

Salute e risorse: il caso della *farmacia dei servizi*

di Piermassimo Chirulli

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. La farmacia nell'ordinamento italiano. – 3. La *farmacia dei servizi*. – 4. La *farmacia dei servizi*: le risorse e la sperimentazione. – 5. La *farmacia dei servizi*: il consolidamento normativo e giurisprudenziale

1. Premessa

Il presente contributo mira a dar conto della trasformazione della *farmacia* da luogo vocato esclusivamente alla dispensazione dei farmaci a presidio che eroga all'utenza una serie di servizi (quella che è stata definita *farmacia dei servizi*) e, in particolare, all'interpretazione giurisprudenziale di tale trasformazione.

Ci si potrebbe chiedere per quale ragione tale contributo sia inserito in un numero speciale della *Rivista* dedicato al ciclo di seminari dal titolo “Diritti e risorse”, svoltosi nell'ambito delle cattedre di *Diritto pubblico* del Corso di Laurea in Economia Aziendale del Dipartimento di Economia, Management e Diritto dell'Impresa (DEMDI) dell'Università degli Studi di Bari “Aldo Moro”.

Anzitutto, la concreta attuazione del diritto alla salute di cui all'art. 32 Cost. comporta – com'è ampiamente noto – lo stanziamento di importanti risorse pubbliche, risorse che, come ricordato recentemente dalla Corte costituzionale, devono essere adeguatamente redistribuite sul territorio nazionale al fine di garantire in concreto e diffusamente la tutela della salute¹. Si pensi che una parte considerevole del bilancio di tutte le

¹ La Corte costituzionale, nella sent. 21 luglio 2025, n. 114, ha affermato che «Una distribuzione iniqua delle risorse determina una disparità di trattamento nell'accesso ai servizi sanitari, in quanto risorse insufficienti compromettono la capacità di fornire servizi sanitari adeguati, mettendo a rischio il diritto alla salute dei cittadini, garantito – quale diritto fondamentale dell'individuo e interesse dell'intera collettività – dall'art. 32 Cost.», rilevando che è «in sede di predisposizione del piano sanitario nazionale e di quelli regionali, di definizione e aggiornamento dei LEA e di stanziamento delle risorse occorrenti per assicurare l'erogazione delle prestazioni sanitarie sul territorio nazionale, che vengono stabilite le opportune misure di perequazione [...], occorrenti per ovviare alle disuguaglianze tra le regioni e tra i cittadini e per realizzare gli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal SSN in ciascuna regione».

Regioni, che hanno sostanziale competenza nella concreta erogazione dei servizi sanitari, è dedicato al settore sanitario.

Il rapporto tra risorse (scarse) e concreta garanzia dei diritti (in particolare, per quel che qui interessa, il diritto alla salute) è complesso e costantemente dialettico e non ci si può qui soffermare adeguatamente. La Corte costituzionale, a tal proposito, ha affermato, da un lato, che «il diritto a trattamenti sanitari “è garantito a ogni persona come un diritto costituzionale condizionato dall’attuazione che il legislatore ordinario ne dà attraverso il bilanciamento dell’interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento”» e, dall’altro, che «le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana»². Ancora recentemente, però, la Corte ha richiamato la sua giurisprudenza «che, in reazione ad una prassi legislativa troppo incline a effettuare pesanti “tagli lineari” anche sulla sanità [...], ha introdotto a partire dalla sentenza n. 169 del 2017, la nozione di “spesa costituzionalmente necessaria” (ripresa poi nelle sentenze n. 220 del 2021, n. 197 del 2019 e n. 87 del 2018), funzionale a evidenziare che, in un contesto di risorse scarse, per fare fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica dettate anche da

² Così nella sent. 21 luglio 2016, n. 203. Deve qui richiamarsi anche la notissima giurisprudenza costituzionale che ha sottolineato che «Tutti i diritti fondamentali tutelati dalla Costituzione si trovano in rapporto di integrazione reciproca e non è possibile, pertanto, individuare uno di essi che abbia la prevalenza assoluta sugli altri. La tutela deve essere sempre «sistemica e non frazionata in una serie di norme non coordinate ed in potenziale conflitto tra loro» (sentenza n. 264 del 2012). Se così non fosse, si verificherebbe l’illimitata espansione di uno dei diritti, che diverrebbe «tiranno» nei confronti delle altre situazioni giuridiche costituzionalmente riconosciute e protette, che costituiscono, nel loro insieme, espressione della dignità della persona» (sent. 9 maggio 2013, n. 85). È la prima pronuncia sul c.d. caso ILVA, nella quale la Corte ha considerato non censurabile il *ragionevole bilanciamento* compiuto dal legislatore «tra diritti fondamentali tutelati dalla Costituzione, in particolare alla salute (art. 32 Cost.), da cui deriva il diritto all’ambiente salubre, e al lavoro (art. 4 Cost.), da cui deriva l’interesse costituzionalmente rilevante al mantenimento dei livelli occupazionali ed il dovere delle istituzioni pubbliche di spiegare ogni sforzo in tal senso».

vincoli euro unitari, devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte, rispetto a quella che si connota come funzionale a garantire il «fondamentale» diritto alla salute di cui all'art. 32 Cost., che chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela anche delle fasce più deboli della popolazione, non in grado di accedere alla spesa sostenuta direttamente dal cittadino, cosiddetta *out of pocket*³.

Tra le varie articolazioni della spesa sanitaria vi è anche la spesa farmaceutica, che è tradizionalmente divisa in due comparti separati e distinti⁴: la spesa farmaceutica c.d. convenzionata, quella che serve a remunerare

³ Sent. 6 dicembre 2024, n. 195, nella quale ha peraltro precisato che «[è] la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione» (sentenza n. 275 del 2016); da questo principio deriva che tali diritti, e in particolare il diritto alla salute, coinvolgendo primarie esigenze della persona umana, non possono essere sacrificati fintanto che esistono risorse che il decisore politico ha la disponibilità di utilizzare per altri impieghi che non rivestono la medesima priorità».

Sul rapporto tra risorse e garanzia dei diritti cfr., *ex multis*, M. LUCIANI, *Costituzione, bilancio, diritti e doveri dei cittadini*, in *Scritti in onore di Antonio D'Atena*, Milano 2015, 1673 ss.; L. CARLASSARE, *Diritti a prestazione e vincoli di bilancio*, in *Costituzionalismo.it*, 3, 2015, 137 ss.; E. CAVASINO, *Perché costruire il diritto alla salute come "diritto a prestazione" rende le forme normative dell'uguaglianza dipendenti dal limite economico-finanziario e ridimensiona l'effetto garantistico del "contenuto minimo essenziale"*, in *Riv. Gruppo di Pisa*, 3, 2012; E. FURNO, *Pareggio di bilancio e diritti sociali: la ridefinizione dei confini nella recente giurisprudenza costituzionale in tema di diritto all'istruzione dei disabili*, in *Nomos*, 1, 2017, 1 ss.; M. PICCHI, *Tutela dei diritti sociali e rispetto del principio dell'equilibrio di bilancio: la Corte costituzionale chiede al legislatore di motivare le proprie scelte*, in *Osservatorio sulle fonti*, 3, 2017; F. DONATI, *Uguaglianza, diritti umani e vincoli di bilancio*, in *federalismi.it*, 21, 2018; C. CARUSO – M. MORVILLO, *Il governo dei numeri. Oggettività tecnica e discrezionalità politica nella decisione di bilancio euro-nazionale*, in *Il governo dei numeri. Indicatori economico-finanziari e decisione di bilancio nello Stato costituzionale*, a cura di C. CARUSO, M. MORVILLO, Bologna, 2020, 9 ss.; C. COLAPIETRO, *L'effettività costituzionale del diritto alla salute nella dimensione multilivello*, in *Riv. di dir. comp.*, 2024, 14 ss. P. LOGROSCINO, *Economia e ambiente nel "tempo della Costituzione"*, in *federalismi.it*, 29, 2022, 86 ss.

⁴ Il Consiglio di Stato, nella sent. Sez. III, 4 gennaio 2023, n. 131, afferma che non è possibile «la compensazione "in via amministrativa" delle due voci di spesa, appositamente dedicate agli acquisti diretti e alla spesa convenzionata [...], sulla base della legislazione vigente», anche in considerazione del fatto che tra Distribuzione diretta dei farmaci e Distribuzione convenzionata vi è una differenza formale e sostanziale; la tesi opposta «contraddice la necessità – anche, ma non solo, di ordine contabile – di tenere separati, invece, i due canali della spesa diretta e di quella convenzionata, che soddisfano due esigenze, entrambe prioritarie, ma certo diverse del S.S.N. e in nessun modo sono assimilabili o compensabili». I Giudici di Palazzo Spada sottolineano che «Se

l'attività di dispensazione dei farmaci da parte delle farmacie; la spesa farmaceutica c.d. diretta, quella che copre le spese delle strutture sanitarie per gli acquisti di farmaci direttamente dai produttori (tali farmaci sono utilizzati, in parte, per garantire l'assistenza ospedaliera; in parte, dispensati direttamente ai pazienti).

In secondo luogo, è proprio lo stanziamento di risorse da parte dello Stato ad aver innescato un contenzioso giurisprudenziale il cui esito – sino a ora – ha precisato i contorni della *farmacia dei servizi*. Come meglio si vedrà, infatti, la *farmacia dei servizi* viene introdotta sin dal 2009, ma diviene oggetto di maggiore attenzione (e di contenzioso) solo dopo il 2017 quando alcuni di quei *servizi* sono stati finanziati in via sperimentale dal bilancio pubblico.

Un'ultima precisazione: il presente scritto riprende, con alcune opportune integrazioni, l'intervento tenuto nell'ambito del ciclo di Seminari suddetti. Ciò determina un tono discorsivo e un apparato di note essenziale.

2. *La farmacia nell'ordinamento italiano*

Prima di affrontare lo specifico tema della *farmacia dei servizi* è necessario dar conto sommariamente della complessiva disciplina che potremmo definire “*diritto delle farmacie*”⁵. Si tratta di una porzione dell'ordinamento

le due forme di assistenza sanitaria e di erogazione non fossero radicalmente differenti, non avrebbe senso dunque effettuare, nell'ambito della spesa farmaceutica a livello nazionale, un'ulteriore distinzione tra la spesa per acquisti diretti e quella convenzionata e la stessa distinzione del legislatore sarebbe assurda, irrazionale e contraria al principio della c.d. riserva di scienza, alla quale anche il legislatore, pur nel margine di apprezzamento discrezionale che pure gli compete, deve attenersi in materia sanitaria (v., sul punto, Cons. St., sez. III, 20 ottobre 2021, n. 7045)».

⁵ Sul “diritto delle farmacie” in generale sia consentito rinviare a P. CHIRULLI, *Farmacia*, in *Dig. disc. pubbl.*, Aggiornamento, VII, 2017, 312 ss. Cfr., in precedenza, *ex multis* B.R. NICOLOSO, *L'evoluzione del servizio farmaceutico nell'ordinamento giuridico italiano*, in *Rass. dir. farm.*, 3, 2016, 473 ss.; G. PIPERATA, *Farmacie*, in *Dizionario di diritto pubblico*, diretto da S. CASSESE, III, Milano, 2006, p. 2447 ss.; G. FERRARI, *Farmacie e farmacisti nell'ordinamento giuridico e nell'elaborazione giurisprudenziale*, Roma, 2003; M. GOLA, *Farmacia e farmacisti*, in *Dig. disc. pubbl.*, VI, Torino, 1991; R. FERRARA, voce *Farmacia e farmacisti*, in *Enc. giur.*, XIV, Roma, 1989; V. RAGONESI, *Farmacie*, in *Dizionario amministrativo*, a cura di G. GUARINO, Milano, I, 1983², 907 ss.; G. LANDI, *Farmacia*, in *Enc. dir.*, XVI, Milano, 1967, 837 ss.

ampia e articolata. Coesistono, infatti, da un lato, il profilo pubblicistico, soprattutto per la finalità cui è preordinata l'attività svolta dalla farmacia, e, dall'altro, quello privatistico, con riferimento all'esercizio della relativa impresa. Tanto che autorevole dottrina lo aveva qualificato "ordinamento sezionale", in quanto conterrebbe in piccolo tutti gli elementi dell'ordinamento giuridico dello Stato, comprendendo una pluralità di soggetti, un'organizzazione e degli atti che hanno valore normativo all'interno del detto ordinamento⁶.

2.1. Il *diritto delle farmacie* deve certamente essere ricondotto alla materia tutela della salute di cui all'art. 32 Cost.⁷. Sul punto la giurisprudenza costituzionale è costante: la «complessa regolamentazione pubblicistica dell'attività economica di rivendita dei farmaci è preordinata al fine di assicurare e controllare l'accesso dei cittadini ai prodotti medicinali ed in tal senso a garantire la tutela del fondamentale

⁶ M.S. GIANNINI, *Le farmacie (problemi generali)*, in *Rass. Amm. Sanità*, 1963, 171.

⁷ Sull'art. 32 Cost. e la tutela del diritto alla salute la dottrina è amplissima. Cfr., *ex multis* e per vari profili, M. LUCIANI, *Diritto alla salute (dir. costituzionale)*, in *Enc. giur.*, VII, 1991; C. MORTATI, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, (1961), ora in *Raccolta di scritti*, III, Milano, 1973; B. PEZZINI, *Art. 32 Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Dir. soc.*, 1, 1983, 21 ss.; G. ALPA, *Salute (diritto alla)*, in *NN.D.I.*, App. VI, Torino, 1986; R. FERRARA, *Salute (diritto alla)*, in *Dig. disc. pubbl.*, 1997; C. BOTTARI, *Il diritto alla tutela della salute*, in *I diritti costituzionali*, a cura di P. RIDOLA – R. NANIA, II, Torino, 2001, 1101 ss.; D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana*, Milano, 2002; M. OLIVETTI, *Appunti per una mappa concettuale sul diritto alla salute nel sistema costituzionale italiano*, in *Met. Did. Inn. Cl. – Nuova Serie*, 2004; A. SIMONCINI – E. LONGO, *Art. 32*, in *Commentario alla Costituzione*, a cura di R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI, I, Torino, 2006; E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli, 2012; A. MORRONE – F. MINNI, *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, in *Rivista AIC*, 3, 2013; G. SCACCIA, *Art. 32*, in *La Costituzione italiana. Commento articolo per articolo*, a cura di F. CLEMENTI, L. CUOCOLO, F. ROSA, G. E. VIGEVANI, I, Bologna, 2021; AA.VV. (a cura di I. CIOLLI), *Salute diseguale. Quali istituzioni per il diritto di tutti alla salute*, Napoli, 2024; D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Torino, 2025⁵.

Affrontano profili peculiari del diritto alla salute e della relativa garanzia: M. IMMORDINO – L. GIANI, *I diritti fondamentali degli immigrati tra emergenza rifugiati e crisi economico/finanziaria: quale ruolo per le amministrazioni?*, in *Immigrazione e diritti fondamentali*, a cura di F. ASTONE, R. CAVALLO PERIN, A. ROMEO, M. SAVINO, Torino, 2019, pp. 74 sgg., con riferimento agli stranieri; M. RUOTOLO, *Salute e carcere*, in *Studi in onore di Aldo Loiodice*, II, Bari, 2012, 1083 ss., con riferimento alle persone detenute; A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e dis-eguaglianza*, in *Ist. fed.*, 1, 2020, 37 ss., con specifico riferimento alla c.d. autonomia differenziata.

diritto alla salute, restando solo marginale, sotto questo profilo, sia il carattere professionale sia l'indubbia natura commerciale dell'attività del farmacista»⁸.

Il Servizio Sanitario Nazionale⁹, istituito con l. 23 dicembre 1978, n. 833, eroga l'assistenza farmaceutica prevalentemente, anche se non esclusivamente, proprio attraverso le farmacie pubbliche e private, tutte obbligatoriamente convenzionate con esso¹⁰.

L'art. 25, comma 1, della l. n. 833/1978 stabilisce che le prestazioni curative comprendono, tra le altre, l'assistenza farmaceutica. Il successivo art. 28, comma 1, dispone che «L'unità sanitaria locale eroga l'assistenza farmaceutica attraverso le farmacie di cui sono titolari enti pubblici e le farmacie di cui sono titolari i privati, tutte convenzionate secondo i criteri e le modalità di cui agli articoli 43 e 48»¹¹.

⁸ Così nella sent. 18 luglio 2014, n. 216, confermata dalle successive sentt. 8 luglio 2022, n. 171; 7 aprile 2017, n. 66. In precedenza cfr. sentt. nn. 255 del 2013; 231 del 2012; 150 del 2011; 295 del 2009 e 430 del 2007.

⁹ Sul SSN e l'organizzazione sanitaria la dottrina è molto vasta. Cfr., *ex multis*, M.A. SANDULLI, *La sanità*, in *Osservatorio di dir. sanitario – federalismi.it*, 2025; A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2024³; F. SAITTA, *Il servizio sanitario nazionale: punti fermi e prospettive evolutive*, in questa Rivista, 1-2, 2024, 79 ss.; I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale, oggi*, in *Biolaw Journal*, 2, 2019, 13 ss.; E. CAVASINO, *Il diritto alla salute come diritto "a prestazioni"*. *Considerazioni sull'effettività della tutela*, in *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia: il ruolo della giurisprudenza*, a cura di E. CAVASINO, G. SCALA, G. VERDE, Napoli, 2013, 335 ss.; P. SANTINELLO, *Servizio Sanitario Nazionale*, in *Dig. Disc. pubbl.*, 1999; M. LUCIANI – R. BALDUZZI – P. CHIRULLI – F. GRANDI, *La rete della Sanità*, in AA.VV., *L'Italia che c'è: le reti territoriali per l'unità e la crescita*, Bologna, 2011, 281 ss.

¹⁰ Il d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, all'art. 8, co. 2, lett. a), prevede che «le farmacie pubbliche e private erogano l'assistenza farmaceutica per conto delle unità sanitarie locali del territorio regionale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico-chirurgici e altri prodotti sanitari erogabili dal Servizio sanitario nazionale [...]».

In attuazione di tale disposizione, recentemente – in data 6 marzo 2025 – è stata approvata la nuova *Convenzione farmaceutica nazionale* (che ha sostituito quella precedente, approvata con d.P.R. n. 371 del 1998).

¹¹ A.M. SANDULLI, *Manuale di diritto amministrativo*, Napoli 1982¹³, 988, sottolinea che le «Unità sanitarie locali erogano l'assistenza farmaceutica appunto attraverso [le farmacie private e pubbliche] ed esercitano la vigilanza su di esse». Com'è noto il d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, ha inserito il comma 1-*bis* all'art. 3 del d.lgs. n. 502/1992, a tenor del quale «In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale;

La farmacia, dunque, è lo strumento attraverso il quale il SSN (o, meglio, le sue articolazioni territoriali) garantisce l'assistenza farmaceutica, la quale, a sua volta, è ricompresa nel più ampio genere delle prestazioni sanitarie. È evidente, dunque, l'importanza che assume la farmacia al fine di garantire (non in astratto ma) concretamente la tutela del diritto costituzionale alla salute¹².

Deve sottolinearsi che l'assistenza farmaceutica è stata inserita tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), disciplinati dal d.P.C.M. 12 gennaio 2017¹³, i quali, peraltro, come ha ripetutamente ricordato la Corte costituzionale¹⁴, andrebbero aggiornati al fine di essere adeguati all'evoluzione

la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica». In tal modo ha trasformato definitivamente le Unità Sanitarie Locali in Aziende Sanitarie Locali, modificandone radicalmente l'assetto organizzativo e la *governance*, ma lasciando per diversi profili inalterati i compiti precedentemente svolti dalle USL.

¹² V. RAGONESI, *Farmacie*, cit. 907, affermava già molti anni fa che «il servizio farmaceutico [...] rientra nell'ambito di quella più vasta organizzazione che lo Stato mette in essere al fine di tutelare la salute pubblica».

¹³ Sui LEA, *ex multis*, v. M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, a cura di E. CATELANI – G. CERRINA FERONI – M.C. GRISOLIA, Torino, 2011, 11 ss.; V. ANTONELLI, *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale: dall'uniformità all'appropriatezza*, in *federalismi.it*, 7, 2018; M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, in *Osservatorio di dir. sanitario – federalismi.it*, 2017; L. BERTORELLO, *Il diritto alla salute e i livelli essenziali di assistenza*, in *CamminoDiritto*, 3, 2023; M. MENGOSI, *Tutela dei livelli essenziali di assistenza e mobilità sanitaria nell'esperienza italiana ed europea: gli slanci e i limiti dell'azione dell'Unione nella tutela del diritto alle cure*, in *L'assistenza sanitaria transfrontaliera. Verso un welfare state europeo?*, a cura di D. Morena, Napoli, 2018.

¹⁴ Ancora recentemente – sent. 17 dicembre 2024, n. 201 – la Consulta ha affermato che «questa Corte non può non formulare l'auspicio che, a livello statale, si giunga in tempi rapidi, secondo le procedure e le modalità previste e in linea con le indicazioni del progresso scientifico e medico, all'aggiornamento dei LEA, la cui individuazione è ferma al D.P.C.M. 12 gennaio 2017. Tale aggiornamento è ormai divenuto indifferibile, in considerazione della più volte riconosciuta «primazia della tutela sanitaria» (sentenze n. 142 del 2021 e n. 62 del 2020), nonché della necessità di evitare che i cittadini residenti in regioni sottoposte a piano di rientro siano posti nella condizione di non poter usufruire di prestazioni – che, peraltro, ove finalizzate all'attività di prevenzione, sono, per loro natura, in grado di produrre, nel medio-lungo periodo, risparmi di spesa

scientifica e normativa. L'art. 8 del decreto LEA, rubricato "Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate", dispone, al comma 1, che «Il Servizio sanitario nazionale garantisce attraverso le farmacie convenzionate la fornitura dei medicinali appartenenti alla classe a) di cui all'art. 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537, la cui erogazione non sia affidata direttamente alle strutture sanitarie regionali» e, al comma 2, che «Attraverso le medesime farmacie sono inoltre assicurati i nuovi servizi individuati dai decreti legislativi adottati ai sensi dell'art. 11, comma 1, della legge 18 giugno 2009, n. 69, nel rispetto di quanto previsto dai piani regionali socio-sanitari e nei limiti delle risorse rese disponibili in attuazione del citato art. 11, comma 1, lettera e)». Come si vede tra i LEA garantiti attraverso le farmacie, oltre a essere ricompresa la classica attività di dispensazione dei farmaci, è prevista anche l'attività di erogazione dei servizi di cui alla *farmacia dei servizi*.

2.2. La giurisprudenza – sia costituzionale che comune – ha avuto un ruolo determinante al fine di meglio definire la posizione della *farmacia* nell'ordinamento e per esaltarne il diretto collegamento con la concreta tutela della salute.

La Corte costituzionale recentemente ha ribadito che le farmacie «erogano l'assistenza farmaceutica (art. 28 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 [...]), oggi ricompresa tra i livelli essenziali di assistenza ai sensi del d.P.C.m. 12 gennaio 2017 [...], e svolgono, dunque, un "servizio di pubblico interesse" (sentenza n. 312 del 1983; analogamente, sentenza n. 29 del 1957), preordinato al fine di "garantire la tutela del fondamentale diritto alla salute" [...] (sentenza n. 87 del 2006, confermata successivamente, tra le tante, dalla sentenza n. 216 del 2014)». La Corte ha sottolineato, inoltre, da un lato, che «I farmacisti titolari di farmacia, [...] sotto il profilo funzionale sono concessionari di un pubblico servizio (sentenza n. 448 del 2006; Corte di cassazione, sezioni unite civili, sentenza 24 novembre 2004, n. 22119)» e, dall'altro, che le farmacie «rientrano nell'ambito del

addirittura superiori all'immediato contenimento dei costi – rivelatesi essenziali alla luce di sopravvenute evidenze scientifiche, a garanzia delle quali il medesimo piano è sottoscritto». Già in precedenza (*ex multis* sent. 26 giugno 2002, n. 282) la Corte aveva affermato che la finalità dei LEA è quella di consentire al legislatore statale di assicurare a tutti i cittadini l'erogazione di determinate prestazioni, senza discriminazioni territoriali, in piena attuazione del principio di eguaglianza di cui all'art. 3 Cost.

servizio sanitario nazionale (SSN), di cui fanno parte (artt. 25 e 28 della legge n. 833 del 1978), e sono dislocate sul territorio secondo il sistema di pianificazione di cui alla legge 2 aprile 1968, n. 475 [...], il quale [...] è volto ad “assicurare l’ordinata copertura di tutto il territorio nazionale al fine di agevolare la maggiore tutela della salute dei cittadini” (sentenza n. 4 del 1996)»¹⁵.

La posizione della Corte costituzionale è confermata dalla giurisprudenza dei giudici comuni. Il Consiglio di Stato, in Adunanza plenaria, ha recentemente ricordato che sin dalle prime pronunce la Corte costituzionale ha ancorato il *diritto delle farmacie* all’art. 32 della Costituzione e alla tutela della salute. I Giudici di Palazzo Spada hanno poi sottolineato, da un lato, che le farmacie sono parte integrante del SSN, anche in considerazione della loro capillarità, e, dall’altro, che l’assistenza farmaceutica è compresa tra i livelli essenziali di assistenza: «All’indomani dell’istituzione del Servizio sanitario nazionale nel 1978 le farmacie [...] ne sono divenute parte integrante e costituiscono lo strumento attraverso il quale è erogata l’assistenza farmaceutica alla popolazione [...], in ragione della loro capillarità e del loro obbligo di erogare i farmaci agli assistiti ed a chiunque intenda acquistarli e di non interrompere lo svolgimento del servizio soggetto ad ampi poteri di vigilanza e di controllo dell’amministrazione (Corte cost., n. 87 del 2006; Cons. St., Ad. plen., n. 1 del 2000 e n. 5 del 2002)»¹⁶. A sua volta, la Suprema Corte di cassazione ha recentemente definito la farmacia «segmento di diretta articolazione del Servizio sanitario nazionale»¹⁷.

Emergono così le caratteristiche peculiari delle farmacie che di seguito si possono solo elencare:

i) le farmacie svolgono un servizio di pubblico interesse;

¹⁵ Corte cost., sent. n. 171/2022, cit. A commento di tale pronuncia, con accenti diversi, cfr. G. FARES, *Il c.d. diritto delle farmacie è presidio dell’art. 32 Cost.: nuove e significative conferme dalla Consulta*, in *Nomos*, 3, 2022, 1 ss.; V. CAMPIGLI, *Sul rapporto tra tutela della salute e libera iniziativa economica la Corte costituzionale non muta la propria posizione*, in *Giur. cost.*, 2, 2022, 1932 ss.; G. CARPANI – M.R. TEDESCO, *Ragionevolezza di una scelta contrastata: l’attribuzione alle sole farmacie della possibilità di eseguire test e tamponi Covid-19*, in *Corti supreme e salute*, 3, 2022, 549 ss.

¹⁶ Cons. Stato, Ad. plen., sent. 14 aprile 2022, n. 5; nello stesso senso, in precedenza, *ex multis*, Cons. Stato, Comm. Spec. ad. 22 dicembre 2017, par. 3 gennaio 2018, n. 69/2018: “la farmacia è qualificata come luogo a primaria vocazione pubblicistica a tutela della salute. Invero, le farmacie [...] integrano un’organizzazione strumentale di cui il servizio Sanitario [...] si avvale per l’esercizio del compito di servizio pubblico loro assegnato dal legislatore”.

¹⁷ Cass. civ., Sez. Un., 14 dicembre 2023, n. 35092.

- ii) le prestazioni che erogano – tutte le prestazioni – rientrano tra i LEA;
- iii) i farmacisti titolari di farmacia sono concessionari di pubblico servizio¹⁸;
- iv) le farmacie rientrano a pieno titolo nell'ambito del SSN, di cui sono diretta articolazione;
- v) il sistema di pianificazione che regola la dislocazione delle farmacie serve ad assicurare la copertura di tutto il territorio nazionale e, in ultima analisi, a una migliore tutela della salute in ogni contesto sociale;
- vi) le farmacie sono soggette a una serie di specifici obblighi¹⁹ e controlli

¹⁸ Sulla natura dell'atto con il quale è “concessa” la titolarità della sede farmaceutica e “autorizzata” l'apertura della farmacia si è a lungo divisa la dottrina, non aiutata peraltro da una certa imprecisione del linguaggio normativo, che a volte parla di autorizzazione altre di concessione.

Sostengono che si tratti di un servizio pubblico in regime concessorio, tra gli altri, A.M. SANDULLI, *Manuale*, cit., 988, il quale definisce il servizio farmaceutico «servizio privato sotto direzione pubblica»; V. RAGONESI, *Farmacie*, cit., 916, il quale muovendo dalla natura di pubblico servizio dell'attività farmaceutica per il cui esercizio lo Stato ha posto una rigida disciplina normativa, afferma che «con il provvedimento in questione non si rimuove un limite frapposto all'esercizio di un diritto preesistente ma si conferisce un diritto *ex novo*, quello cioè di esercitare un'attività professionale a favore di chi ne possiede i requisiti necessari»; G. CALANDRA, *Farmacia e farmacisti*, in *N.mo Dig. It.*, VII, 1961, 88 sg.; G. FERRARI, *Farmacie e farmacisti*, cit., 15, la quale, partendo dalla constatazione che l'art. 33 del d. lgs. n. 80 del 1998, annovera esplicitamente il servizio farmaceutico tra i “pubblici servizi”, ossia «tra le attività imprenditoriali assoggettate *naturaliter* alle determinazioni conformative e organizzative della competente pubblica Amministrazione», conclude nel senso che «le farmacie svolgono dunque un servizio pubblico in senso tecnico, quello sanitario, sulla base di regole pubblicistiche che costituiscono attuazione dell'art. 32 Cost. e che riguardano ogni aspetto della loro attività»; B.R. NICOLOSO, *L'evoluzione*, cit. 185.

Propendono invece per la natura autorizzatoria M.S. GIANNINI, *Le farmacie*, cit., 171; G. ABBAMONTE, *Iniziativa pubblica e privata nell'esercizio dell'attività farmaceutica*, in *Rass. Amm. Sanità*, 1962, 102; G. LANDI, *Farmacia*, cit., 840 sgg., specie 844, il quale afferma che «sembra da ritenere che il cosiddetto servizio farmaceutico sia un'attività, resa bensì al pubblico ed involgente interessi pubblici, ma di natura privata, cioè di regola un'attività con profili professionali ed imprenditoriali connessi, esercitata da soggetti privati, sotto vigilanza pubblica» e conclude nel senso che «il servizio farmaceutico (il cui interesse sociale è indiscutibile) è appunto un'attività economica privata “programmata” e “controllata”»; M. GOLA, *Farmacia e farmacisti*, in *Dig. disc. pubbl.*, VI, 1991

¹⁹ A mero titolo esemplificativo e non esaustivo, in capo alle farmacie gravano gli

che ne caratterizzano la spiccata funzione pubblicistica, anche limitando la libera iniziativa economica dei titolari di farmacia;

vii) le farmacie rappresentano il primo presidio di prossimità del SSN.

È tenendo a mente queste coordinate che, da un lato, si può e si deve rapportare la specifica disciplina del *diritto delle farmacie* con altre porzioni dell'ordinamento giuridico; dall'altro, si deve valutare la ragionevolezza dell'affidamento in esclusiva alle farmacie di determinate attività. Proprio in tale prospettiva, è convincente la giurisprudenza costituzionale che ha ritenuto esente da vizi la disciplina che esclude le c.d. parafarmacie²⁰ dalla

obblighi che di seguito si elencano senza pretesa di completezza (alcuni di questi sono disciplinati anche dalle singole leggi regionali sull'assistenza farmaceutica; qui, a mero titolo esemplificativo e per non appesantire eccessivamente il testo, si farà riferimento solo alla l. reg. Siciliana n. 15/1978 e alla l. reg. Lombardia n. 33/ 2009):

- posizionarsi esclusivamente all'interno della zona territoriale assegnata (artt. 1 e 2 l. n. 475/1968);
- esporre gli orari di apertura e chiusura, con un minimo di ore di apertura stabilite dalla legge o dall'Autorità sanitaria competente, l'art. 2 della l. reg. Siciliana n. 15/1978 e gli artt. 90 e 93 della l. reg. Lombardia n. 33/ 2009: ciascuna Regione disciplina il dettaglio di molti di questi obblighi) e di dare notificazione al prefetto dell'intenzione di sospendere l'esercizio (art. 119 del r.d. n. 1265/1934 – T.U.L.S.), obbligo che assicura la continuità territoriale e temporale del servizio (tanto perché l'utente non sia esposto al rischio di non trovare aperta la farmacia cui si indirizzi);
- garantire la continuità assistenziale festiva e notturna attraverso una turnazione che comunque assicuri il servizio in un contesto territoriale limitato (cfr. artt. 5, 6 e 7 l. reg. Siciliana n. 15/1978 e art. 91 l. reg. Lombardia n. 33/2009);
- programmare la chiusura per ferie, con necessaria approvazione del piano ferie da parte dell'Autorità sanitaria competente, sempre al fine di garantire la continuità assistenziale e di impedire la contestuale chiusura di farmacie contigue (cfr. art. 9 l. reg. Siciliana n. 15/1978 e art. 92 l. reg. Lombardia n. 33/2009);
- essere provviste delle sostanze medicinali prescritte come obbligatorie nella farmacopea ufficiale ed esporre al pubblico un esemplare della farmacopea (art. 123 del T.U.L.S.);
- conservare tutte le ricette mediche (art. 123 del T.U.L.S.);
- ricevere, a cadenza almeno biennale, l'ispezione ordinaria o straordinaria delle autorità sanitarie e di mantenere il registro delle ispezioni (art. 127 T.U.L.S.);
- pagare la tassa annuale di ispezione (art. 128 T.U.L.S.);
- esporre al pubblico le quote di partecipazione degli assistiti alla spesa farmaceutica (art. 5 della l. n. 484 del 1978);
- comunicare alla ASL l'assunzione degli addetti all'esercizio farmaceutico (art. 32 del r. d. n. 1076 del 1938, recante regolamento per il servizio farmaceutico).

²⁰ L'art. 5 del d.l. 4 luglio 2006, n. 223, ha consentito anche agli esercizi di vicinato denominati nel linguaggio comune "parafarmacie" di dispensare alcune limitate tipologie

vendita della maggior parte dei farmaci²¹ e dalla somministrazione (con valenza pubblica dei risultati) dei tamponi per il rilievo del COVID-19²². La Corte ha correttamente evidenziato, tra l'altro, che le parafarmacie non sono collegate al SSN in alcun modo (a differenza delle farmacie, che sono convenzionate con esso e ne sono considerate parte integrante); che le parafarmacie non sono assoggettate agli obblighi delle farmacie: per esempio, le parafarmacie sono libere di posizionarsi dove meglio credono in base a valutazioni meramente economiche; le farmacie sono invece

di farmaci senza obbligo di prescrizione medica (SOP e OTC), purché alla presenza di un farmacista abilitato alla professione.

²¹ Corte cost., sent. n. 216/2014, cit. Nello stesso senso, in precedenza, anche la Corte di giustizia UE nella sent. Sez. IV, 5 dicembre 2013, cause riunite da C-159/12 a C-161/12, *Venturini e al.* Con accenti diversi, alcuni AA. hanno criticato tale posizione. Cfr. P. LOGROSCINO – M. SALERNO, *La distribuzione dei farmaci tra libertà economiche e tutela della salute*, in *federalismi.it*, 7, 2019, i quali, anzitutto affermano – con riferimento alla sentenza della CGUE – che «l'argomento della rischiosità d'uso dei farmaci C con prescrizione appare più seducente che decisivo» (9); in secondo luogo, quanto alla sentenza costituzionale, che «non si può concordare con quanto sostenuto dalla Corte: il titolo di studio è sì il medesimo, ma per la responsabilità della farmacia esso deve essere doppiato da requisiti di qualificazione ulteriori. Sicché la differenza c'è» (11); sostengono, infine, che «da sentenza si limita a ritenere “non irragionevole” il sistema sottoposto al proprio giudizio», sicché nel caso di una modifica legislativa “andrebbe valutata alla luce del test di ragionevolezza al quale sinora la Corte costituzionale ha sottoposto la normativa sulla distribuzione dei farmaci, nel delicato equilibrio tra tutela della salute e libertà di iniziativa economica» (15). Più radicale la critica di L. CASSETTI, *La distribuzione del farmaco tra tutela della salute e (contrastate) aperture alla concorrenza*, in *Giur. cost.*, 2014, 3457 ss., la quale afferma, tra l'altro, che «Sul versante della distribuzione del farmaco, l'apertura del mercato avviata nel 2006 in favore degli imprenditori che intendevano investire nell'apertura di una parafarmacia è stata accompagnata da tutta una serie di vincoli e di obblighi che sono analoghi a quelli che gravano sulla farmacia tradizionale» e che mancherebbe «in questa parte della motivazione (fondata interamente ed esclusivamente sulla riproduzione di alcuni passi della giurisprudenza europea) lo svolgimento della questione di costituzionalità sollevata con riferimento alla eventuale violazione della libertà di impresa in regime di concorrenza garantita dall'art. 41 Cost. I giudici costituzionali non entrano nel merito della valutazione della eventuale proporzionalità e congruità del sacrificio imposto allo svolgimento dell'attività imprenditoriale della parafarmacia, che continua a distribuire farmaci di fascia C senza obbligo di prescrizione ma non può distribuire quelli che hanno avuto la mediazione del medico prescrittore, rispetto ad eventuali finalità sociali riconducibili alla tutela della salute alla quale sarebbe legata l'esigenza di continuare a garantire una distribuzione capillare del bene farmaco sul territorio nazionale».

²² Sent. n. 171/ 2022, cit.

vincolate dalla *pianta organica*, che garantisce la presenza capillare su tutto il territorio nazionale.

2.3. Uno degli elementi caratterizzanti il *diritto delle farmacie* è appunto la regolamentazione del numero e della localizzazione degli esercizi farmaceutici, tramite la c.d. “*pianta organica*” comunale delle farmacie.

La legge, infatti, stabilisce anzitutto che il numero delle farmacie sia rapportato al numero di abitanti di ciascun Comune. Oggi, a seguito della novella di cui al d.l. 24 gennaio 2012, n. 1, questo rapporto è stabilito in modo tale che vi sia una farmacia ogni 3.300 abitanti²³.

In secondo luogo, il territorio comunale è suddiviso in tante porzioni (la “*zona farmaceutica*”) quante sono le farmacie che spettano al Comune. In tal modo a ogni sede farmaceutica corrisponde una (e una soltanto) zona farmaceutica. Il titolare della sede farmaceutica, quindi, è (relativamente) libero di posizionarsi all’interno della sua zona²⁴, ma non può fuoriuscire dai confini della stessa.

Tale regolamentazione consente il dispiegarsi di quella che la Corte costituzionale, con locuzione elegante e particolarmente efficace, ha definito «*rete capillare delle farmacie*»²⁵, che si estende uniformemente su tutto il territorio nazionale, garantendo in tal modo a tutti i cittadini di

²³ L’art. 1, comma 2, della l. 2 aprile 1968, n. 475, come novellato dall’art. 11 del d.l. n. 1/2012 dispone ora che “*Il numero delle autorizzazioni è stabilito in modo che vi sia una farmacia ogni 3.300 abitanti*”; in precedenza era stabilito “*una farmacia ogni 5.000 abitanti nei comuni con popolazione fino a 12.500 abitanti e una farmacia ogni 4.000 abitanti negli altri comuni*”.

Deve precisarsi che accanto al c.d. criterio demografico, che è il criterio generale per l’apertura di nuove sedi farmaceutiche, vi sono altre due modalità in deroga: il c.d. criterio topografico, disciplinato dall’art. 104 del r. d. n. 1265/1934; le c.d. farmacie aggiuntive di cui all’art. 1-*bis* della l. n. 475/1968, istituite in determinati luoghi caratterizzati da un grande afflusso di soggetti non residenti.

²⁴ Il titolare di farmacia, in realtà, non è totalmente libero di posizionarsi all’interno della sua zona. Anzitutto, egli incontra il limite della distanza dalle altre farmacie già aperte (da calcolarsi per il percorso pedonale più breve), che non può essere inferiore a 200 metri. In secondo luogo, una parte della giurisprudenza ha affermato – forse interpretando in modo eccessivamente restrittivo l’art. 1, comma 7, della l. n. 475/1968 – che è la p.A. a dover autorizzare i trasferimenti all’interno della zona di pertinenza, valutando che siano soddisfatte le esigenze degli abitanti a una migliore assistenza farmaceutica (cfr., *ex multis*, Cons. Stato, Sez. III, 16 settembre 2014, n. 4705; Cons. Stato, Sez. V, 23 novembre 2010, n. 8147; Cons. Stato, Sez. IV, 12 dicembre 1997, n. 1414; TAR Lazio, Roma, Sez. II-*ter*, 3 ottobre 2008, n. 8760).

²⁵ Sent. 4 febbraio 2003, n. 27.

trovare una farmacia in un raggio sufficientemente limitato. È esperienza comune, infatti, che in ogni contesto geografico – nei quartieri centrali o periferici delle grandi città; in località montane o marine; in Comuni medi o piccoli; *etc.* – è agevole trovare una farmacia. Il legislatore intende così evitare, da un lato, che vi siano concentrazioni di farmacie in zone economicamente appetibili e, dall'altro, che vi sia assenza di farmacie nelle aree meno ricche, situazione che priverebbe gli abitanti di quei luoghi dell'assistenza farmaceutica. In buona sostanza, è proprio la programmazione delle farmacie a garantire in concreto il diritto alla salute dei cittadini assicurando, da un lato, la continuità territoriale e temporale del servizio e la più ampia e razionale copertura di tutto il territorio e, dall'altro, un determinato bacino d'utenza agli esercenti (elemento, quest'ultimo, ritenuto dalla Corte costituzionale rilevante per garantire l'altro e che però non sempre viene tenuto in conto dai critici del *diritto delle farmacie*). In questo senso si è espressa in modo molto netto sia la giurisprudenza costituzionale («la programmazione delle piante organiche delle sedi farmaceutiche è principalmente finalizzata proprio a garantire la più ampia e razionale copertura di tutto il territorio nell'interesse della salute dei cittadini. Allo stesso scopo la legge prevede altresì strumenti per adeguare periodicamente dette piante organiche ai mutamenti numerici della popolazione, nonché la rettifica topografica delle zone circoscrizionali delle sedi, anche con riguardo alla dislocazione degli insediamenti abitativi»²⁶) che la Corte di giustizia UE, la quale ha ritenuto che il sistema di contingentamento e programmazione delle sedi farmaceutiche (proprio di diversi Paesi dell'UE) non sia in contrasto con il diritto eurounitario: ciò è particolarmente rilevante, dato che il diritto eurounitario è focalizzato in modo

²⁶ Così nella sent. n. 4 del 1996; nello stesso senso, *ex multis*, sentt. nn. 103 del 1977, 393 e 589 del 1987, 27 e 275 del 2003, 87 e 448 del 2006, 76 del 2008, 216 del 2014, 66 del 2017, 171 del 2022. È interessante rilevare che qualche accenno a questa questione si trova già in una delle prime pronunce della Consulta: la Corte, dovendo decidere se la normativa speciale relativa alle farmacie (nel caso specifico l'art. 125 del TULS) violasse i principi costituzionali della libertà di impresa (art. 41 Cost.), ha affermato che tale normativa speciale risponde pienamente alla norma costituzionale dell'art. 32, che «tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività», definendo peraltro l'organizzazione del servizio farmaceutico come «servizio di pubblica necessità» (sent. n. 29 del 1957).

prioritario a tutela del libero mercato e del diritto alla concorrenza e la Corte di Giustizia ne è un'attenta custode²⁷.

In questa sede deve ribadirsi che la novella del 2012 non ha superato l'istituto della pianta organica, come pure subito dopo la sua approvazione era stato ventilato. Né appare persuasivo qualificare quella riforma come "liberalizzazione" del comparto delle farmacie²⁸. La giurisprudenza suc-

²⁷ La CGUE con riferimento al regime di pianificazione territoriale delle farmacie vigente in Italia, ha affermato che tale sistema, per costante giurisprudenza eurounitaria, "è in linea di principio att[o] a realizzare l'obiettivo di garantire alla popolazione un approvvigionamento di medicinali sicuro e di qualità", in quanto "può rivelarsi 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". In particolare, riconosce la Corte, "se non ci fosse alcuna regolamentazione, le farmacie potrebbero concentrarsi in località reputate attraenti, mentre in località meno attraenti si rischierebbe di non trovare un numero di farmacie sufficiente ad assicurare un servizio farmaceutico sicuro e di qualità" (sent. Sez. IV, 5 dicembre 2013, cause riunite da C-159/12 a C-161/12, *Venturini e al.*, §§ 46 sgg.). Già in precedenza la stessa Corte di Lussemburgo aveva affermato che le limitazioni alla possibilità di istituire liberamente delle farmacie sono pienamente legittime perché "possono essere giustificate dall'obiettivo di garantire alla popolazione una fornitura di medicinali sicura e di qualità". Più in particolare, la CGUE ha ricordato che "stabilimenti ed infrastrutture sanitarie possono essere oggetto di una pianificazione", che può altresì "comprendere una previa autorizzazione per l'installazione di nuovi prestatori di cure", se un tale sistema si riveli "indispensabile" a far sì che sia garantita un'assistenza sanitaria "adeguata alle necessità della popolazione, che copra tutto il territorio e tenga conto delle regioni geograficamente isolate o altrimenti svantaggiate". Quanto ai criteri usati generalmente per la pianificazione, quello demografico "può sortire l'effetto di canalizzare l'insediamento di farmacie verso parti del territorio nazionale dove l'accesso al servizio farmaceutico è lacunoso, poiché, impedendo ai farmacisti di impiantarsi in zone già dotate di un numero sufficiente di farmacie, li invita così a stabilirsi in zone nelle quali le farmacie scarseggiano", mentre quello geografico, a sua volta, mira ad impedire "una concentrazione all'interno di un'area geografica" che possa conseguire all'applicazione del solo criterio demografico (CGUE, sent. 1° giugno 2010, C-570/07, *Blanco Pérez e Chao Gómez*, § 64; le successive citazioni sono tratte dalla medesima sentenza, §§ 70, 77 e 79; dello stesso tenore l'ord. 6 ottobre 2010, C-563/08, *Carlos Sàez Sanchez e a.*, entrambe riferite all'ordinamento spagnolo. Nello stesso senso la sent. 13 febbraio 2014, C-367/12, *Sokoll-Seebacher*, per l'ordinamento austriaco, e le ordd. 17 dicembre 2010, C-217/09, *Maurizio Polissen e a.* e 29 settembre 2011, C-315/08, *Angelo Grisoli e a.*, per l'ordinamento italiano). Cfr. R. CIFARELLI, *Il servizio farmaceutico italiano di nuovo al vaglio della Corte di giustizia*, in *Giur. merito*, 7-8, 2012, 1694 ss.; A. MONICA, *Mercato farmaceutico e liberalizzazione della Fascia C: ancora un nulla di fatto. Analisi della recente giurisprudenza fino alla pronuncia della Corte di giustizia*, Cause riunite da C-159/12 a C-161/12, in *Riv. it. dir. pubbl. comun.*, 261 ss.

²⁸ M. CALABRÒ, *Linee evolutive del servizio di assistenza farmaceutica*, in *Riv. it. dir. pubbl.*

cessiva – costituzionale e comune – ha esplicitamente o implicitamente confermato la permanenza dell'istituto della pianta organica²⁹, che è di per sé incompatibile con ipotesi di *liberalizzazione* in senso proprio: difficilmente si può parlare di *liberalizzazione* se il numero degli esercizi farmaceutici è contingentato e ne è stabilita anche la zona di ubicazione. Ciò non sminuisce, ovviamente, l'importanza della riforma del 2012, anche in considerazione dell'eliminazione di alcuni obblighi precedentemente previsti in capo alle farmacie (come, ad esempio, con riferimento all'orario di apertura, che la novella ha previsto come orario minimo, lasciando ai titolari di farmacia la possibilità di prolungare l'orario oltre il minimo).

com., 2015, pp. 1243 sgg., parla di «dichiarato intento di liberalizzare» con riferimento al d. l. n. 1 del 2012. Parla di «una (molto) parziale liberalizzazione» con riferimento alle farmacie, L. DELLI PRISCOLI, *Il limite dell'utilità sociale nelle liberalizzazioni*, in *Giur. comm.*, 2014, 352 ss. Anche L. CASSETTI, *La distribuzione del farmaco*, cit., fa riferimento a forme di liberalizzazione. Per una più diffusa trattazione della questione sia consentito rinviare a P. CHIRULLI, *Farmacia*, cit., 316 ss.

P. LOGROSCINO – M. SALERNO, *La distribuzione*, cit., 40 ss., partendo dalla sent. CGUE, 19 ottobre 2016, causa C-148/15, *Deutsche Parkinson Vereinigung* relativa ai prezzi dei farmaci distribuiti *on line*, mettono in dubbio la perdurante validità dell'argomento che la liberalizzazione del settore porterebbe una penuria di farmacie nelle zone non redditizie; gli AA. propongono che il sostegno alle farmacie svantaggiate potrebbe essere sostituito da incentivi o altre misure di sostegno economico, avvertendo, però, che tali misure dovrebbero «comunque rispettare il principio di proporzionalità e non andare oltre l'obiettivo di garantire la necessaria e appropriata remunerazione all'attività economica al fine di evitare che possa delocalizzarsi» (41). Propongono, in alternativa, che nelle zone meno appetibili si possa dare in gestione le farmacie a soggetti pubblici.

²⁹ Cfr. Corte cost., sentt. n. 171/2022 cit., 216/2014 cit., 255/2013. La sent. Cons. Stato, Sez. III, 31 maggio 2013, n. 2990, fu la prima a riaffermare chiaramente la persistenza della pianta organica dopo il d.l. n. 1 del 2012. Cfr. recentemente, *ex multis*, Cons. Stato, Sez. IV, Sentenza, 20 novembre 2025, n. 9068; Cons. Stato, Sez. III, 7 novembre 2025, n. 8691; Cons. Stato, Sez. III, 7 maggio 2025, n. 3872; T.A.R. Campania Napoli, Sez. IX, 17 novembre 2025, n. 7443; T.A.R. Emilia-Romagna, Parma, Sez. I, 17 novembre 2025, n. 489.

Deve rilevarsi che da ultimo Cons. Stato, Sez. III, 11 febbraio 2026, n. 1111, lungi dall'affermare il superamento della *pianta organica* (come pure qualche osservatore aveva ritenuto), sembra piuttosto sostenere che i confini della zona spettante a ogni singola farmacia non siano definiti con l'indicazione precisa di tutte le strade perimetrali. Ciò, comunque, può determinare incertezze nel caso in cui una farmacia decida di spostarsi in zone di confine con altre sedi che possano essere di incerta attribuzione. In tal caso sarà il giudice amministrativo a dover risolvere in concreto la vicenda, esattamente come accaduto nel caso de quo.

3. *La farmacia dei servizi*

Per rafforzare il ruolo dell'assistenza territoriale, il legislatore ha individuato nella farmacia lo strumento più adeguato all'erogazione di numerosi e diversi servizi: nasce così la *farmacia dei servizi*³⁰. L'art. 11 della l. 18 giugno 2009, n. 69, ferme restando le competenze regionali, ha delegato il Governo ad adottare «uno o più decreti legislativi finalizzati all'individuazione di nuovi servizi a forte valenza socio-sanitaria erogati dalle farmacie pubbliche e private nell'ambito del Servizio sanitario nazionale», fissando diversi principi e criteri direttivi³¹. In attuazione di tale delega è stato approvato il d.lgs. 3 ottobre 2009, n. 153, con il quale si è provveduto alla definizione dei «nuovi compiti e funzioni assistenziali delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale» (così l'art. 1, comma 1). Il successivo comma 2 del medesimo articolo 1 stabilisce «I nuovi servizi assicurati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto di quanto previsto dai Piani socio-sanitari regionali e previa adesione del titolare della farmacia»³².

³⁰ Sulla *farmacia dei servizi*, *ex multis*, cfr. L. CORRADETTI, *La farmacia dei servizi: un presidio sociosanitario di prossimità in divenire*, in *federalismi.it*, 24, 2004, 256 ss.; P. Di Lallo, *La farmacia alla prova del tempo e del diritto*, in *Riv. it. med. leg.*, 3-4, 2024, 463 ss.; M. LA ROCCA, *La farmacia dei servizi*, in *Giustamm*, 2014; P.I. D'ANDREA, *La Farmacia dei servizi arriva alla Corte costituzionale*, in *Oss. cost.*, 2, 2018; P. CHIRULLI, *Farmacia*, cit., 322 ss.;

³¹ Tra questi: «c) realizzare, nel rispetto di quanto previsto dai singoli piani regionali socio-sanitari, campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, anche effettuando analisi di laboratorio di prima istanza nei limiti e alle condizioni stabiliti con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, restando in ogni caso esclusa l'attività di prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe;

d) consentire, nel rispetto di quanto previsto dai singoli piani regionali socio-sanitari, la prenotazione in farmacia di visite ed esami specialistici presso le strutture pubbliche e private convenzionate, anche prevedendo la possibilità di pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e di ritiro del referto in farmacia;

e) prevedere forme di remunerazione delle attività di cui al presente comma da parte del Servizio sanitario nazionale entro il limite dell'accertata diminuzione degli oneri derivante, per il medesimo Servizio sanitario nazionale, per le regioni e per gli enti locali, dallo svolgimento delle suddette attività da parte delle farmacie, e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica; [...].».

³² Il d.lgs. n. 153/2009 reca «Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie

In attuazione della disciplina primaria sono stati adottati due decreti

nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69». Oggi, a seguito delle numerose novelle susseguitesì, l'ultima delle quali ad opera dell'art. 60 della l. 2 dicembre 2025, n. 182 (le altre disposte dall'art. 1, comma 420, della l. 30 dicembre 2020, n. 178 e dall'art. 2, comma 8-*bis*, d.l. 24 marzo 2022, n. 24, convertito, con modificazioni, in l. 19 maggio 2022, n. 52), i nuovi servizi, tra l'altro, «concernono:

- a) la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti o domiciliati nel territorio della sede di pertinenza di ciascuna farmacia, a supporto delle attività del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, a favore dei pazienti che risiedono o hanno il proprio domicilio nel territorio di competenza, attraverso: [...]
- 3) la dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci e dei dispositivi medici necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;
- 4) la messa a disposizione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per la effettuazione, a domicilio, di specifiche prestazioni professionali richieste dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta, fermo restando che le prestazioni infermieristiche o fisioterapiche che possono essere svolte presso la farmacia, sono limitate a quelle di cui alla lettera d) e alle ulteriori prestazioni, necessarie allo svolgimento dei nuovi compiti delle farmacie, individuate con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano; [...]
- c) la erogazione di servizi di primo livello, attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolti alla popolazione generale ed ai gruppi a rischio e realizzati a livello nazionale e regionale, ricorrendo a modalità di informazione adeguate al tipo di struttura e, ove necessario, previa formazione dei farmacisti che vi operano;
- d) la erogazione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti, in coerenza con le linee guida ed i percorsi diagnostico-terapeutici previsti per le specifiche patologie, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, anche avvalendosi di personale infermieristico, prevedendo anche l'inserimento delle farmacie tra i punti forniti di defibrillatori semiautomatici;
- e) l'effettuazione, presso le farmacie, nell'ambito dei servizi di secondo livello di cui alla lettera d), di prestazioni analitiche di prima istanza, nei limiti e alle condizioni stabiliti con decreto di natura non regolamentare del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, restando in ogni caso esclusa l'attività di prescrizione e diagnosi, nonché il prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe o dispositivi equivalenti; [...]

del Ministro della Salute in data 16 dicembre 2010, l'uno recante «Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali» (in G.U. 19 aprile 2011, n. 90), l'altro «Disciplina dei limiti e delle condizioni delle prestazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera *e*), e per le indicazioni tecniche relative ai dispositivi strumentali ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera *d*) del decreto legislativo n. 153 del 2009» (in G.U. 10 marzo 2011, n. 57)³³.

- e-*ter*) l'effettuazione presso le farmacie da parte di un farmacista di test diagnostici che prevedono il prelievo di sangue capillare;
- e-*quater*) la somministrazione presso le farmacie, da parte di farmacisti opportunamente formati a seguito del superamento di specifico corso abilitante e di successivi aggiornamenti annuali, organizzati dall'Istituto superiore di sanità, di vaccini individuati dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale nei confronti dei soggetti di età non inferiore a dodici anni, nonché l'effettuazione di test diagnostici che prevedono il prelievamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo, da effettuare in aree, locali o strutture, anche esterne, dotati di apprestamenti idonei sotto il profilo igienico-sanitario e atti a garantire la tutela della riservatezza. Le aree, i locali o le strutture esterne alla farmacia devono essere compresi nella circoscrizione farmaceutica prevista nella pianta organica di pertinenza della farmacia stessa;
- e-*quinquies*) l'effettuazione da parte del farmacista di test diagnostici decentrati, a supporto del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta ai fini dell'appropriatezza prescrittiva, per il contrasto all'antibiotico-resistenza;
- e-*sexies*) l'effettuazione da parte del farmacista, nei limiti delle proprie competenze professionali, dei servizi di telemedicina nel rispetto dei requisiti funzionali e dei livelli di servizio indicati nelle linee guida nazionali;
- e-*septies*) l'esecuzione in farmacia, da parte di personale abilitato, di test di screening per l'individuazione del virus dell'epatite C;
- f) la effettuazione di attività attraverso le quali nelle farmacie gli assistiti possano prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, e provvedere al pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino, scegliere il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta tra quelli convenzionati con il servizio sanitario regionale, nonché ritirare i referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate; [...].».

³³ I decreti ministeriali attuativi sono stati a suo tempo impugnati innanzi il Giudice amministrativo da alcuni ambulatori e dalle associazioni rappresentative, i quali ritenevano che la *farmacia dei servizi* invadesse loro prerogative, ma tutti i ricorsi sono stati respinti. A mero titolo esemplificativo e senza alcuna pretesa di completezza si possono ricordare i seguenti giudizi instaurati innanzi il TAR Lazio:

La disciplina – primaria e secondaria – della *farmacia dei servizi* regola-
menta un *bouquet* eterogeneo di servizi. In particolare, volendo in qualche
modo classificarli, abbiamo:

- i) servizi più strettamente legati alla tradizionale funzione di dispensa-
zione del farmaco: farmacovigilanza; collaborazione con i medici di
medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS); distri-
buzione a domicilio dei farmaci; preparazione e distribuzione di
preparati “galenici” e di “*miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali
antidolorifici*”; dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei far-
maci a distribuzione diretta;
- ii) coinvolgimento di altri professionisti (infermieri; fisioterapisti, etc.)
che utilizzano i locali messi a disposizione dalla farmacia per poter
svolgere la propria attività;
- iii) erogazione di servizi c.d. di secondo livello, che necessitano di una
specificata attività da parte del farmacista in “ausilio attivo” al paziente,
anche con l'utilizzo di strumentazione *ad hoc* messa a disposizione
dalla farmacia (si pensi alla somministrazione di tamponi e vaccini;
elettrocardiogramma e holter pressorio in modalità telemedicina; test
diagnostici decentrati per il contrasto all'antibiotico-resistenza, etc.),
nonché «test diagnostici che prevedono il prelievo di sangue capilla-
re»;
- iv) attività di semplice ausilio a prestazioni analitiche di prima istanza
(trigliceridi; colesterolo; etc.) con strumentazione messa a disposizio-
ne dalla farmacia, da non confondersi con quelle precedenti: qui il

-
- ricorso proposto da S.I.M.F.E.R. – Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa e S.I.M.M.Fi.R. – Sindacato Italiano Medici di Medicina Fisica e Riabilitazione contro il d.m. 16 dicembre 2010, definito nel senso del rigetto prima con sentenza TAR Lazio, Roma, Sez. III-*Quater*, 20 febbraio 2012, n. 1704 e poi concluso con sent. Cons. Stato, Sez. III, 4 gennaio 2021, n. 111, cit., che ha respinto l'appello;
 - ricorso proposto da URSAP – Unione Regionale Sanità Privata e altri, avverso il d.m. 16 dicembre 2010, definito nel senso del rigetto con sent. TAR Lazio, Roma, Sez. III-*Quater*, 22 febbraio 2012, n. 1792;
 - ricorso proposto da SNABILP Sindacato Nazionale Biologi Liberi Professionisti – FEDERBIOLOGI avverso il d.m. 16 dicembre 2010, che i ricorrenti non hanno poi inteso coltivare (giudizio dichiarato perento con decreto presidenziale 19 dicembre 2017, n. 8251);
 - ricorso proposto dal Consiglio Nazionale dei Chimici avverso il d.m. 16 dicembre 2010, respinto con sent. TAR Lazio, Roma, Sez. III-*Quater*, 22 febbraio 2012, n. 1814.

farmacista svolge solo un ruolo di supporto, nelle altre il suo ruolo è maggiormente attivo;

- v) attività di collaborazione con le altre strutture del SSN: prenotazioni per visite ambulatoriali; partecipazione a programmi di educazione sanitaria; indicazione della scelta del MMG e del PLS, *etc.*

Da quanto osservato *supra*, può rilevarsi che la *ratio* della *farmacia dei servizi* si basa essenzialmente su due pilastri, tra loro strettamente collegati:

- i) la qualità e peculiare affidabilità del servizio che le farmacie offrono, in quanto «*segmento di diretta articolazione del Servizio sanitario nazionale*»: rileva qui lo stabile legame tra farmacia e SSN derivante dalla Convenzione nazionale, nonché i numerosi obblighi che incombono sulla farmacia;
- ii) la capillarità della loro presenza sul territorio, grazie all'istituto della pianta organica: le farmacie presidio di prossimità del SSN (spesso *unico* presidio, in special modo nelle località meno abitate o più remote) garantiscono in concreto l'erogazione di tali servizi su tutto il territorio nazionale. La stessa Corte costituzionale ha sottolineato il profondo e significativo collegamento fra la capillarità della presenza delle farmacie e la c.d. *farmacia dei servizi*³⁴.

Come si vede la novità è rilevante: la farmacia, che sino ad allora era percepita come luogo dove venivano esclusivamente dispensati farmaci, si trasforma in qualcosa di più completo, un vero presidio di tutela della salute a tutto tondo, che abbraccia uno spettro di attività ben più ampio.

Come ha efficacemente affermato la Corte costituzionale, «Con questa riforma, l'attività svolta dalle farmacie non è più ristretta alla distribuzione di farmaci o di prodotti sanitari, ma si estende alla prestazione di servizi»³⁵. Anche il Consiglio di Stato ha ben evidenziato la trasformazione della farmacia conseguente alla novella legislativa: «È evidente come, per effetto del delineato quadro normativo [la l. 18 giugno 2009, n. 69 e il d.lgs. 3 ottobre 2009, n. 153], si sia consumata una profonda transizione

³⁴ La Corte, nella già richiamata sent. n. 171/2022, afferma, infatti, che «È anche in ragione di questa diffusione sull'intero territorio nazionale delle farmacie – frutto dell'applicazione del criterio del contingentamento nella determinazione del numero delle sedi farmaceutiche – che il legislatore delegato, con il decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 [...], ha previsto che, in aggiunta all'assistenza farmaceutica, “nuovi servizi a forte valenza socio-sanitaria [siano] erogati dalle farmacie pubbliche e private nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale”».

³⁵ Sent. n. 66/2017, cit., sulla quale v. P.I. D'Andrea, *La Farmacia dei servizi*, cit.

del ruolo della farmacia da una (più tradizionale) attività di mera distribuzione di prodotti (lato sensu) farmaceutici, verso un ruolo di erogazione di prestazioni e servizi, comunque teleologicamente preordinati ad assicurare la somministrazione di interventi connessi con la tutela della salute (ma, rispetto alla precedente conformazione, «delocalizzati» ed insediati anche in ambiente farmaceutico)»³⁶.

4. *La farmacia dei servizi: le risorse e la sperimentazione*

Per dare concreto impulso e piena attuazione alla *farmacia dei servizi*, nel 2017 il legislatore ha stabilito che «per il triennio 2018-2020, è avviata, in nove regioni, una sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali previste dall'articolo 1 del citato decreto legislativo n. 153 del 2009, erogate dalle farmacie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale»³⁷. In buona sostanza, la l. n. 205/2017 ha previsto, anche se solo in via sperimentale, di stanziare delle risorse del SSN per l'erogazione di servizi rientranti nel novero della *farmacia dei ser-*

³⁶ Cons. Stato, Sez. II, 4 gennaio 2021, n. 111.

³⁷ La l. 27 dicembre 2017, n. 205, all'art. 1 così stabiliva: i) «Al fine di consentire l'attuazione delle disposizioni del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, concernente i nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, per il triennio 2018-2020, è avviata, in nove regioni, una sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali previste dall'articolo 1 del citato decreto legislativo n. 153 del 2009, erogate dalle farmacie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, nei limiti dell'importo di cui al comma 406» (comma 403);

ii) «Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuate nove regioni, di cui tre per l'anno 2018, ulteriori tre per l'anno 2019 e ulteriori tre per l'anno 2020, in cui avviare la sperimentazione prevista dal comma 403, tenendo conto dell'esigenza di garantire la rappresentatività delle aree geografiche del nord, del centro e del sud del territorio nazionale» (comma 404);

iii) «La sperimentazione di cui al comma 403 è sottoposta a monitoraggio da parte del Comitato paritetico e del Tavolo tecnico di cui, rispettivamente, agli articoli 9 e 12 dell'intesa stipulata il 23 marzo 2005 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di verificarne le modalità organizzative e gli impatti nonché di valutarne un'eventuale estensione sull'intero territorio nazionale, fermo restando quanto disposto dal decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153» (comma 405).

vizi. Sino ad allora, infatti, i costi dei servizi erogati dalle farmacie erano a carico degli utenti. Successivamente la sperimentazione è stata prorogata negli anni successivi.

In attuazione di quanto stabilito dalla l. n. 205/2017, è stato siglato in data 17 giugno 2019 apposito Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, con il quale sono state, da un lato, individuate le nove Regioni interessate alla prima fase della sperimentazione e, dall'altro, sono state approvate le *Linee di indirizzo per la sperimentazione dei nuovi servizi nella farmacia di comunità*³⁸.

5. *La farmacia dei servizi: il consolidamento normativo e giurisprudenziale.*

Com'è noto, ulteriore e decisivo impulso alla *farmacia dei servizi* è venuto dalla pandemia da COVID-19. In quell'occasione le farmacie hanno collaborato attivamente con gli altri operatori sanitari al fine di contenere il contagio e garantire in ogni caso alla popolazione sia la dispensazione dei farmaci sia ulteriori servizi. Si è confermata la differenza con altri esercizi, come le parafarmacie: solo le farmacie, infatti, in virtù del loro diretto collegamento con il SSN e la qualifica di pubblico servizio, avevano l'obbligo di continuare a svolgere la propria attività; solo alle farmacie è stato riservato il compito di somministrare i tamponi per il COVID-19 con valenza esterna del risultato³⁹.

³⁸ Nelle suddette *Linee guida 2019* si afferma chiaramente, in premessa, che:

- i) «la farmacia di Comunità, intesa come *Presidio sociosanitario polivalente*, assolve appieno alle necessità della popolazione aumentando la fruibilità dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)»;
- ii) «Il nuovo ruolo affidato alle Farmacie di Comunità richiederà al farmacista lo sviluppo di competenze trasversali acquisite con una formazione professionale, all'interno della programmazione strategica del sistema salute, mirata a dare impulso alla qualificazione dell'offerta di nuovi servizi sociosanitari»;
- iii) la complessiva disciplina sulla farmacia dei servizi ha «formalizzato e rafforzato il ruolo della Farmacia intesa non solo come luogo specifico e privilegiato di erogazione dei farmaci, ma anche come *Centro sociosanitario polifunzionale* a servizio della comunità nonché come punto di raccordo tra Ospedale e territorio e *front office* del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)».

³⁹ La più volte richiamata sent. n. 171/2022 della Corte costituzionale deriva proprio dalla pretesa delle parafarmacie di somministrare i tamponi per il COVID-19

Due ulteriori provvedimenti segnano il consolidamento della *farmacia dei servizi* nell'ordinamento:

- i) anzitutto, il d.m. 23 maggio 2022, n. 77 (“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”) ha ribadito lo stretto collegamento tra capillarità delle farmacie, necessità di un primo presidio di prossimità del SSN e sviluppo dell’assistenza territoriale, anche tramite l’erogazione di servizi specifici⁴⁰;
- ii) la nuova Convenzione farmaceutica, approvata in data 6 marzo 2025 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano⁴¹. Il Capo III del Tito-

con valenza esterna del risultato, che l’art. 1, commi 418 e 419, l. 30 dicembre 2020, n. 178, riservava alle sole farmacie. La Corte ha dichiarato non fondata la q.l.c. sollevata dal TAR Marche.

⁴⁰ L’All. 1 al suddetto decreto ministeriale dedica ampio spazio alle farmacie quali gangli dell’assistenza territoriale. Al par. 2, si premette in via generale che «Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) [...] si basa su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità. Il perseguimento di questi principi richiede un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone. In tale ottica e contesto si inserisce la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale» e che «L’Assistenza Primaria rappresenta la prima porta d’accesso ad un servizio sanitario. Essa rappresenta infatti l’approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società». Tanto premesso, si afferma, poi, in particolare, che «In questo ambito le farmacie convenzionate con il SSN ubicate uniformemente sull’intero territorio nazionale, costituiscono presidi sanitari di prossimità e rappresentano un elemento fondamentale ed integrante del Servizio sanitario nazionale. In particolare, la rete capillare delle farmacie convenzionate con il SSN assicura quotidianamente prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza: in tale ambito vanno inquadrare la dispensazione del farmaco, per i pazienti cronici la possibilità di usufruire di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, la farmacovigilanza, le attività riservate alle farmacie dalla normativa sulla c.d. “Farmacia dei Servizi” (D. Lgs. 153/2009) e l’assegnazione delle nuove funzioni tra le quali le vaccinazioni anti-Covid e antinfluenzali, la somministrazione di test diagnostici a tutela della salute pubblica. Quanto appena descritto, circa le attività svolte dalle farmacie, si innesta integralmente con le esigenze contenute nel PNRR riguardanti l’assistenza di prossimità, l’innovazione e la digitalizzazione dell’assistenza sanitaria».

⁴¹ In sede di Conferenza permanente Stato-Regioni è stata sancita “Intesa, ai sensi dell’articolo 5, comma 6, dell’accordo Stato-regioni del 5 dicembre 2013, Rep. atti n.

lo II, rubricato «Farmacia dei servizi», ha ulteriormente valorizzato l'erogazione di servizi da parte delle farmacie, in considerazione del fatto che «la dislocazione capillare sul territorio e la relazione diretta con il cittadino caratterizzano fortemente il ruolo della farmacia come presidio sanitario all'interno della rete dei servizi del SSN» (art. 18).

Deve ora darsi conto del contenzioso amministrativo che si è venuto a creare nel corso della fase attuativa della sperimentazione della *farmacia dei servizi*. Era in capo alle Regioni disciplinare in concreto le attività da svolgere nell'ambito della sperimentazione e molti provvedimenti regionali sono stati impugnati innanzi i relativi TAR da ambulatori e laboratori di analisi, unitamente alle loro organizzazioni rappresentative.

Il *leit motiv* dei ricorsi, in estrema sintesi, è, da un lato, che le farmacie non potrebbero erogare determinati servizi perché altrimenti si sovrapporrebbero alle attività dei ricorrenti. In secondo luogo, per svolgere quei servizi le farmacie avrebbero dovuto seguire la trafila di cui agli artt. 8-*bis* sgg. del d.lgs. n. 502/1992 (autorizzazione – accreditamento – convenzionamento) che – sola – consentirebbe agli ambulatori e ai laboratori di analisi di ottenere il rimborso delle loro prestazioni da parte del SSN.

Queste tesi non sembrano tenere nel debito conto le peculiarità delle farmacie e il loro particolare rapporto con il SSN.

Anzitutto, come abbiamo già visto, l'obiettivo principale della *farmacia dei servizi* è quello di integrare la rete delle farmacie nell'ambito delle attività sul territorio del SSN, sulla base di nuove funzioni assistenziali erogate: la *farmacia dei servizi* è oramai un perno centrale ed elemento fondamentale e integrante della complessiva assistenza sanitaria erogata dal SSN in quanto vero e proprio *presidio di prossimità* dello stesso.

In secondo luogo, le farmacie hanno uno specifico regime concessorio e sono direttamente e stabilmente legate al SSN in forza della Convenzione nazionale alla quale devono necessariamente aderire per poter svolgere la loro attività. Lo specifico regime concessorio copre tutte le attività che si svolgono in farmacia, ivi comprese quelle legate alla *farmacia dei servizi*. Di conseguenza, la pretesa di applicare alle farmacie la disciplina approntata per altri soggetti e che prevede la scansione autorizzazione –

164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private di cui all'articolo 8, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" (Rep. atti n. 35/CSR del 6 marzo 2025), pubblicata in G.U. – Serie generale, Supplemento ordinario n. 7, del 19 marzo 2025.

accreditamento è errata: in capo alle farmacie sussistono tutta una serie di specifici obblighi che gravano sul loro assetto organizzativo e condizionano direttamente la qualità e l'affidabilità del loro servizio.

Infine, non c'è alcuna violazione del principio di concorrenza, né del principio di eguaglianza, in quanto, da un lato, il farmacista è di mero ausilio e supporta l'utente nell'utilizzo del dispositivo medico specifico per l'esame che deve svolgere e, dall'altro, al farmacista è esplicitamente inibita l'attività di refertazione e diagnosi.

I giudizi di primo grado si sono conclusi con il sostanziale rigetto dei ricorsi⁴², con sentenze sostanzialmente sovrapponibili tra loro (nel caso della Campania e della Sicilia, è stato accolto solo il motivo di ricorso relativo alla possibilità di utilizzare locali esterni alla farmacia). I Giudici amministrativi hanno valorizzato le peculiarità del *diritto delle farmacie*, in generale, e della *farmacia dei servizi*, in particolare, affermando chiaramente che «La c.d. “Farmacia dei servizi” rappresenta una ulteriore fase nell'ambito del processo che ha visto nel tempo mutare il ruolo delle farmacie, le quali, oltre a quello tradizionale di distribuzione di prodotti farmaceutici, hanno assunto quello nuovo di erogazione di prestazione e servizi sanitari»⁴³. Come si vede il Giudice amministrativo colloca perfettamente la *farmacia dei servizi* nell'ambito della complessiva attività delle farmacie, da tener distinta da quella di altri operatori, come ambulatori e laboratori di analisi.

5.1. Recentemente la *farmacia dei servizi* è stata oggetto di ulteriore disciplina, con misure che appaiono in qualche modo contraddittorie.

L'art. 60 della l. 2 dicembre 2025, n. 182, ha anzitutto novellato, come abbiamo già visto, il d.lgs. n. 153/2009, inserendo ulteriori servizi

⁴² Di seguito si riportano gli estremi delle sentenze dei giudizi conclusi:

- TAR Campania, Napoli, Sez. I, 14 novembre 2024, n. 6226 (pende l'appello innanzi il Consiglio di Stato);
- TAR Sicilia, Palermo, Sez. I, sentt. 22 aprile 2025, nn. 881, 882, 883, 884, 885 (la nota dell'Assessorato della Salute – Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica della Regione Siciliana prot. n. 22991 del 14/05/2024 era stata impugnata con distinti ricorsi da diversi ambulatori e laboratori);
- TAR Lazio, Roma, Sez. III-*Quater*, 15 dicembre 2025, n. 22621 e 22623;
- TAR Lombardia, Milano, Sez. V, 22 dicembre 2025, n. 4247.

⁴³ Così TAR Lazio, Roma, n. 22623/2025, cit., ma tale statuizione si ritrova nelle altre pronunce indicate alla nota precedente.

da erogare in farmacia. Tuttavia, ha stabilito, al comma 2, che alcune delle prestazioni erogate in farmacia (quelle di cui alle lett. da *e-quater*) a *e-septies*) dell'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 153/2009) «sono a carico degli utenti». Come si vede, il legislatore, da un lato, fa un passo in avanti, ampliando il numero di prestazioni da erogare in farmacia; dall'altro sembra fare un passo indietro, stabilendo che alcune di queste prestazioni particolarmente significative debbano essere remunerate dagli utenti e non dal SSN. È interessante notare che tra queste vi sono i servizi diagnostici in telemedicina, che erano tra i servizi che avevano provocato il recente contenzioso di cui si è dato conto subito *supra*.

La *farmacia dei servizi* è quindi ora “stabilizzata”. In ogni caso, per il futuro sarà necessario valutare adeguatamente le concrete modalità – a regime – dell'erogazione dei servizi, al fine di verificare se sia tutelato al meglio il diritto alla salute dei cittadini.

I successivi commi 3 e 4 dell'art. 60 della l. n. 182/2025 consentono di utilizzare per l'erogazione dei servizi anche locali esterni a quelli della farmacia. In tal caso, però, l'utilizzo di tali locali deve essere autorizzata dall'amministrazione sanitaria territorialmente competente. Il successivo comma 6, peraltro, dispone che più farmacie possano usare congiuntamente i locali esterni per l'erogazione dei servizi.

Il comma 5, infine, stabilisce tra l'altro che «al fine di consentire ai cittadini un'immediata identificazione dei servizi sanitari offerti nei locali di cui al comma 3, i soggetti titolari di farmacia appongono presso i locali stessi, oltre alla croce verde identificativa della farmacia, un'insegna riportante la denominazione “Farmacia dei servizi”». Questa insegna identificativa è molto importante per il riconoscimento immediato da parte degli utenti della possibilità di ricevere in una farmacia determinati servizi.

In conclusione, il cammino per la progressiva affermazione della *farmacia dei servizi*, iniziato senza risorse nel 2009, a oggi vede il suo punto d'arrivo nella l. 30 dicembre 2025, n. 199 (legge di Bilancio 2026), che all'art. 1, comma 351, dispone, tra l'altro, che «i servizi resi dalle farmacie ai sensi del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, sono stabilmente integrati nel Servizio sanitario nazionale». Quel che colpisce è il lemma “*stabilmente*”: sembra che il legislatore, conscio del precedente dibattito tra gli operatori e della giurisprudenza maturatasi sul punto, abbia voluto superare la sperimentazione avviata nel 2017 e, quindi,

rafforzare ulteriormente il rapporto quasi organico delle farmacie aperte al pubblico (siano esse di proprietà pubblica o di proprietà privata) con il SSN⁴⁴.

⁴⁴ Alla farmacia dei servizi sono dedicati i commi da 351 a 356 dell'art. 1 della l. n. 199 del 2025. Essi dispongono quanto segue:

- «*In attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 406-bis, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, e tenuto conto dell'esito della relativa sperimentazione da comunicare da parte del Ministero della salute, i servizi resi dalle farmacie ai sensi del decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, sono stabilmente integrati nel Servizio sanitario nazionale. Le farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale sono riconosciute come strutture eroganti prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, anche in sinergia con gli altri professionisti sanitari. Per le ulteriori prestazioni assistenziali eventualmente da erogare da parte delle farmacie convenzionate con il Servizio sanitario nazionale rispetto a quanto disciplinato dall'articolo 18 dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private ai sensi dell'articolo 8, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, di cui all'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sancita il 6 marzo 2025, il Ministero della salute adotta apposite linee guida al fine di definire i requisiti per lo svolgimento delle predette prestazioni, in particolare con riferimento ai requisiti delle farmacie che operano in contesti decentrati, di disagio e di ruralità*» (comma 351);

- Il comma successivo finanzia con una dotazione annuale a partire dal 2026 l'erogazione dei servizi erogabili in farmacia e oramai stabili: «Per le finalità di cui al comma 351, nell'ambito del fabbisogno sanitario nazionale standard è vincolata una quota pari a 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026, al cui riparto si provvede in sede di riparto del complessivo fabbisogno sanitario nazionale standard dell'anno di riferimento» (comma 352);

- «La remunerazione dei servizi di cui al comma 351 è definita nell'ambito degli accordi integrativi regionali, dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, all'esito delle negoziazioni con le organizzazioni di categoria maggiormente rappresentative delle farmacie, sulla base di quanto stabilito dal citato accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private ai sensi dell'articolo 8, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nei limiti dell'importo di cui al comma 352 del presente articolo» (comma 353);

- «Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano rendicontano al Ministero della salute, entro il 30 giugno di ogni anno, l'utilizzo delle risorse e i volumi di attività erogati nel corso dell'anno precedente, anche ai fini della verifica degli impatti organizzativi ed economici dei servizi resi dalle farmacie» (comma 354);

- il comma 355 apporta modifiche all'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992, che, come abbiamo visto, disciplina il rapporto convenzionale tra farmacie e SSN;

- infine, il comma 356 delega il MEF all'adozione di un decreto per disciplinare, con specifico riferimento ai servizi qui in discussione, «le modifiche alle procedure delle prescrizioni mediche dematerializzate nell'ambito del Sistema tessera sanitaria, nonché delle relative erogazioni, fatte salve le modalità già operative per l'assistenza farmaceutica,

Abstract

Il lavoro descrive la trasformazione della *farmacia* da struttura vocata esclusivamente alla dispensazione dei farmaci a presidio di prossimità del Servizio Sanitario Nazionale che eroga all'utenza una serie di servizi.

Si affronterà, prima, il *diritto delle farmacie*, anche alla luce della giurisprudenza costituzionale e amministrativa. Si passerà, poi, a descrivere l'evoluzione della *farmacia dei servizi*, da sperimentazione a realtà solida nel panorama sanitario.

Health and resources: the case of the *service pharmacy*

This paper describes the transformation of the pharmacy from a facility solely dedicated to dispensing medications to a local hub of the National Health Service that provides users with a range of services.

The paper will first describe *pharmacy law*, including in light of constitutional and administrative case law. It will then describe the evolution of the service-oriented pharmacy, from a pilot program to a well-established part of the healthcare landscape.

anche ai fini del rimborso delle stesse da parte del Servizio sanitario nazionale».