, preposte alla gestione del farmaco» e che l'intervento normativo proposto dalla Regione innalzerebbe «in termini di efficienza ed efficacia delle prestazioni, l'organizzazione sanitaria degli istituti di ricovero che hanno l'obiettivo di garantire un'ottimale e funzionale servizio a tutela della salute e del benessere del paziente».

Nella medesima relazione si afferma poi che la previsione della figura del farmacista abilitato come unica figura professionale deputata ad assicurare appropriatezza terapeutica, razionale e ottimale utilizzo dei farmaci, intende sopperire all'anomala situazione in atto, poiché nelle strutture sanitarie la gestione dei farmaci è rimessa ai “caposala” infermieri, circostanza che determinerebbe «frequenti errori nella gestione, somministrazione e controllo della terapia farmaceutica» che si tradurrebbero in maggiori oneri per il sistema sanitario calabrese.

La finalità dell'intervento è, dunque, descritta come tesa a «potenziare il ruolo del farmacista all'interno del sistema sanitario per valorizzare la funzione socio sanitaria ed il ruolo professionale che svolge nella tutela della salute pubblica».

L'intervento si fonda sulle due seguenti misure: l'obbligatorietà della presenza del farmacista abilitato in tutte le predette strutture in cui si utilizzano farmaci; la ridefinizione dei compiti di tale figura professionale.

4.– Il ricorso, dunque, investe proprio tali specifiche misure adottate dal legislatore regionale con le disposizioni impugnate.

4.1.– È innanzitutto fondata la prima censura, promossa nei confronti del combinato disposto degli artt. 1, commi 1 e 2, e 4, per violazione delle disposizioni statali recanti principi fondamentali in materia di «coordinamento della finanza pubblica».

Infatti il settore sanitario della Regione Calabria è sottoposto dal 2010 al piano di rientro dal disavanzo finanziario e alla conseguente gestione commissariale, disposta ai sensi dell'art. 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, recante «Interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale», convertito, con modificazioni, nella legge 29 novembre 2007, n. 222; dell'art. 2, commi 78 e seguenti, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010)»; nonché dell'art. 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131, recante «Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3».

I compiti e gli obiettivi funzionali per l'attuazione del piano di rientro sono stati assegnati al Commissario ad acta con delibera del Presidente del Consiglio dei ministri del 19 luglio 2019 per l'attuazione dei programmi operativi 2019-2021, che prevedeva al punto 8, fra gli interventi demandati al Commissario, la: «razionalizzazione e contenimento della spesa per il personale in coerenza con l'effettivo fabbisogno in applicazione della normativa vigente in materia»; compiti poi confermati nel punto 8 della delibera del Consiglio dei ministri 27 novembre 2020, con cui è stato nominato il nuovo Commissario ad acta.

Alla luce di tale quadro regolatorio risulta evidente il contrasto delle disposizioni regionali in esame con le competenze della gestione commissariale in materia di contenimento della spesa per il personale come definita dalla ricordata delibera del Consiglio dei ministri e, al contempo, è altresì evidente il contrasto con le disposizioni dettate dall'art. 11, commi 1 e 4, del d.l. n. 35 del 2019, come convertito, in tema di tetto di spesa per il personale nel settore sanitario.

La previsione dell'obbligatoria presenza di personale farmacista, opportunamente inquadrato nell'organigramma secondo le dimensioni della struttura, si configura difatti come un preciso obbligo riferito alle amministrazioni pubbliche interessate per l'assunzione di farmacisti, al di fuori della programmazione del fabbisogno di personale nel servizio sanitario.

Tale obbligo viola i ricordati vincoli normativi statali volti al contenimento delle spese per il personale e del relativo reclutamento, interferendo conseguentemente con le competenze della gestione commissariale.

Infatti, benché nella relazione finanziaria alla proposta di legge si affermi che l'intervento ha «natura programmatoria e riguarda profili gestionali-organizzativi delle strutture sanitarie, elencate nell'articolo 1» tale previsione non vale ad escludere l'onere finanziario a carico del bilancio regionale.

Dal tenore letterale delle disposizioni in esame, difatti, si evince il carattere immediatamente precettivo e cogente dell'intervento, volto all'assunzione dei farmacisti.

Questa Corte ha ripetutamente ravvisato la non conformità all'ordinamento costituzionale di interventi legislativi adottati dalle Regioni in costanza di commissariamento del settore sanitario, ove incidenti sulla spesa per il personale, a motivo della interferenza con le prerogative del Commissario, e del conseguente contrasto con i principi di coordinamento della finanza pubblica, configurati dal complesso normativo statale che disciplina i piani di rientro dal disavanzo del settore sanitario e il regime del commissariamento (ex plurimis, sentenze n. 166 del 2020 e n. 266 del 2016).

Ne consegue la illegittimità costituzionale delle disposizioni impugnate per violazione del dedotto correlato parametro costituzionale.

4.2.– Parimenti è fondata l'ulteriore questione promossa in via autonoma nei confronti dell'art. 1, comma 2, della legge reg. Calabria n. 24 del 2020, per violazione della competenza esclusiva dello Stato in materia di «ordinamento civile».

La norma regionale contrasta, infatti, con l'art. 32 del d.P.R. n. 483 del 1997, norma regolamentare che fa corpo con il d.lgs. n. 502 del 1992 e che prevede il possesso della specializzazione nella disciplina oggetto del concorso come requisito per potervi partecipare.

La modifica, da parte della disposizione regionale impugnata, di tale requisito previsto dal legislatore statale altera pertanto la necessaria unitarietà a livello nazionale della disciplina del rapporto di impiego de quo come definita dal concorso della fonte normativa con quella contrattuale (Contratto collettivo nazionale di lavoro del comparto Sanità, periodo 2016-2018, sottoscritto il 21 maggio 2018 e tutt'ora vigente, e in particolare gli artt. 1 e 24).

4.3.– Da ultimo, risultano parimenti fondata i dubbi di legittimità costituzionale avanzati dal ricorrente nei confronti dell'art. 3, comma 2, della legge reg. Calabria n. 24 del 2020.

La disposizione impugnata attribuisce al farmacista l'esercizio di attività ulteriori, diverse e più ampie rispetto a quelle previste dalla disciplina statale, così violando l'art. 117, terzo comma, Cost., in riferimento ai principi fondamentali della legislazione statale in materia di «professioni».

La lesione emerge dal confronto tra la disposizione regionale impugnata e quella statale dedotta come parametro interposto, in quanto la prima attribuisce al farmacista l'esercizio delle seguenti attività non contemplate dal legislatore nazionale: «prendere visione e fare consulenza della terapia farmacologica da adottare sul paziente; [...] controllare l'aderenza terapeutica; verificare l'interazione tra farmaco-farmaco, farmaco-cibo, farmacodisturbi comportamentali» (art. 3, comma 2, lettere d, e ed f, della legge reg. Calabria n. 24 del 2020).

Il ricorrente richiama l'art. 1 del d.lgs. n. 258 del 1991, attuativo di direttive europee in «materia di formazione e diritto di stabilimento dei farmacisti».

Questa Corte rileva che tale disciplina è stata interessata da nuovi interventi normativi, anch'essi di recepimento di direttive europee emanate in materia.

Si tratta del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206 (Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania) e successive modificazioni e integrazioni.

Nello specifico, l'art. 51 (Esercizio delle attività professionali di farmacista), come modificato dal decreto legislativo 28 gennaio 2016, n. 15, recante «Attuazione della direttiva 2013/55/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, recante modifica della direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali e del regolamento (UE) n. 1024/2012, relativo alla cooperazione amministrativa attraverso il sistema di informazione del mercato interno ("Regolamento IMI")», nel confermare sostanzialmente l'elenco di attività già contemplato dall'art. 1 del d.lgs. n. 258 del 1991, ha introdotto le seguenti significative attività: consigli sui medicinali in quanto tali, compreso il loro uso corretto, segnalazione alle autorità competenti degli effetti indesiderati dei prodotti farmaceutici, accompagnamento personalizzato dei pazienti che praticano l'automedicazione, contributo a campagne istituzionali di sanità pubblica.

Le predette innovazioni si inseriscono nel processo di ampliamento delle attività attribuite al farmacista e, nello specifico, al "farmacista ospedaliero" – in relazione al quale è prevista la specifica specializzazione in "farmacia ospedaliera" – o comunque operante nelle strutture socio-sanitarie e nell'assistenza farmaceutica territoriale.

Anche la ricordata evoluzione della disciplina comunitaria in materia, pur ampliando le attività professionali del farmacista, non può ritenersi ricomprendere le previsioni della legge impugnata.

4.4.– Né può affermarsi che nella fattispecie la Regione Calabria abbia disciplinato aspetti riconducibili alla propria competenza concorrente in materia.

Secondo la giurisprudenza di questa Corte, tale competenza deve esercitarsi esclusivamente in riferimento ad aspetti che presentano uno specifico collegamento con la realtà regionale, giacché la potestà legislativa regionale nella materia concorrente delle professioni deve rispettare il principio per cui l'individuazione delle

figure professionali, con i relativi profili e titoli abilitanti, è riservata allo Stato, per il suo carattere necessariamente unitario (ex plurimis, sentenze n. 328 del 2009, n. 300 del 2007 e n. 153 del 2006).

Nella fattispecie, invece, le innovative attività contemplate dal legislatore regionale non integrano aspetti riconducibili a profili di competenza regionale e non costituiscono mere puntualizzazioni delle “mansioni” in cui si articolano le diverse attività del farmacista previste dal legislatore nazionale, in quanto configurano nuove e più ampie competenze di tale figura professionale che, oltretutto, interagiscono con quelle assegnate dall’ordinamento ad altre figure dell’area sanitaria.

5.– Il riconoscimento dell’illegittimità costituzionale della disposizione impugnata per violazione dell’art. 117, terzo comma, Cost. conduce a ritenere assorbita la dedotta violazione dell’art. 3 Cost., priva del resto di una sua autonomia funzionale, in quanto costituisce il portato ovvero l’effetto consequenziale della lesione del principio di uniforme regolazione statale sul territorio nazionale della professione del farmacista.

PER QUESTI MOTIVI

## LA CORTE COSTITUZIONALE

dichiara l’illegittimità costituzionale degli artt. 1, commi 1 e 2, 3, comma 2, e 4 della legge della Regione Calabria 19 novembre 2020, n. 24 (Norme per l’utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche e private).

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 25 novembre 2021.

F.to:

Giancarlo CORAGGIO, Presidente

Giulio PROSPERETTI, Redattore

Roberto MILANA, Direttore della Cancelleria

Depositata in Cancelleria il 18 gennaio 2022.

Il Direttore della Cancelleria

F.to: Roberto MILANA



Legge regionale 19 novembre 2020, n. 24

**Norme per l'utilizzo dei farmaci nelle strutture pubbliche e private.**

(BURC n. 109 del 19 novembre 2020)

(La Corte costituzionale, con sentenza 25 novembre 2021- 18 gennaio 2022, n. 6 - pubblicata nella *Gazz. Uff. n. 3 del 19 gennaio 2022, prima serie speciale* - ha dichiarato l'illegittimità costituzionale degli artt. 1, commi 1 e 2, 3, comma 2, e 4 della presente legge.)

**[Art. 1<sup>1</sup>**

*(Presenza della figura professionale del farmacista nelle strutture pubbliche e private)*

1. Negli istituti di ricovero, di riabilitazione, nelle residenze sanitarie assistite (RSA), negli Hospice, nelle residenze socio sanitarie assistite (RSSA), presso i servizi per le tossicodipendenze (SERT), negli ospizi, nelle case protette e comunità terapeutiche, case di cura private e in tutte le altre strutture pubbliche e private ove sono utilizzati farmaci, l'approvvigionamento, la conservazione, l'allestimento e la distribuzione degli stessi deve avvenire sotto la responsabilità di personale farmacista opportunamente inquadrato nell'organigramma secondo le dimensioni della struttura.
2. L'esercizio della professione di farmacista presso le strutture di cui al comma 1 è consentito a coloro che abbiano conseguito il titolo di abilitazione all'esercizio professionale e siano iscritti al relativo ordine professionale, nel rispetto delle normative vigenti in materia.]

**Art. 2**

*(Dispensazione e fornitura farmaci)*

1. La dispensazione e la fornitura di qualunque medicinale sono prerogativa esclusiva del farmacista che deve operare in piena autonomia e coscienza professionale, conformemente ai principi etici e tenendo presente i diritti del malato e il rispetto della vita.
2. Il farmacista, come unico esperto del farmaco ed educatore sanitario, collabora con le altre figure sanitarie nel rispetto delle competenze definite dalla legge e dal contratto.

**Art. 3**

*(Compiti del farmacista)*

1. Il farmacista concorre ad ottimizzare le risorse della struttura attraverso la scelta nell'acquisto dei farmaci e dispositivi medici e coopera per garantire il benessere e la cura del paziente.
2. [A tal fine, il farmacista si occupa di:
  - a) gestire i farmaci nella struttura;
  - b) ordinare i medicinali e tutto il materiale sanitario, dispositivi medici, medicazioni e dispositivi nutrizionali;
  - c) coordinare i rapporti con i fornitori;
  - d) prendere visione e fare consulenza della terapia farmacologica da adottare sul paziente;

---

<sup>1</sup> La Corte costituzionale, con sentenza 18 gennaio 2022, n. 6, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente articolo.

- e) affiancare i medici nel redigere ed integrare la terapia farmacologica nonché controllare l'aderenza terapeutica;
- f) verificare l'interazione tra farmaco-farmaco, farmaco-cibo, farmaco-disturbi comportamentali;
- g) dispensare terapia farmacologica decisa dal medico e consegnare la stessa agli infermieri per la somministrazione.]<sup>2</sup>

#### **[Art. 4<sup>3</sup>**

*(Criteri di assunzione presso le strutture)*

1. Presso le strutture di cui all'articolo 1 è obbligatorio garantire la presenza del farmacista abilitato, nel rispetto dei seguenti criteri:
  - a) un farmacista per ogni sessanta posti letto;
  - b) due o più farmacisti da garantire proporzionalmente nelle strutture che hanno più di sessanta posti letto;
  - c) un farmacista nelle strutture con ricezione inferiore. In questo caso, le stesse strutture possono avvalersi di personale utilizzato presso altri organismi, ricorrendo alla tipologia contrattuale part- time.]

#### **Art. 5**

*(Norma transitoria)*

1. Le disposizioni di cui alla legge regionale 18 luglio 2008, n. 24 (Norme in materia di autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali e controlli delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private) e il relativo regolamento di attuazione sono modificati dopo l'entrata in vigore della presente legge.
2. L'ottemperanza alla presente legge viene riconosciuta quale requisito per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e socio sanitarie.
3. Le strutture di cui all'articolo 1 devono adeguarsi alle presenti disposizioni entro novanta giorni dalla data di pubblicazione della legge.

#### **Art. 6**

*(Clausola d'invarianza finanziaria)*

1. Dall'attuazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

#### **Art. 7**

*(Entrata in vigore)*

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul bollettino ufficiale telematico della Regione Calabria.

---

<sup>2</sup> La Corte costituzionale, con sentenza 18 gennaio 2022, n. 6, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente comma.

<sup>3</sup> La Corte costituzionale, con sentenza 18 gennaio 2022, n. 6, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente articolo.

**DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 10 dicembre 1997 , n. 483**

Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale.

Vigente al : 4-12-2023

Titolo III

CONCORSI DI ASSUNZIONE

Capo I

Ruolo sanitario Concorsi per titoli ed esami per il primo livello dirigenziale del ruolo sanitario.

Profilo professionale: Farmacisti

**Art. 32**

Concorso, per titoli ed esami, per il primo livello dirigenziale farmacista - Requisiti specifici di ammissione.

**1.** I requisiti specifici di ammissione al concorso sono i seguenti:

- a) laurea in farmacia o in chimica e tecnologie farmaceutiche;
- b) specializzazione nella disciplina oggetto del concorso;
- c) iscrizione all'albo dell'ordine dei farmacisti attestata da certificato in data non anteriore a sei mesi rispetto a quello di scadenza del bando.

**DECRETO LEGISLATIVO 30 dicembre 1992 , n. 502**

Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Vigente al : 4-12-2023

## TITOLO VI

## NORME FINALI E TRANSITORIE

**Art. 18**

## Norme finali e transitorie

**1.** Il Governo, con atto regolamentare, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adegua la vigente disciplina concorsuale del personale del Servizio sanitario nazionale alle norme contenute nel presente decreto ed alle norme del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, in quanto applicabili, prevedendo:

- a) i requisiti specifici, compresi i limiti di età, per l'ammissione;
- b) i titoli valutabili ed i criteri di loro valutazione;
- c) le prove di esame;
- d) la composizione delle commissioni esaminatrici;
- e) le procedure concorsuali;
- f) le modalità di nomina dei vincitori;
- g) le modalità ed i tempi di utilizzazione delle graduatorie degli idonei.

**2.** Fino alla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 1 e salvo quanto previsto dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, i concorsi continuano ad

essere espletati secondo la normativa del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, e successive modificazioni ed integrazioni ivi compreso l'art. 9 della legge 20 maggio 1985, n. 207.

**2-bis.** In sede di prima applicazione del presente decreto il primo livello dirigenziale è articolato in due fasce economiche nelle quali è inquadrato rispettivamente:

a) il personale della posizione funzionale corrispondente al decimo livello del ruolo sanitario;

b) il personale già ricompreso nella posizione funzionale corrispondente al nono livello del ruolo

medesimo il quale mantiene il trattamento economico in godimento.

Il personale di cui alla lettera b) in possesso dell'anzianità di cinque anni nella posizione medesima è inquadrato, a domanda, previo giudizio di idoneità, nella fascia economica superiore in relazione alla disponibilità di posti vacanti in tale fascia. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dell'art. 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e per la funzione pubblica, sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità. Il personale inquadrato nella posizione funzionale corrispondente all'undicesimo livello del ruolo sanitario è collocato nel secondo livello dirigenziale.

**3.** A decorrere dal 1 gennaio 1994, i concorsi per la posizione funzionale iniziale di ciascun profilo professionale del personale laureato del ruolo sanitario di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, e successive modificazioni e integrazioni, per i quali non siano iniziate le prove di esame, sono revocati; a decorrere dalla stessa data non possono essere utilizzate le graduatorie esistenti per la copertura dei posti vacanti, salvo che per il conferimento di incarichi temporanei non rinnovabili della durata di otto mesi **((. . .))** per esigenze di carattere straordinario **((, cui non si possa in nessun caso far fronte con il personale esistente all'interno dell'azienda sanitaria))**. In mancanza di graduatorie valide, si applica l'articolo 9, comma 17 e seguenti della legge 20 maggio 1985, n. 207.

**4.** Nelle pubbliche selezioni per titoli, di cui all'art. 4 della legge 5 giugno 1990, n. 135, fermo restando il punteggio massimo previsto per il curriculum formativo e professionale dalle vigenti disposizioni in

materia, è attribuito un punteggio ulteriore, di uguale entità massima, per i titoli riguardanti le attività svolte nel settore delle infezioni da HIV. I vincitori delle pubbliche selezioni sono assegnati obbligatoriamente nelle unità di diagnosi e cura delle infezioni da HIV e sono tenuti a permanere nella stessa sede di assegnazione per un periodo non inferiore a cinque anni, con l'esclusione in tale periodo della possibilità di comando o distacco presso altre sedi. Nell'ambito degli interventi previsti dall'art. 1, comma 1, lettera c), della legge 5 giugno 1990, n. 135, le università provvedono all'assunzione del personale medico ed infermieristico ivi contemplato delle corrispondenti qualifiche dell'area tecnico-scientifica e socio-sanitaria, anche sulla base di convenzioni stipulate con le regioni per l'istituzione dei relativi posti.

**5.** Per quanto non previsto dal presente decreto alle unità sanitarie locali e alle aziende ospedaliere si applicano le disposizioni di cui al decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni.

**6.** Il Ministro della sanità, con proprio decreto, disciplina l'impiego nel Servizio sanitario nazionale di sistemi personalizzati di attestazione del diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa, prevedendo a tal fine anche l'adozione di strumenti automatici atti alla individuazione del soggetto ed alla gestione dell'accesso alle prestazioni.

**6-bis.** I concorsi indetti per la copertura di posti nelle posizioni funzionali corrispondenti al decimo livello retributivo ai sensi dell'art. 18, comma 2, secondo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, abolito dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, sono revocati di diritto, salvo che non siano iniziate le prove di esame alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.

**7.** Restano salve le norme previste dai decreti del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 616, n. 618, e n. 620, con gli adattamenti derivanti dalle disposizioni del presente decreto da effettuarsi con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. I rapporti con il personale sanitario per l'assistenza al personale navigante sono disciplinati con regolamento ministeriale in conformità, per la parte compatibile, alle disposizioni di cui all'art.

**8.** A decorrere dal 1 gennaio 1995 le entrate e le spese per l'assistenza sanitaria all'estero in base ai regolamenti della Comunità europea e alle convenzioni bilaterali di sicurezza sociale sono imputate, tramite le regioni, ai bilanci delle unità sanitarie locali di residenza degli assistiti. I relativi rapporti finanziari sono definiti in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale.

8. Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, vengono estese, nell'ambito della contrattazione, al personale dipendente dal Ministero della sanità attualmente inquadrato nei profili professionali di medico chirurgo, medico veterinario, chimico, farmacista, biologo e psicologo le norme del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in quanto applicabili.

**9.** L'ufficio di cui all'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, come modificato dall'art. 74 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, è trasferito al Ministero della sanità.

**10.** Il Governo emana, entro centottanta giorni dalla pubblicazione del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, un testo unico delle norme sul Servizio sanitario nazionale, coordinando le disposizioni preesistenti con quelle del presente decreto.



**DECRETO LEGISLATIVO 8 agosto 1991 , n. 258**

Attuazione delle direttive n. 85/432/CEE, n. 85/433/CEE e n. 85/584/CEE, in materia di formazione e diritto di stabilimento dei farmacisti, a norma dell'art. 6 della legge 30 luglio 1990, n. 212.

Vigente al : 4-12-2023

**IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA**

Visti gli articoli 76 e 87 della Costituzione;

Visto l'art. 5 della legge 30 luglio 1990, n. 212, recante delega al Governo per l'attuazione delle direttive del Consiglio delle Comunità europee n. 85/432/CEE, n. 85/433/CEE e n. 85/584/CEE, in materia di formazione e diritto di stabilimento dei farmacisti;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione dell'11 maggio 1991;

Acquisito il parere delle competenti commissioni della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 2 agosto 1991;

Sulla proposta del Ministro per il coordinamento delle politiche comunitarie, di concerto con i Ministri degli affari esteri, di grazia e giustizia, del tesoro, della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;

**EMANA**

il seguente decreto legislativo:

**Art. 1**

**1.** Ai cittadini degli Stati membri delle Comunità europee che sono in possesso dei diplomi, certificati ed altri titoli di cui all'allegato del presente decreto è riconosciuto il titolo di farmacista ed è consentito l'esercizio delle seguenti attività professionali:

- a) preparazione della forma farmaceutica dei medicinali;
- b) fabbricazione e controllo dei medicinali;
- c) controllo dei medicinali in un laboratorio di controllo dei medicinali;
- d) immagazzinamento, conservazione e distribuzione dei medicinali nella fase di commercio all'ingrosso;
- e) preparazione, controllo, immagazzinamento e distribuzione dei medicinali nelle farmacie aperte al pubblico;
- f) preparazione, controllo, immagazzinamento e distribuzione dei medicinali negli ospedali;
- g) diffusione di informazioni e consigli nel settore dei medicinali.

**2.** L'elenco di cui all'allegato è modificato con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della università e della ricerca scientifica e tecnologica, in conformità ad eventuali modifiche ed integrazioni delle direttive comunitarie.

**3.** I diplomi, certificati ed altri titoli rilasciati dagli Stati membri delle Comunità europee ai cittadini degli stessi, che soddisfano l'insieme dei requisiti minimi di formazione richiesti dalla normativa comunitaria, ma non corrispondono alle denominazioni figuranti nell'allegato al presente decreto, sono assimilati, a tutti gli effetti, ai diplomi, certificati e altri titoli di cui al comma 1, se sono corredati di un attestato che certifichi che sono rilasciati a conclusione di una formazione conforme alle disposizioni comunitarie e che sono assimilati dallo Stato membro che li ha rilasciati a quelli specificati nell'allegato al presente decreto.

**DECRETO 2 aprile 2015 , n. 70**

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (15G00084)

Vigente al : 4-12-2023

**IL MINISTRO DELLA SALUTE**

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA

E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Vista la sentenza della Corte costituzionale n. 134 del 2006, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato "sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano", anziché "previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano";

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed in particolare l'articolo 15, comma 13, lettera c), il quale dispone che, sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, nonché tenendo conto della mobilità interregionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, secondo i parametri indicati dal medesimo articolo 15, comma 13, lettera c);

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1998, n. 400, e successive modificazioni;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni, che definisce i Livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio sanitario nazionale;

Ritenuto necessario, per le finalità sopra individuate, anche al fine di garantire la tutela della salute, di cui all'articolo 32 della Costituzione, procedere alla definizione, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera;

Dato atto che il Ministero della salute si è avvalso, ai fini della redazione del documento tecnico, di cui all'allegato 1 al presente regolamento, della collaborazione della Commissione di cui all'articolo 4-bis, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, istituita con decreto del Ministro della salute 12 settembre 2012, e che la Commissione medesima ha discusso la tematica in questione nelle sedute del 2 e del 9 ottobre 2012;

Acquisita l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 5 agosto 2014;

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 15 gennaio 2015 che fa seguito al parere interlocutorio del 23 ottobre 2014;

Vista la nota prot. n. 919 del 9 febbraio 2015, con la quale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, lo schema di regolamento è stato comunicato alla Presidenza del Consiglio dei ministri;

### **Adotta**

il seguente regolamento:

#### **Art. 1**

Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

- 1.** Gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza ospedaliera sono individuati nell'Allegato 1 che costituisce parte integrante del presente decreto.
- 2.** Le regioni provvedono, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, ad adottare il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, nonché i relativi provvedimenti attuativi, garantendo, entro il triennio di attuazione del patto per la salute 2014-2016, il progressivo adeguamento agli standard di cui al presente decreto, in coerenza con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale (SSN) e nell'ambito della propria autonomia organizzativa nell'erogazione delle prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni.
- 3.** Ai fini del calcolo della dotazione dei posti letti di cui al comma 2, in ciascuna regione:

a) si fa riferimento alla popolazione residente in base ai criteri utilizzati per il computo del costo standard per il macro-livello di assistenza ospedaliera ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario standard regionale di cui all'articolo 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68;

b) il numero dei posti letto per mille abitanti, calcolato in base alla lettera a), è incrementato o decrementato nel modo che segue per tenere conto della mobilità tra regioni:

1. si calcola il costo medio per posto letto a livello nazionale, dividendo il costo complessivo nazionale dell'assistenza ospedaliera, contabilizzato nel modello economico LA consolidato regionale relativo all'anno 2012, per il numero dei posti letto effettivi che risultino attivi nei reparti ospedalieri al 1° gennaio 2013 e rilevati nei modelli utilizzati per la verifica annuale dal Comitato di cui all'articolo 9 dell'Intesa sancita il 23 marzo 2005 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

2. si divide il costo medio del posto letto a livello nazionale per il valore finanziario del saldo di mobilità attiva e passiva riferito al flusso dei ricoveri di ciascuna regione, come riportato nella matrice della mobilità utilizzata per la determinazione del fabbisogno sanitario regionale per l'ultimo anno disponibile al fine di individuare il numero dei posti letto equivalenti utilizzati per la mobilità dei pazienti tra le regioni;

3. il numero di posti letto equivalenti viene moltiplicato per un coefficiente di 0,80, ridotto a 0,65 a decorrere dall'anno 2016;

**4.** l'allineamento alla dotazione attesa, nelle regioni in piano di rientro, avverrà progressivamente entro il triennio di attuazione del patto per la salute 2014-2016, nei tempi e con le modalità definite nei vigenti programmi operativi 2013-2015 ovvero nei piani di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento del Servizio sanitario regionale, così come ridefiniti ai sensi dell'articolo 12 del nuovo patto per la salute 2014-2016;

c) sono considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri e, conseguentemente, rientranti nella relativa dotazione, per mille abitanti, i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, comunque classificate e denominate, per i quali le regioni coprono un costo giornaliero a carico del Servizio sanitario regionale pari o superiore ad un valore soglia pari alla tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera, ad eccezione dei posti presso: le strutture sanitarie con

specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 per le cure palliative e la terapia del dolore, le strutture sanitarie territoriali per la salute mentale, le strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (repertorio 30/CSR-2011), nonché le strutture sanitarie residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU-2011). A tal fine le regioni certificano, con riferimento ai posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, il numero dei posti con costo giornaliero inferiore al valore soglia, il numero di quelli con costo giornaliero superiore al valore soglia, il numero di quelli con specifica finalità assistenziale come definita dalla presente lettera;

d) con successivo provvedimento programmatico regionale saranno adottate disposizioni dirette ad assicurare, nell'ulteriore processo di riassetto delle reti ospedaliere, il raggiungimento di 3,7 posti letto per mille abitanti in ciascuna regione, fermo restando il rispetto di tale parametro a livello nazionale.

4. In relazione al numero dei posti letto per mille abitanti, calcolato in base alle previsioni del comma 3, l'allineamento è realizzato e diventa vincolante in incremento, solo se necessario al fine di realizzare l'obiettivo di rispettare il tasso di ospedalizzazione del 160/1000 abitanti.

**5.** Il provvedimento regionale generale di cui al comma 2 è adottato in modo da:

a) procedere alla classificazione delle strutture ospedaliere in base a quanto previsto dal paragrafo 2 dell'Allegato 1, prevedendo, per le strutture ospedaliere private, la soglia indicata nel punto 2.5 del medesimo paragrafo, ai fini dell'accreditabilità e della sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali;

b) adottare, nell'ambito delle procedure di accreditamento, le opportune iniziative affinché gli erogatori privati accreditati, ivi compresi gli ospedali classificati ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132 e della legge 26 novembre 1973, n. 817, trasmettano alla regione stessa, annualmente, il proprio bilancio, redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici. Tale adempimento è previsto negli accordi contrattuali e nei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni il quale dispone che, tra i requisiti di



accreditamento sia ricompresa, altresì, l'applicazione delle norme di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231;

c) perseguire gli standard per disciplina indicati nel paragrafo 3 dell'Allegato 1, tenendo conto di eventuali specificità del territorio regionale, documentate sulla base di criteri epidemiologici e di accessibilità attraverso compensazioni tra discipline e fatto salvo quanto previsto dai protocolli d'intesa università-regione limitatamente alle regioni che, avendo una popolazione inferiore ai due milioni di abitanti, ospitano una sola azienda ospedaliero-universitaria, alla data di emanazione del presente decreto, fermo restando il rispetto dello standard di dotazione dei posti letto di cui ai commi 2 e 3;

d) assumere come riferimento quanto indicato nel paragrafo 4 dell'Allegato 1, in materia di rapporto tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e della gestione del rischio clinico, provvedendo, altresì, ad assicurare modalità di integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello di intensità di cure al fine di assicurare la maggior flessibilità organizzativa nella gestione dei posti letto rispetto alla domanda appropriata di ricovero e dando specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza;

e) applicare gli standard generali di qualità di cui al paragrafo 5 dell'Allegato 1;

f) applicare gli standard di cui al paragrafo 6.3 dell'Allegato 1, tenendo presenti le indicazioni contenute nel decreto-legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189;

g) tener conto degli ulteriori standard indicati nei paragrafi 6 e 7 dell'Allegato 1 in materia di standard organizzativi, strutturali e tecnologici e di standard per le alte specialità;

h) assicurare forme di centralizzazione di livello sovra-aziendale per alcune attività caratterizzate da economia di scala e da diretto rapporto volumi/qualità dei servizi, tra le quali alcune specifiche linee di attività del sistema trasfusionale, come previsto dall'Accordo Stato-regioni del 25 luglio 2012;

i) articolare la rete ospedaliera prevedendo reti per patologia in base a quanto indicato nel paragrafo 8 dell'Allegato 1; adottare il modello denominato hub and spoke, previsto espressamente per le reti per le quali risulta più appropriato, ovvero altre forme di coordinamento e di integrazione professionale su base non gerarchica;

l) adeguare la rete dell'emergenza urgenza alle indicazioni contenute nel paragrafo 9 dell'Allegato 1, anche prevedendo specifiche misure per assicurare la disponibilità di posti letto di ricovero nelle situazioni ordinarie e in quelle in cui sono prevedibili picchi di accesso, comunque nel rispetto degli standard di cui al comma 2;

m) definire un documento che, tenendo conto di quanto riportato nel paragrafo 10 dell'Allegato 1, individua le regole di integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a: ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati;

n) assumere come riferimento, nelle more dell'adozione di uno specifico accordo da sancire in sede di Conferenza tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, quanto indicato in materia di strutture per la chirurgia ambulatoriale nell'Appendice 2 dell'Allegato 1.

## **Art. 2**

### Clausola di invarianza finanziaria

**1.** Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attuano il presente decreto senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale.

## **Art. 3**

### Regioni a statuto speciale e province autonome

**1.** Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano il presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione e, per

le regioni e le province autonome, che provvedono autonomamente al finanziamento del Servizio sanitario regionale esclusivamente con fondi del proprio bilancio, compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della loro autonomia organizzativa.

Il presente decreto munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare.

Roma, 2 aprile 2015

Il presente decreto munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare.

Roma, 2 aprile 2015 Il Ministro della salute Lorenzin Il Ministro dell'economia e delle finanze Padoan

Visto, il Guardasigilli: Orlando Registrato alla Corte dei conti il 5 maggio 2015

Ufficio di controllo sugli atti del MIUR, MIBAC, Min. salute e Min.

lavoro, reg. n. 1827