amministrativ@mente
Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo
www.amministrativamente.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "FORO ITALICO"

Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo (Classe A)

Pubblicata in internet all'indirizzo www.amministrativamente.com

Rivista di Ateneo dell'Università degli Studi di Roma "Foro Italico"

Direzione scientifica
Gennaro Terracciano, Gabriella Mazzei, Julián Espartero Casado

Direttore Responsabile
Gaetano Caputi

Redazione
Carlo Rizzo

FASCICOLO N. 4/2024

Estratto

Iscritta nel registro della stampa del Tribunale di Roma al n. 16/2009
ISSN 2036-7821

Comitato scientifico

Annamaria Angiuli, Antonio Barone, Vincenzo Caputi Jambrenghi, Francesco Cardarelli, Enrico Carloni, Maria Cristina Cavallaro, Guido Clemente di San Luca, Andry Matilla Correa, Chiara Cudia, Gianfranco D'Alessio, Mariaconcetta D'Arienzo, Ambrogio De Siano, Ruggiero Dipace, Luigi Ferrara, Pierpaolo Forte, Gianluca Gardini, Biagio Giliberti, Emanuele Isidori, Bruno Mercurio, Francesco Merloni, Giuseppe Palma, Alberto Palomar Olmeda, Attilio Parisi, Luca Raffaello Perfetti, Fabio Pigozzi, Alessandra Pioggia, Helene Puliat, Francesco Rota, Josè Manuel Ruano de la Fuente, Leonardo J. Sánchez-Mesa Martínez, Ramón Terol Gómez, Antonio Felice Uricchio.

Comitato editoriale

Jesús Avezuela Cárcel, Giuseppe Bettoni, Sveva Bocchini, Salvatore Bonfiglio, Vinicio Brigante, Sonia Caldarelli, Giovanni Cocozza, Andrea Marco Colarusso, Sergio Contessa, Beatrice Coppa, Giuseppe Doria, Manuel Delgado Iribarren, Fortunato Gambardella, Flavio Genghi, Jakub Handrlica, Margherita Interlandi, Laura Letizia, Giuseppina Lofaro, Federica Lombardi, Gaetano Natullo, Carmen Pérez González, Giovanni Pesce, Benedetta Piazza, Marcin Princ, Sara Pugliese, Bianca Nicla Romano, Antonio Saporito, Giuliano Taglianetti, Simona Terracciano, Stefania Terracciano, Salvatore Villani.

Coordinamento del Comitato editoriale

Valerio Sarcone.

ISSN 2036-7821

amministrativ@mente
Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo
www.amministrativamente.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "FORO ITALICO"

Ubicazione delle farmacie: flessibilità interpretative e rediviva pianta organica

di Carlo Ciardo

(Dottore di Ricerca presso l'Università del Salento)

Sommario

1. Introduzione – 2. La disciplina del settore farmaceutico e la definizione dei requisiti per la determinazione delle sedi. - 3. Il requisito della distanza tra farmacie in una visione dinamica. – 3.1. La Pianificazione - 4. La flessibilità del criterio della distanza e la rediviva "pianta organica". – 5. Conclusioni.

Abstract

The location of pharmacy has always been the subject of legislative intervention, in an attempt to guarantee a fundamental cornerstone of health protection through the provision of requirements, parameters and limits. The analysis of the legislative and jurisprudential evolution provides an element of understanding the effectiveness of the planning action carried out by the public authorities.

* *Il presente lavoro è stato sottoposto al preventivo referaggio secondo i parametri della double blinde peer review*

ISSN 2036-7821

1. Introduzione.

La localizzazione delle sedi delle farmacie è stata oggetto, da sempre, dell'intervento legislativo, nel tentativo di garantire questo architrave fondamentale della tutela della salute attraverso la previsione di requisiti, parametri e limiti compatibili con il diritto d'impresa.

In questo contesto, l'analisi della evoluzione legislativa del settore e l'esegesi tanto della giurisprudenza della Corte Costituzionale, quanto di quella del Giudice Amministrativo e della Corte di Giustizia UE, rappresentano elementi cruciali per comprendere l'effettività delle scelte legislative che hanno determinato, progressivamente, un indirizzo pro-concorrenziale, seppur in un quadro di imprescindibile programmazione pubblica.

2. La disciplina del settore farmaceutico e la definizione dei requisiti per la determinazione delle sedi.

Il settore farmaceutico è stato normato per la prima volta[1] dalla Legge n. 5849/1988 (c.d. Legge Crispi) che ne ha riconosciuto la rilevanza pubblicistica della distribuzione dei farmaci, pur riconnettendola al valore commerciale[2].

Solo con la Legge n. 768/1913 (c.d. Legge Giolitti) è stato previsto che la distribuzione dei farmaci fosse un servizio pubblico gestito direttamente dai Comuni i quali, a loro volta, lo affidavano in concessione ai privati per mezzo di una selezione pubblica[3].

Dopo l'entrata in vigore della Costituzione bisognerà attendere il 1968 per vedere un intervento legislativo di portata complessiva (e nevralgica), con l'approvazione delle Leggi nn. 221/1968 e 475/1968[4]**.** Quella che viene definita la Riforma Mariotti prevede

[1] In disparte ogni ricostruzione storica sulle origini della farmacia, per la quale, senza pretesa di esaustività si rinvia a A. CORVI, *la farmacia italiana. Dalle origini all'età moderna,* Pacini, Milano, 1997; C. PEDRAZZINI, *La farmacia italiana nella storia e nell'arte,* Milano, IGAP, 1964; CIPRIANI G, *la via della salute. Studi e ricerche di storia della farmacia,* Firenze, Nicomp, 1995.

[2] Sebbene fosse esercitabile sotto la direzione di un farmacista. La rilevanza pubblicistica era comunque "*ispirata ai principi del libero esercizio della farmacia come impresa commerciale, esercitabile da chiunque, con la mera osservanza dell'obbligo di affidare la direzione alla responsabilità di un farmacista*" R. FERRARA, *Salute e sanità,* Milano, Giuffrè, 2010, p. 233.

[3] La concessione era *ad vitam* salvo revoca da parte dei Comuni nelle ipotesi legislativamente previste. La disciplina legislativa instaura un rapporto di dipendenza fra il titolare della farmacia e Pubblica Amministrazione, con la possibilità, da parte di quest'ultima, di dare indicazioni, a fronte della possibilità per il titolare di operare in regime di monopolio assoluto nel settore.

[4] Nel mezzo possono essere annoverati i seguenti interventi legislativi, ma di certo non con una portata riformatrice come è stata quella della Riforma Mariotti: il Testo Unico delle Leggi Sanitarie n.1265 del 27.07.1934; il DL del Capo Provvisorio dello Stato n. 233/1946 nel quale si prevede che in ogni provincia siano costituiti gli Ordini dei medici-chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti ed i collegi delle ostetriche; la Legge n. 221 del 08.03.1968 che classifica le farmacie in due categorie: le farmacie urbane, situate in comuni o centri abitati con popolazione superiore a 5.000 abitanti e farmacie rurali ubicate in comuni, frazioni o centri abitati con popolazione al di sotto della quota presente nelle aree urbane e, in ultimo, che laddove manchi o non sia aperta la farmacia prevista nella pianta organica, con decreto del medico provinciale siano istituiti dispensari farmaceutici. Tale distinzione sarà oggetto di un approfondimento nel prosieguo.

ISSN 2036-7821

che il settore farmaceutico permanga come attività primaria dello Stato, che la gestisce attraverso gli Enti Locali ovvero per il tramite dei privati in regime di concessione. L'intervento riformatore ha previsto la prevalenza assoluta degli elementi pubblicistici (con attività di controllo e di indirizzo da parte della P.A.), ed ha stabilito la territorializzazione del sistema per mezzo della pianta organica.

L'architrave della Riforma Mariotti è stato modificato dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, tanto è vero che la L. n. 833 del 23.12.1978 ha ricondotto l'assistenza farmaceutica all'interno delle funzioni del neonato SSN[5]. In tal modo il servizio farmaceutico è, dunque, un servizio pubblico[6] finalizzato ad assicurare la tutela della salute di cui all'art. 32 Cost.[7], così come statuito dalla Corte Costituzionale:*"i farmacisti […] a prescindere dalla qualificazione del regime, concessorio o autorizzativo, cui sono sottoposte le farmacie, svolgono indubbiamente un servizio di pubblico interesse"* (sent. n. 312/1983), ed ancora:*"sotto il profilo funzionale, i farmacisti sono concessionari di un pubblico servizio"* (sent. n. 448/2006).

La successiva aziendalizzazione delle ex USL attraverso l'approvazione della riforma sanitaria dell'inizio degli anni '90 ha determinato l'affidamento del servizio alle farmacie pubbliche e private, le quali lo erogano per conto delle Unità Sanitarie Locali (successivamente ASL) sulla base di convenzioni conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative[8].

Nel contesto così sunteggiato si giunge all'approvazione del Decreto Legge n. 1 del 24.01.2012, convertito nella L. n. 27 del 24.03.2012 (pubblicata sulla G.U. 24.03.2012, n. 71). L'intervento legislativo, tra le varie previsione, ha anche previsto una modifica dei parametri di determinazione delle sedi farmaceutiche, così perseguendo un

[5] Art. 14, co. 3, L. n. 833 del 23.12.1978.

[6] Per un approfondimento relativo al dibattito dottrinario sulla natura giuridica di tale attività, se debba essere qualificata come servizio pubblico o come attività privata cfr. A. POLICE — W. GIULIETTI, *Servizi pubblici, servizi sociali e mercato: un difficile equilibrio*, in *Servizi pubblici e appalti*, 2004, 831; M. DELSIGNORE, *Il contingentamento dell'iniziativa economica privata. Il caso non unico delle farmacie aperte al pubblico*, Giuffrè, Milano, 2011, pp. 63 e segg. e 96 e segg.; M. DELSIGNORE, *Pubblico e privato nell'esercizio delle farmacie,* in G. FALCON — B. MARCHETTI (a cura di), *Pubblico e privato nell'organizzazione e nell'azione amministrativa — Problemi e prospettive*, Cedam, Padova, 2013, p. 201; C. PETRUCCI, voce *Farmacia*, in *Enc. Dir.*, p. 844; B.R. NICOLOSO, *L'evoluzione del sistema farmacia ed i principi che lo regolano nel contesto della normativa comunitaria e del federalismo regionale*, in *Ragiusan*, 2004, p. 195.

[7] Per un approfondimento sul servizio farmaceutico cfr. *ex multis*: M. S. GIANNINI, *Le farmacie (problemi generali),* in *Rass. Amm. Sanità*, 1963, p. 171 e ss; ANGELICI M., *L'organizzazione del servizio farmaceutico,* Milano, Giuffré, 1972; R. FERRARA, voce *"Farmacia e farmacisti"*, in *Enc. giur. Treccani, XIV, Roma, Ed. Enc. it.*, 1989; B. R. NICOLOSO, *La farmacia tra impresa e pubblico servizio,* in *Ragiufarm*, 1998, n. 46, p. 44 e ss; G. FERRARI, *Farmacie e farmacisti nell'ordinamento giuridico italiano e nell'elaborazione giurisprudenziale, Roma,* Istituto Editoriale Regioni Italiane, 2003; C. VITTA, *in «Sanità Pubblica», in V.E. Orlando, Primo Trattato completo di diritto amministrativo,* IV, pt. II, Milano, 1908, pp. 764 ss; G. LANDI, *Voce Farmacie, in «Enciclopedia del Diritto»,* vol. XVI, Milano, 1966, pp. 836 ss.; V. RAGONESI, *Farmacie,* in G. Guarino, *Dizionario amministrativo,* I, Milano, 1983, pp. 907; M. GOLA, *voce farmacia e Farmacisti,* in «Digesto Discipline Pubblicistiche», VI, Torino, 1991, pp. 231; G. PIPERATA, *Farmacie, in S. Cassese,* Dizionario di Diritto Pubblico, III, Milano, 2006, pp. 2447.

[8] Art. 8 del D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992.

ISSN 2036-7821

tentativo di bilanciamento tra la spinta liberalizzatrice e l'implementazione del servizio in un'ottica di equa distribuzione territoriale delle farmacie al fine di migliorare l'accessibilità da parte dell'utenza.
In particolare, il *quorum* demografico è stato abbassato a 3.300 abitanti (art. 1), a fronte della precedente soglia che prevedeva una sede ogni 5.000 abitanti nei comuni fino a 12.500 (livello che si abbassava a 4.000 abitanti negli altri comuni, cfr. art. 1, co. 2, della L. n. 475/1968).
Al criterio demografico, inoltre, v'è da aggiungere anche quello topografico, riveniente dal R.D. n. 1265 del 27.07.1934. L'art. 104 del R.D. n. 1265/1934[9] ha previsto, infatti, che le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, in presenza di particolari esigenze legate all'assistenza farmaceutica in rapporto alle condizioni topografiche e di viabilità, possano stabilire nuove sedi con una distanza inferiore a 3.000 metri rispetto alle farmacie esistenti anche se ubicate in comuni diversi. Tale deroga al criterio della popolazione può essere disposta sentiti la ASL competente per territorio e l'ordine provinciale dei farmacisti, ed è applicabile ai comuni con popolazione fino a 12.500 abitanti (con il limite di una farmacia per comune).

3. Il requisito della distanza tra farmacie in una visione dinamica.

L'istituzione delle farmacie è stata da sempre oggetto di un contingentamento da parte del legislatore [10], attraverso la previsione di requisiti demografici e topografici. Tali limitazioni hanno superato il vaglio del Giudice delle Leggi in più occasioni, in ragione della stretta connessione che vi è tra la rete di distribuzione dei farmaci, la necessità di tutelare l'accesso a tale servizio da parte di tutta la popolazione e la garanzia del diritto costituzionale alla tutela della salute[11].
In tal senso, è di chiaro significato la previsione dell'art. 29 della L. n. 833/1978: "*La produzione e la distribuzione dei farmaci devono essere regolate secondo criteri coerenti con gli obiettivi del servizio sanitario nazionale, con la funzione sociale del farmaco e con la prevalente finalità pubblica della produzione*". Da ciò discende che qualsiasi iniziativa

[9] nel testo vigente come risultante dalla sostituzione ad opera dell'art. 2 della L. n. 362 del 08.11.1991.
[10] per contingentamento deve intendersi "*una forma di intervento pubblico nell'economia, con la quale il legislatore introduce un limite quantitativo agli operatori che agiscono in un determinato settore, in base ad una scelta organizzativa di programmazione*", M. DELSIGNORE, *La proclamata liberalizzazione e le nuove questioni in tema di farmacie*, in *Il diritto dell'economia*, 2012, p. 308.
[11] *ex multis* Corte Cost., 12 gennaio 1996, n. 4; Corte Cost., 4 febbraio 2003, n. 27; Corte Cost., 28 marzo 2008, n. 76; Corte Cost., 13 novembre 2009, n. 295; Corte Cost., 31 ottobre 2013, n. 255; Consiglio di Stato, sez. III, 31 maggio 2013, n. 2990; Consiglio di Stato, sez. III, 12 giugno 2013, n. 3249; Consiglio di Stato, sez. III, 19 settembre 2013, n. 4667; Consiglio di Stato, sez. III, 26 ottobre 2017, n. 4946; Consiglio di Stato, sez. III, 2 aprile 2020, n. 2240.

ISSN 2036-7821

economica privata in tale settore debba conformarsi alle superiori esigenze di protezione della salute[12].

Sul punto la Corte Costituzionale ha statuito che il servizio di distribuzione dei farmaci è "*preordinato ad assicurare una adeguata distribuzione dei farmaci, costituendo parte della più vasta organizzazione predisposta a tutela della salute*"[13].

Pur essendo dinanzi ad un'attività di impresa[14] che, quindi, tocca imprescindibilmente la libertà di iniziativa economica privata, le farmacie non possono soggiacere alle comuni regole del mercato, non potendo essere considerate come esercenti una attività commerciale *tout court*[15], ma dovendo essere ricondotte all'interno di un settore sul quale gravano specifiche limitazioni volte a garantire l'interesse pubblico riconnesso all'art. 32 Cost.[16].

Le limitazioni in questione hanno superato il vaglio della Corte di Giustizia dell'Unione. La Corte, infatti, pur statuendo che tali misure privano *"taluni farmacisti […] di qualunque accesso all'attività professionale indipendente, mentre quelli già presenti sul mercato beneficerebbero di profitti sproporzionati"*, ha riconosciuto la loro compatibilità con il diritto dell'UE tenuto conto degli obiettivi di tutela della salute che la disciplina dell'attività di farmacia si propone di perseguire: "*la libertà di stabilimento degli operatori economici deve essere bilanciata con le esigenze di tutela della sanità pubblica e che la gravità degli obiettivi perseguiti in tale settore può giustificare restrizioni che abbiano conseguenze negative, anche gravi, per taluni operatori*"[17].

---

[12] B. CARAVITA, *Balancing the Human Right to Health with the Competition Law and the Intellectual Property Regime*, in G. MUSCOLO, G. PITRUZZELLA, *Competition and Patent Law in the Pharmaceutical Sector. An international perspective*, Wolters Kluwer, p. 54.

[13] Corte Cost., 10 dicembre 2007, n. 430.

[14] E' necessario evidenziare che il farmacista svolge un'attività di impresa, sul punto in dottrina cfr. M. DEL SIGNORE, *La proclamata liberalizzazione e le nuove questioni in tema di farmacia*, in Il diritto dell'economia, 2012, pp. 2 ss.. In generale sul ruolo del farmacista:M.S. GIANNINI, *Le Farmacie (Problemi generali)*, in *Rass. Amm. Sanità*, 1963; R. FERRARA, *Farmacia e farmacisti*, in *Enciclopedia Giuridica Treccani*, XIV, Roma, 1989, pp. 1 ss.; G. PIPERATA, *Farmacie*, in S. CASSESE (a cura di), *Dizionario di diritto pubblico*, III, Milano, 2006, pp. 2447 ss.; P.M. CHIRULLI, *Farmacia*, *in Dig. Disc. Pubbl.*, Agg. VII, Torino, 2017, pp. 312 ss..

[15] V'è da segnalare la presa di posizione di AGCM, secondo la quale sarebbe utile trasformare il contingente legale delle farmacie da massimo in minimo, atteso che: "*il contingentamento del numero di farmacie presenti sul territorio nazionale appare sostanzialmente finalizzato a garantire i livelli di reddito degli esercenti piuttosto che a conseguire l'obiettivo di una razionale e soddisfacente distribuzione territoriale degli esercizi farmaceutici*", cfr. AGCM, A.S. 1137 del 2014, cit., pp. 21 e 69.

[16] Sebbene tali limitazioni hanno avuto come finalità quella di garantire una distribuzione capillare e uniforme dei servizi farmaceutici sul tutto il territorio, vi sono state anche voci dissenzienti che hanno interpretato tali requisiti di localizzazione ed istituzione delle sedi delle farmacie come meri meccanismi protezionistici in favore degli operatori già presenti sul mercato, mentre il medesimo obiettivo potrebbe essere realizzato anche mediante differenti forme di intervento pubblico, cfr. V. CAMPIGLI, *Riflessioni sulla pianta organica nel quadro del servizio farmaceutico*, in *Munus: rivista giuridica dei servizi pubblici*, Napoli, Editoriale scientifica, 1, 2011, p. 440.

[17] Corte di Giustizia UE, sentenza Blanco Perez, C-570/07 e C-571/07.

ISSN 2036-7821

D'altro canto, però, non sono di secondaria importanza le previsioni legislative poste a presidio dei bacini di utenza delle diverse farmacie. Tali disposizioni rappresentano il contraltare rispetto a tutti gli obblighi e divieti a tutela dell'interesse pubblico.
Sul punto Corte Costituzionale ha statuito che: *"l'organizzazione del servizio farmaceutico, se da un lato ha creato al farmacista concessionario di una farmacia una posizione di privilegio con l'eliminare la concorrenza entro determinati limiti demografici e territoriali; dall'altro, trattandosi di un servizio di pubblica necessità, ha imposto allo stesso farmacista l'obbligo di svolgere la sua attività con l'adempimento delle prescrizioni dalle leggi stabilite per questa particolare professione"* [18].
In quest'ottica è di tutta evidenza che sebbene le previsioni introdotte dal D.L. n. 1/2012 sono finalizzate a favorire la concorrenza - con il contestuale allentamento di alcune restrizione (vedasi la modifica dei requisiti demografici) - in ogni caso il testo legislativo continua a prevedere una pianificazione territoriale, sintomo ed esplicitazione del ruolo attivo delle Pubbliche Amministrazioni in questo settore .
Al riguardo il Giudice Amministrativo non solo ha ritenuto che tali disposizioni siano compatibili con i principi comunitari[19], ma ha anche statuito che le previsioni concernenti i requisiti demografici e topografici sono volte tanto all'adeguamento dei principi di estrazione nazionale ed europea, quanto a coniugare le esigenze tese ad una più ampia copertura del territorio per finalità di tutela della salute dei cittadini e di carattere commerciale dell'esercente che aspira ad un adeguato bacino d'utenza[20].
Il Comune svolge, infatti, un compito viepiù nevralgico, atteso che ha il potere di individuare il numero di farmacie (sulla base dei parametri indicati) e di definirne le zone ove ubicarle, mentre alla Regione è stata attribuita la possibilità di intervenire in caso di inerzia dell'Ente Locale[21].
Tale potere comunale è caratterizzato da ampia discrezionalità[22], in quanto è diretto a dar luogo ad un apprezzamento in concreto delle esigenze connesse all'assistenza farmaceutica in relazione allo stato dei luoghi. Pertanto, le scelte programmatorie comunali necessitano di una motivazione calibrata sulle singole situazioni locali[23].
V'è da precisare che l'altro lato della medaglia è rappresentato dal fatto che la predetta discrezionalità determina un sindacato debole da parte del G.A.[24].

[18] Corte Cost. n. 29 del 26.01.1957, paragrafo 1.
[19] Consiglio di Stato, sez. III, n. 1638 del 07.04.2014.
[20] cfr. TAR Torino, sez. II, n. 1020 del 16.09.2013; TAR Brescia, sez. II, n. 954 del 13.11.2013; TAR Torino, sez. II, n. 453 del 14.03.2014.
[21] Sul punto cfr. TAR Brescia, sez. II, n. 402 del 02.05.2013; TAR Lecce, sez. II, n. 1393 del 13.06.2013; TAR Lazio, sez. II, n. 6697 del 08.07.2013.
[22] L'ampiezza e i contorni dello spettro della discrezionalità sono stati ulteriormente chiariti dalla nota esplicativa del capo ufficio legislativo del Ministro della Salute "*Quesiti sull'interpretazione di norme dell'articolo Il del decreto legge n. 1/2012, come modificato, in sede di conversione, dal Senato della Repubblica, 21.3.2012*".
[23] TAR Lazio, Sez. II, n. 13403 del 02.07.2024.
[24] cfr. *ex multis* TAR Palermo, sez. V, n. 2718 del 11.09.2023; TAR Brescia, sez. I, n. 372 del 24.04.2023; Consiglio di Stato, sez. III, n. 6750 del 02.11.2020.

ISSN 2036-7821

Ancora una volta è necessario richiamare la giurisprudenza del Giudice delle Leggi che, per un verso, ha confermato la natura di servizio pubblico[25] preordinato alla garanzia della "*tutela del fondamentale diritto alla salute, restando solo marginale, sotto questo profilo, sia il carattere professionale sia l'indubbia natura commerciale dell'attività del farmacista*"[26]; ma, nel contempo, la Corte Costituzionale è intervenuta in merito alla dislocazione delle farmacie sul territorio, ribadendo – proprio per la natura intrinseca di tale servizio – la necessità di una pianificazione volta ad "*assicurare l'ordinata copertura di tutto il territorio nazionale al fine di agevolare la maggiore tutela della salute ai cittadini*"[27].

Di non secondario momento è quanto statuito dalla Corte di Giustizia UE, la quale ha ritenuto legittima la normativa nazionale che prevede una pianificazione della presenza e della dislocazione delle farmacie, a condizione che tale programmazione: " *si riveli indispensabile per colmare eventuali lacune nell'accesso alle prestazioni sanitarie e per evitare una duplicazione nell'apertura delle strutture, in modo che sia garantita un'assistenza medica adeguata alle necessità della popolazione, che copra tutto il territorio e tenga conto delle regioni geograficamente isolate o altrimenti svantaggiate*"[28] (salvo rimettere al Giudice nazionale la valutazione sull'idoneità del sistema di pianificazione).

3.1. La pianificazione.

In tale contesto va inquadrata la disciplina concernente i requisiti di insediamento delle sedi delle farmacie.

La L. n. 468 del 22.5.1913 ha previsto l'approvazione della "pianta organica"[29]: un atto amministrativo generale di programmazione del servizio farmaceutico su base comunale attraverso il quale procedere all'individuazione del numero delle farmacie, delle singole sedi e delle zone di competenza.

La localizzazione delle sedi, come già in precedenza accennato, è stata pensata sulla base di due principali criteri: uno demografico (generale) e l'altro topografico (derogatorio).

Con il primo è stato previsto che vi fosse una farmacia ogni 5.000 abitanti nei comuni con popolazione fino a 25.000 abitanti ed una ogni 4.000 abitanti negli altri comuni.

---

[25] Corte Cost. n. 29 del 29.01.1957 e n. 312 del 30.09.1983.

[26] Corte Cost. n. 216 del 24.06.2014.

[27] Corte Cost. n. 12.01.1996. In tal senso altresì Corte Cost. n. 76 del 28.03.2008, n. 141 del 02.02.2003.

[28] Corte di Giustizia n. C-570/07 del 01.06.2010. In senso conforme n. C-571/07 del 01.06.2010, n. C-141/07 del 11.09.2008, n. C-367/12 del 13.02.2014.

[29] Per un approfondimento sulla pianta organica cfr. C. ALBERTI, *Criterio demografico e concorso di criteri pianificatori,* in Foro Amministrativo TAR, 2002, p. 447; M. ANDREIS, *Sedi farmaceutiche e concorso di criteri pianificatori,* in Foro Amministrativo CDS, 2007, p. 952; B. R. NICOLOSO – L. GIORDANI – M. JOMMI, La pianificazione territoriale del sistema farmacia, Edra, Milano, 2022; M. DELSIGNORE, *Il contingentamento dell'iniziativa economica privata. Il caso non unico delle farmacie aperte al pubblico*, Giuffrè, Milano, 2011.

ISSN 2036-7821

La distanza minima tra le strutture, inoltre, è stata fissata in almeno 200 m.. Pertanto, per poter allocare una nuova sede farmaceutica era necessario uno scarto pari almeno al 50% della soglia numerica[30][31].
Il secondo criterio, invece, ha consentito l'ubicazione delle sedi, anche in deroga al predetto criterio demografico, in presenza di particolari esigenze topografiche o di viabilità[32]. Tale eccezione è stata annoverata, però, solo nei comuni con popolazione inferiore a 12.500 abitanti[33].
E' di tutta evidenza che tale ultimo criterio ha una natura spiccatamente derogatoria, oltre ad implicare un esercizio penetrante del potere discrezionale da parte della P.A.[34], che aveva l'onere di vagliare (in concreto) gli elementi topografici necessari all'ubicazione di una sede farmaceutica sebbene non fosse soddisfatto il requisito demografico. E' necessario precisare, però, che l'esercizio di tale discrezionalità amministrativa dovesse essere caratterizzato da stretta rigorosità, come in più circostanze statuito dalla giurisprudenza amministrativa[35][36].
A ciò si aggiunga che ai sensi dell'art. 1 della L. n. 221/1968 le farmacie sono state distinte in due categorie: quelle urbane, situate in Comuni o centri abitati con popolazione superiore a 5.000 abitanti; e quelle rurali, ubicate in Comuni, frazioni o centri abitati aventi popolazione non superiore a 5.000 abitanti.
Anche in tale caso, in applicazione dell'art. 104 del R.D. n. 1265/1934[37], è stato previsto che le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, potessero stabilire nuove farmacie in deroga al criterio demografico, ove fossero stati sussistenti particolari condizioni topografiche e di viabilità.
Il suesposto quadro normativo è stato profondamente modificato con l'approvazione del più volte richiamato D.L. n. 1 del 24.01.2012, convertito con modificazioni in L. n. 27 del 24.03.2012, determinando un impulso pro-concorrenziale, come esplicitato dall'art. 11 volto al: "*potenziamento del servizio di distribuzione farmaceutica, accesso alla*

[30] cfr. artt. 1 e 2 della L. n. 475 del 02.04.1968.
[31] Alla luce dei suesposti requisiti di carattere numerico, l'attività della P.A. era di fatto vincolata. Sul punto cfr. TAR Napoli n. 12589 del 27.09.2004; TAR Parma n. 3 del 25.02.1977; TAR Genova n. 239 del 01.07.1976.
[32] art. 104 del R.D. n. 1265 del 27.07.1934.
[33] Per di più, la normativa ha previsto che fosse istituita solo una nuova farmacia per ogni comune e che quest'ultima non potesse distare da quelle preesistenti meno di 3.000 m..
[34] In tal senso la giurisprudenza amministrativa TAR Milano, Sez. I, n. 6580 del 23.11.2000; TAR Catania, Sez. IV, n. 66 del 17.01.2011.
[35] *ex multis* cfr. Consiglio di Stato, Sez. IV, n. 6196 del 11.12.2001; Consiglio di Stato, Sez. IV, n. 2015 del 17.04.2002.
[36] Per completezze espositiva v'è da rimarcare che per la revisione della pianta organica il legislatore ha previsto un ulteriore criterio di pianificazione di carattere urbanistico o decentrato (cfr. art. 5, commi 1 e 2, L. 8.11.1991 n. 362), applicabile a tutti i Comuni e riguardante i mutamenti nella distribuzione della popolazione. In particolare, sono state previste due ipotesi: nel primo caso i mutamenti della popolazione, comportava la rideterminazione delle circoscrizioni delle sedi farmaceutiche, senza prevederne la istituzione di nuove; nel secondo caso, invece, tale parametro consentiva la creazione di una nuova sede.
[37] Così come modificato dall'art. 2 della L. n. 362/1991.

ISSN 2036-7821

titolarità delle farmacie, modifica alla disciplina della somministrazione dei farmaci e altre disposizioni in materia sanitaria"[38].

Quanto enunciato trova conferma nelle molteplici modifiche legislative che sono così sunteggiabili:

a) è stato diminuito il parametro del criterio demografico da 5.000 a 3.300 abitanti;

b) è stato introdotto un nuovo criterio di distribuzione territoriale delle farmacie (con l'inserimento dell'art. 1 bis), tanto è vero che, in aggiunta al criterio demografico (nel limite del 5%) possono essere istituite nuove sedi all'interno di aree caratte3rizzate da particolari requisiti (si pensi a: stazioni ferroviarie, aeroporti civili a traffico internazionale, stazioni marittime, centri commerciali e grandi strutture di vendita);

c) è stato radicalmente modificato l'art 2 (relativo proprio alla pianificazione territoriale), attribuendo ad ogni Comune il potere di identificare le zone nelle quali collocare le nuove farmacie, previo parere della ASL competente per territorio e dell'Ordine Provinciale dei Farmacisti.

Per mezzo del suesposto intervento legislativo la fisarmonica del potere discrezionale della P.A. è tornata ad espandersi, in quanto la valutazione da svolgere in concreto, ai fini della pianificazione territoriale (in attuazione dell'ultimo dei criteri su elencati), non può che essere caratterizzata da un ventaglio discrezionale amplissimo, tanto è vero che la giurisprudenza amministrativa è tornata a ribadire che: "*la dislocazione delle sedi farmaceutiche sul territorio comunale è frutto di ampia discrezionalità e le scelte effettuate a questo riguardo dall'autorità competente – benché opinabili per definizione – non sono sindacabili se non per manifesta irrazionalità e analoghi vizi che in questa fattispecie comunque non ricorrono*" [39].

In sintesi, la sussistenza di particolari situazioni ambientali, topografiche e di viabilità, possono giustificare l'istituzione di una nuova sede farmaceutica in deroga al citato criterio demografico. Nel contempo, tale esercizio della discrezionalità tecnico-amministrativa sfugge al sindacato di merito del Giudice Amministrativo, salvo macroscopici vizi logici.

4. La flessibilità del criterio della distanza e la rediviva "pianta organica".

Da quanto già esposto discende che l'intervento legislativo del 2012 ha radicalmente innovato il precedente quadro legislativo del settore, andando ad incidere, in primo luogo, sullo strumento pianificatorio della "pianta organica".

---

[38] Per una ricostruzione completa della normativa si richiama E. JORIO, *La Liberalizzazione delle farmacie: dubbi e interpretazioni fuorvianti*, in Sanità Pubblica e Privata, 2013, 1, p. 16; A. MONICA, *La liberalizzazione nel campo della distribuzione farmaceutica alla luce dei recenti interventi del legislatore*, in www.giustamm.it, 2013.

[39] Consiglio di Stato, Sez. III, n. 915 del 25.02.2014. In tal senso altresì cfr. TAR Napoli, Sez. III, n. 5691 del 01.09.2021; TAR Catanzaro, Sez. II, n. 1002 del 17.05.2021; Consiglio di Stato, Sez. III, n. 4231 del 11.07.2018; Consiglio di Stato, Sez. III, n. 4387 del 19.09.2017; Consiglio di Stato n. 2521 del 18.05.2015; TAR Milano, Sez. III, n. 1109 del 06.05.2015.

ISSN 2036-7821

Non ci si trova più dinanzi ad un atto complesso che si perfeziona attraverso l'adozione di un provvedimento sovracomunale (regionale), ma si è in presenza di un atto di esclusiva competenza comunale, sia con riferimento alla sua prima approvazione, sia in merito alla sua successiva revisione[40].

Sul punto è necessaria una specificazione. Sebbene il mancato riferimento nominalistico alla "pianta organica" da parte del legislatore potesse far pensare al supermento di tale atto programmatorio, in verità si è giunti ad una sostanziale conferma di fatto della programmazione, atteso che l'atto di pianificazione approvato dai Comuni ha le medesime caratteristiche e gli stessi fini della originaria "pianta organica", come confermato dal Giudice Amministrativo: "*sebbene la nuova legge non faccia riferimento alla pianta organica, compete comunque al Comune la formazione di uno strumento pianificatorio che sostanzialmente, per finalità, contenuti, criteri ispiratori ed effetti corrisponde alla vecchia pianta organica e che niente vieta di chiamare con lo stesso nome*" [41].

Pertanto, la c.d. liberalizzazione introdotta dal legislatore del 2012 non si è spinta fino ad elidere qualsivoglia ipotesi programmatoria, ma è stata declinata come un tentativo di facilitazione per l'accesso degli utenti al servizio farmaceutico attraverso l'allocazione delle nuove sedi in zone sguarnite, pur facendo permanere il divieto di

---

[40] "*Le disposizioni legislative vigenti prima dell'entrata in vigore D.L. n. 1 del 2012 assegnavano alle Regioni la competenza alla formazione e alla revisione della pianta organica delle farmacie, ai concorsi per l'assegnazione delle sedi stesse, alla vigilanza sulla efficienza del servizio di assistenza farmaceutica e all'adozione di provvedimenti di decadenza (...), devono ritenersi superate dal nuovo quadro normativo, sicchè lo strumento pianificatorio (in passato denominato pianta organica) non è più configurato come atto complesso che si perfezioni con il provvedimento di un ente sovracomunale (la Regione ovvero la Provincia, o altro, a seconda delle legislazioni regionali), bensì come un atto di esclusiva competenza del Comune (e per esso della Giunta, secondo ripetute decisioni di questa Sezione): e ciò tanto nella prima applicazione del D.L. n. 1 del 2012, quanto nelle future revisioni periodiche*" Consiglio di Stato, Sez. III, n. 1658 del 02.05.2016. Di egual tenore Consiglio di Stato, Sez. III, n. 3338 del 22.05.2019.

[41] Consiglio di Stato, Sez. III, n. 1858 del 03.04.2013; Consiglio di Stato, Sez. III, n. 751 del 01.03.2013; Consiglio di Stato, Sez. III, n. 6237 del 19.09.2019.

Tale conclusione smentisce di fatto l'originaria posizione assunta dal Ministero della Salute — Ufficio Legislativo, che con una nota in data 21.3.2012, rispondendo ad alcuni quesiti formulati dalla Regione Toscana, si era pronunciato sull'interpretazione dell'art. 11 del D.L. n. 1/2012 affermando che predetta l'innovazione legislativa "*è, inequivocabilmente, diretta ad eliminare la « pianta organica » delle farmacie e le procedure alla stessa correlate*". L'interpretazione ministeriale afferma che il Comune deve identificare le zone nelle quali collocare le nuove farmacie attraverso un'attività svincolata "*dalla necessità di definire esattamente un territorio di astratta pertinenza di ciascun nuovo esercizio [...] dovendo soltanto assicurare « un'equa distribuzione sul territorio » degli esercizi e tener conto dell'esigenza di « garantire l'accessibilità del servizio farmaceutico anche a quei cittadini residenti in aree scarsamente abitate*".

Per completezza si richiama la giurisprudenza amministrativa che ha esattamente ribaltato la suddetta interpretazione ministeriale: "*sebbene a parere del Ministero non si debba più parlare di "pianta organica", tuttavia, è indubbio che la riforma non abbia superato il sistema di programmazione territoriale delle farmacie. Non a caso la novella lascia comunque in vigore molte delle norme precedentemente vigenti in materia di circoscrizioni farmaceutiche*" TAR Milano, Sez. III, n. 2313 del 13.09.2012. In senso conforme cfr. Cfr. TAR Catania, Sez. IV, n. 668 del 04.03.2013; TAR Bari, Sez. II, n. 626 del 22.04.2013; TAR Lazio, Sez. II, n. 6603 del 04.07.2013.

ISSN 2036-7821

sovrapposizione geografica e demografica delle nuove zone rispetto a quelle di pertinenza delle farmacie esistenti.

In sintesi, è stato tracciato un disegno legislativo volto ad "*assicurare un'equa distribuzione sul territorio*"[42], tanto è vero che la "*identificazione delle "zone" (strumento pianificatorio ben diverso dalle precedenti circoscrizioni territoriali riferite a ciascuna farmacia) postula una valutazione del Comune ampiamente discrezionale, riferita esclusivamente alla "equa" accessibilità di tutti gli abitanti (anche di aree scarsamente abitate) al servizio farmaceutico e quindi riferita esclusivamente alla tutela del diritto alla salute dei cittadini sancito dall'art. 32 della Costituzione mediante "un'equa distribuzione sul territorio" delle farmacie, farmacie che solo per tale superiore interesse pubblico possono essere sottratte alla normale dinamica concorrenziale sancita dal diritto nazionale ed euro unitario, che altrimenti imporrebbe l'integrale liberalizzazione del loro numero e della loro ubicazione*"[43].

E' necessario evidenziare, però, che l'approvazione di un atto pianificatorio strutturato in modo tale da garantire l'accessibilità degli utenti al servizio di distribuzione dei farmaci, non può giammai tradursi nella allocazione delle nuove sedi di farmacia in zone disabitate o del tutto sprovviste; né, tantomeno, come detto, può dar luogo ad una sovrapposizione con le zone di pertinenza delle farmacie già operanti[44]. Tali circostanze, infatti, non determinerebbero benefici di sorta dal punto di vista dell'accessibilità dell'utenza e, per altro verso, creerebbero irragionevoli sovrapposizioni tra i differenti bacini di utenza, a decremento del servizio svolto dalle sedi interessate.

Di converso, non sarebbe ammissibile l'eventuale pretesa da parte delle farmacie già operanti, acchè una nuova sede farmaceutica venga localizzata esclusivamente in una zona periferica del territorio al fine di evitare lo sviamento del bacino di utenza di quelle esistenti. Tale circostanza – al pari di quelle già illustrate - non avrebbe determinerebbe alcun beneficio alla migliore accessibilità da parte dell'utenza e, quindi, non avrebbe alcuna attinenza con l'obiettivo del legislatore di garantire una implementazione nella fruizione del servizio, di converso violerebbe l'equa distribuzione territoriale delle sedi delle farmacie, come previsto dal legislatore del 20212: "*assicurare un'equa distribuzione sul territorio*", mentre solo in via aggiuntiva si deve tenere "*altresì conto dell'esigenza di garantire l'accessibilità del servizio farmaceutico anche a quei cittadini residenti in aree scarsamente abitate*"[45].

Alla luce di quanto esposto, l'interesse commerciale dei farmacisti già insediati può essere preso in considerazione dalla P.A. in un'ottica di ragionevolezza ed equilibrio, attuando un bilanciamento tra i diversi interessi, ma ben sapendo che è sempre

[42] Consiglio di Stato, Sez. III, n. 4629 del 04.10.2017.
[43] TAR Napoli, Sez. III, n. 2168 del 03.04.2024.
[44] Sul punto cfr. Consiglio di Stato, Sez. III, n. 5617 del 07.08.2019.
[45] cfr. Consiglio di Stato, Sez. III, n. 4231 del 11.07.2018; TAR Perugia, Sez. I, n. 409 del 29.07.2019.

ISSN 2036-7821

destinato ad essere recessivo nel caso in cui sia incompatibile con il prevalente perseguimento dell'interesse pubblico[46].

D'altro canto, sin dall'inizio del secolo scorso il legislatore ha posto dei limiti all'apertura delle farmacie, ma ciò è sempre avvenuto nell'ottica di "*assicurare ad ogni officina farmaceutica una clientela ed un certo lucro, nell'opinione che soltanto con tali garanzie i farmacisti potessero tenere la loro bottega fornita di medicamenti buoni e sufficienti ed attendere alla pratica della professione colla pratica e prudenza necessaria in materia così delicata. Il pensiero che mosse quegli antichi legislatori fu dunque [...] non tanto di favorire individualmente la classe di farmacisti, quanto principalmente di provvedere all'interesse di tutta la società; insomma i limiti all'esercizio della farmacia si fondarono sovra un concetto di difesa della sanità pubblica, essendo noti i pericoli che derivano da mancanza o da distribuzione poco ponderata di medicine*"[47].

In sintesi la pianificazione non può tradursi in una sostanziale penalizzazione delle nuove sedi delle farmacie, prevedendone l'ubicazione necessariamente in zone territorialmente periferiche, ma può sancire tale localizzazione in virtù di una scelta discrezionale della P.A. supportata dalla volontà di garantire un miglior accesso da parte della popolazione presente sin quella porzione di territorio comunale alla luce anche della conformazione ologrifica e della viabilità esistente.

Se così non fosse, l'applicazione in concreto della programmazione delle nuove sedi delle farmacie si tradurrebbe in una illegittima rendita di posizione per quelle sedi già esistenti, così contravvenendo alla finalità della disposizione legislativa "*di garantire l'efficacia del servizio farmaceutico nei confronti della popolazione e tale valutazione non può che essere riservata al potere discrezionale della competente autorità*"[48]. Sul punto si richiama, altresì, l'inequivoca giurisprudenza del Consiglio di Stato: "*Lo scopo della previsione normativa, di cui all'art. 1, d.l. n. 1 del 2012, non è quello del massimo decentramento delle sedi farmaceutiche, a rischio di istituire nuove sedi che non abbiano una zona di competenza tale da garantirne la sopravvivenza, ma di aumentare l'accessibilità all'assistenza farmaceutica in favore del maggior numero di abitanti possibile. La finalità-esigenza di poter servire adeguatamente aree isolate e/o scarsamente abitate va, quindi, necessariamente coniugata con quella di garantire la maggiore accessibilità al servizio farmaceutico da parte della maggioranza degli abitanti del Comune, in un'ottica complessiva che considera l'intero territorio comunale, rispetto al quale, in concreto, va compiuta la valutazione sul grado di accessibilità all'assistenza farmaceutica*"[49].

---

[46] cfr. Consiglio di Stato, Sez. III, n. 4629 del 04.10.2017.

[47] F. CAMMEO, C. VITTA, *Sanità Pubblica*, in *Trattato di Diritto Amministrativo Italiano*, a cura di V.E. ORLANDO, vol. IV, Società Editrice Libraria, Milano, 1904, p. 764.

[48] TAR Brescia, Sez. I, n. 371 del 24.04.2023.

[49] Consiglio di Stato, Sez. III, n. 4231 del 11.07.2018. Ancora sul punto cfr. Consiglio di Stato, Sez. III, n. 475 del 24.01.2018 e n. 5446 del 22.11.2017.

ISSN 2036-7821

In tale chiave interpretativa si spiega anche la competenza pianificatoria che il legislatore ha voluto attribuire ai Comuni, in quanto Enti che hanno piena conoscenza della realtà territoriale e della sua evoluzione e che possono esercitare meglio la discrezionalità propria dell'atto pianificatorio.
All'interno di questo contesto assume rilevanza peculiare proprio la valutazione che la P.A. deve svolgere anche con riferimento alla concreta attuazione del criterio demografico, in ragione della sussistenza di peculiari situazioni urbanistico-territoriali da applicare in rapporto alla diversa classificazione delle farmacie.
In particolare, il limite di 3.000 metri di distanza tra le sedi farmaceutiche non può trovare una applicazione rigida, ma deve essere valutata alla luce delle peculiari situazioni di fatto. Tale criterio distanziale deve essere temperato, infatti, ove sia necessario assicurare l'erogazione del servizio farmaceutico all'interno di porzioni del territorio comunale (ad esempio frazioni) con una popolazione inferiore ai 5.000 abitanti.
Sul punto la giurisprudenza amministrativa ha recentemente statuito una interpretazione flessibile del criterio della distanza tra le sedi delle farmacie, soprattutto con riferimento alle farmacie rurali, per le quali si pone evidentemente un problema di soglie demografiche (visto lo spopolamento di molteplici zone del territorio): "*il parametro di una farmacia ogni 3.300 abitanti è stabilito dalla legge solo ai fini della determinazione del numero complessivo di farmacie spettanti al Comune e non anche per dimensionare con precisione le aree assegnate alle singole sedi farmaceutiche, posto che gli utenti sono sempre liberi di rivolgersi a qualsiasi farmacia, non essendo tenuti a servirsi di quella territorialmente competente secondo la loro residenza. Alla realizzazione dell'equa distribuzione concorrono plurimi fattori diversi dal numero di residenti, quali in primo luogo l'individuazione delle maggiori necessità di fruizione del servizio che si avvertono nelle diverse zone del territorio, le correlate valutazioni di situazioni ambientali, topografiche e di viabilità, le distanze tra le diverse farmacie, le quali sono frutto di valutazioni ampiamente discrezionali, come tali inerenti l'area del merito amministrativo*"[50].
Alla luce di quanto esposto, il criterio che sovrintende all'allocazione delle sedi delle farmacie non può che essere quello della "*equa distribuzione territoriale*", atteso che l'intento del legislatore della L. n. 27/2012 è quello di aumentare l'accessibilità all'assistenza farmaceutica senza per questo necessariamente istituire nuove sedi in zone periferiche che non consentano la sopravvivenza economica degli operatori[51].
Tale impostazione pianificatoria, come già evidenziato, sembra far tornare in auge la "pianta organica", quale strumento di programmazione della dislocazione

[50] Consiglio di Stato, Sez. III, n. 8431 del 20.09.2023. In tal senso altresì cfr. Consiglio di Stato, Sez. III, n. 4701 del 09.05.2023; Consiglio di Stato, Sez. III, n. 6998 del 15.10.2019; Consiglio di Stato, Sez. III, n. 6756 del 28.11.2018.
[51] cfr. Consiglio di Stato, Sez. III, n. 4374 del 08.06.2021 e n. 2239 del 15.03.2021.

ISSN 2036-7821

territoriale delle sedi delle farmacie[52]. Se la suesposta conclusione interpretativa dell'assetto normativo vigente appare l'attuazione più fedele del dettato legislativo, per altro verso v'è da precisare che la pianificazione territoriale delle sedi delle farmacie non si esaurisce nella individua puntuale della ubicazione delle stesse, ma è da intendersi come la previsione di una porzione del territorio, più o meno ampia, idonea a soddisfare le esigenze della popolazione residente secondo i parametri dell'equa distribuzione e dell'accessibilità la servizio. D'altro canto: "*Lo scopo della perimetrazione della zona di una sede farmaceutica è quello di delimitare la libertà di scelta del farmacista, nel senso che questi è […] libero di scegliere l'ubicazione del proprio esercizio, purchè rimanga all'interno di quel perimetro […] salva la distanza minima obbligatoria di duecento metri*" [53].

5. Conclusioni.

Il servizio farmaceutico riveste un ruolo cardine per inverare il diritto costituzionale alla tutela della salute. L'introduzione di limiti quantitativi e localizzativi alla ubicazione delle sedi delle farmacie è ricollegata all'esigenza di assicurare un "*livello del servizio socialmente necessario*"[54], dal momento che tali limitazioni hanno lo specifico scopo di garantire la più ampia e razionale copertura di tutto il territorio nell'interesse della salute dei cittadini.

In questa chiave, la concreta attuazione delle innovazioni legislative succedutesi nel tempo, che si è avuto modo di analizzare, ha di fatto lasciato intatto (al netto delle modifiche nominalistiche e non solo, che si sono succedute) lo strumento principe di pianificazione, rappresentato dalla "pianta organica". Attraverso tale provvedimento di pianificatorio i poteri pubblici (Comuni) devono garantire la diffusione capillare del servizio su tutto il territorio e, nel contempo, un migliore accesso da parte alla popolazione, elidendo qualsivoglia ipotesi di sovrapposizioni tra le diverse sedi.

E' in questo cono visuale che assume una valenza preminente l'esercizio della discrezionalità amministrativa nella attuazione dei requisiti demografici e (soprattutto) territoriali, atteso che non si è dinanzi ad una attuazione "automatica" e rigida dei limiti e dei criteri legislativamente fissati, ma, come in più circostanze statuito tanto dalla giurisprudenza costituzionale, quanto (soprattutto) da quella amministrativa, si è di fronte alla valutazione in concreto degli aspetti geografici,

[52] La sopravvivenza della "pianta organica" quale strumento pianificatorio del servizio farmaceutico è stata ribadita anche dalla giurisprudenza amministrativa: "*non è pertinente la tesi della sentenza [si riferiva ad una pronuncia del TAR Basilicata quale Giudice di Prime Cure] secondo cui nella nuova disciplina conseguente al decreto legge n. 1/2012 non sarebbe più necessaria una puntuale delimitazione delle sedi farmaceutiche*", Consiglio di Stato, Sez. III, n. 22 del 07.01.2016.

[53] Consiglio di Stato, Sez. III, n. 2239 del 15.03.2021.

[54] A. ARGENTATI, *Il principio di concorrenza e la regolazione amministrativa dei mercati*, Giappichelli, Torino, 2008, p. 296.

ISSN 2036-7821

olografici e di viabilità che possono meglio garantire gli obiettivi legislativamente determinati.

E' proprio lungo questo stretto sentiero che deve addentrarsi la P.A., utilizzando come unica bussola il miglioramento dell'accesso da parte dei cittadini (pazienti) all'approvvigionamento dei farmaci ed evitando ipotesi di irragionevole intangibilità dei bacini di utenza delle sedi esistenti ovvero elidendo altrettanto irrazionali (ed illegittime) sovrapposizioni tra aree territoriali nelle quali gravitano le sedi delle farmacie, senza alcun effettivo beneficio per il cittadino.

ISSN 2036-7821