LA LIBERALIZZAZIONE DELLE FARMACIE. PROGRAMMAZIONE E DEFINIZIONE DELLE SEDI FARMACEUTICHE

PARTE PRIMA

1. Brevi cenni storici sulla disciplina delle farmacie. La pianta organica nella legislazione italiana

La prima legge successiva all'unità d'Italia che rappresentò un primo passo per la regolamentazione uniforme su tutto il territorio nazionale delle farmacie fu la legge Crispi (legge 22 dicembre 1888, n. 5849).

La riforma Crispi del 1888 in particolare operò la centralizzazione delle funzioni di vigilanza e d'autorizzazione in materia, affermando nel contempo il principio del libero esercizio della farmacia. La farmacia si configurava come un bene patrimoniale privato e, come tale, liberamente trasferibile a chiunque, anche non farmacisti; poteva essere aperta senza vincoli e limitazioni territoriali, con il solo obbligo della direzione responsabile di un farmacista, non necessariamente titolare o proprietario della medesima. Tutto ciò provocò nell'arco di un ventennio una elevatissima concentrazione di farmacie nelle grandi città o nei centri altamente popolati ed il parallelo abbandono dei centri a bassa densità di popolazione.

Il secondo passaggio è dato dalla riforma Giolitti (1913): il processo di riordinamento legislativo parte nel 1913 con l'adozione della Legge del 22 maggio 1913, n. 468 e si conclude nel 1934 con l'approvazione del Testo Unico delle Leggi Sanitarie (TULS).

Nella riforma Giolitti si afferma il principio che l'assistenza farmaceutica alla popolazione, e quindi l'esercizio della farmacia, è un'attività primaria dello Stato, esercitata direttamente dallo stesso attraverso gli Enti locali (Comuni), oppure delegata a privati per l'esercizio, in regime di concessione governativa.

Trattandosi di concessione governativa "ad personam", la farmacia non poteva essere acquistata, venduta, trasferita per successione o a qualsiasi altro titolo. La titolarità poteva essere conseguita esclusivamente per concorso pubblico, espletato sulla base dei soli titoli di carriera e di servizio dei partecipanti. La concessione, che poteva essere revocata in qualsiasi momento nelle ipotesi previste dalla legge, durava quanto la vita del titolare.

In tale quadro il titolare di farmacia, pur rimanendo un privato, era legato da un rapporto di subordinazione speciale alla pubblica Amministrazione sanitaria che, nel preminente interesse pubblico, avocava la facoltà di imporre obblighi, adempimenti, e limitazioni all'esercizio.

L'apertura delle farmacie non era più discrezionale, ma avveniva sulla base della pianta organica delle sedi farmaceutiche, secondo un criterio che si basava sul numero di residenti. E' pertanto con la riforma Giolitti che viene introdotta la pianta organica.

La legge Giolitti, rappresentò uno strumento legislativo estremamente importante per la successiva stesura del Testo unico delle leggi sanitarie in materia di servizio farmaceutico, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e del Regolamento per il servizio farmaceutico, approvato con il regio decreto 30 settembre 1938, n. 1706.

Venne peraltro mantenuta la separazione tra titolarità dell'azienda e conduzione professionale della stessa, con la figura del farmacista direttore responsabile che sostituisce il titolare non farmacista (art.378, TULS) o temporaneamente impedito, con alcune limitazioni (art.31, RD 1706/38).

Giolitti introdusse anche l'intervento pubblico nel settore farmacia, mediante la gestione da parte dei Comuni, che erano autorizzati ad attivare farmacie qualora se ne determinasse l'esigenza, in maniera del tutto discrezionale, anche al di fuori dei limiti imposti dalla pianta organica. Al fine di salvaguardare i diritti precostituiti, furono emanate delle norme transitorie e le farmacie divise in:

•farmacie legittime, cioè sorte in conformità alle leggi degli Stati preunitari e che potevano continuare l'esercizio;

• farmacie illegittime, cioè sorte in violazione dell'ordinamento preesistente, e che risultavano in contrasto anche con le nuove disposizioni. Queste farmacie dovevano essere chiuse;

•farmacie tollerate, che pur essendo in difformità delle leggi preunitarie, potevano essere considerate conformi alle linee d'indirizzo della legge del 1913. Queste farmacie erano autorizzate a continuare l'esercizio.

Le farmacie legittime e quelle tollerate potevano essere vendute una sola volta. A seguito della vendita, anche queste farmacie perdevano il diritto di trasferimento, conformandosi al principio generale stabilito da Giolitti che vietava la compravendita, divenendo farmacie di diritto ordinario come tutte le altre. Anche nel caso del figlio o del coniuge del titolare deceduto, non era consentita la successione diretta, ma la farmacia doveva essere posta a concorso, anche se solo formale, poiché una disposizione particolare prevedeva che la condizione di figlio o coniuge superstite, purché farmacista, costituisse titolo di preferenza assoluto. Se il figlio o coniuge erano iscritti al corso di laurea in farmacia, questi potevano continuare a gestire la farmacia, purché nominassero un direttore tecnico responsabile farmacista fino al compimento degli studi universitari.

L'ordinamento di cui alla riforma Giolitti restò in vigore sino al 1968, quando le leggi 221/68 e 475/68 (c.d. riforma Mariotti) apportarono diverse e sostanziali modifiche alla regolamentazione delle farmacie. Tale riforma reintroduce la facoltà di trasferire le farmacie, condizionandola però ad un insieme di vincoli e limitazioni, successivamente modificati con legge 1984 n. 892 e con la legge 362/91. Con tale riforma è stabilito il diritto di vendere una concessione dello Stato conseguita per concorso. Il trasferimento era all'inizio consentito solo ai privati, mentre era vietato per le farmacie comunali (Cons. St., sez. IV, 23.10.1984, n. 217); nel 1991, a seguito dell'adozione della legge 362/91, è stata definitivamente chiarita l'alinenabilità anche delle farmacie gestite dal Comune.

Le leggi del 1968 riaffermano quanto stabilito dalla riforma Giolitti quanto all'intervento pubblico, sia pure con qualche attenuazione, configurandosi l'assistenza farmaceutica come attività primaria dello Stato gestita direttamente attraverso l'intervento degli Enti locali, o delegata ai privati per l'esercizio in regime di concessione: subordinazione speciale nei confronti della pubblica Amministrazione; prevalenza assoluta degli elementi pubblicistici, cioè inerenti al pubblico interesse, su quelli privatistici; territorializzazione del sistema mediante lo strumento della pianta organica. L'intervento pubblico, del tutto discrezionale nell'ordinamento precedente, è ricondotto nell'ambito della pianta organica, mediante il diritto di prelazione da parte dei Comuni sul 50% delle farmacie da porre a concorso (previsione questa tuttora vigente).

La gestione della farmacia deve essere diretta e personale da parte del titolare; vi è inoltre il precetto dell'inscindibilità della gestione professionale della farmacia dalla conduzione economica della stessa, per cui ogni ipotesi di sostituzione coinvolge necessariamente i beni patrimoniali connessi all'esercizio (art.14, DPR 1275/71). Il concorso non è per soli titoli come sotto il vigore della riforma Giolitti, ma per titoli ed esami, con prevalenza di questi ultimi nella determinazione del punteggio, e con una maggiorazione del punteggio nella valutazione dei titoli per quei farmacisti che abbiano prestato la loro opera nelle farmacie rurali, proporzionato al loro livello professionale.

Un ulteriore passaggio importante si ha con la riforma sanitaria: la legge 833 del 23.12.1978 stabilisce che i rapporti fra farmacie pubbliche e private con il S.S.N. sono disciplinate da una Convenzione, l'Accordo Nazionale triennale, sottoscritto in condizioni di pariteticità (fra le associazioni di categoria e le Regioni), sebbene a valenza pubblica. La legge di riforma (art.28 legge 833/78) riafferma un principio già contenuto nell'articolo 122 del TULS 1934, cioè l'attribuzione esclusiva al farmacista e alla farmacia d'ogni competenza e funzione nella dispensazione dei farmaci al pubblico. Infatti sebbene le ASL, i suoi presìdi e servizi, possano acquistare direttamente i medicinali dal produttore, in deroga alla disciplina generale (art. 46, RD 1706/38),

agli stessi è vietata ogni forma di distribuzione al pubblico, che deve continuare ad essere effettuata esclusivamente tramite le farmacie.

L. 22 dicembre 1984 n. 892 introduce modifiche significative in materia di farmacie

L'idoneità alla titolarità, requisito indispensabile all'acquisto o al trasferimento per successione, diventa conseguibile sia partecipando ad un pubblico concorso e superando la relativa prova (unico regime prima vigente), oppure mediante due anni di pratica professionale certificata dall'Autorità Sanitaria Locale.

Vengono poi modificati il periodo in cui il farmacista che abbia ceduto la propria farmacia, può ricomprarne un'altra, elevandolo, il periodo di gestione provvisoria in caso di morte del titolare, qualora il figlio o il coniuge superstite risultino iscritti alla Facoltà di Farmacia e non è più precisato che l'erede debba risultare iscritto alla facoltà "alla data del decesso" del titolare; questa condizione può essere soddisfatta anche nel tempo successivo, purché entro i tre anni dalla morte del titolare.

Con la legge del 8 novembre 1991 n. 362 si opera il riordino del settore farmaceutico apportando alcuni correttivi ai principi introdotti dalla riforma Mariotti**.** La titolarità della farmacia è estesa anche alle società di persone e alle società cooperative a responsabilità limitata, sebbene con vincoli precisi e purché tutti i soci siano farmacisti iscritti all'Albo e idonei alla titolarità.

Viene mantenuta la pianta organica e ne sono modificati alcuni criteri di formazione con particolare riguardo all'introduzione di quello urbanistico relativo al decentramento delle farmacie (art. 5 legge 362/1991). Il criterio urbanistico può essere applicato non per istituire nuove sedi, bensì solo per ridelimitare quelle esistenti e viene adottato per le città in cui si siano verificati mutamenti significativi nella viabilità e/o nella dislocazione delle abitazioni e della popolazione, senza un contemporaneo aumento del numero di abitanti; comporta pertanto lo spostamento degli esercizi farmaceutici già esistenti in zone diverse del territorio comunale per soddisfare le nuove esigenze di assistenza farmaceutica (in seguito ad autorizzazione delle Regioni).

Il rapporto farmacie-popolazione residente diventa una farmacia ogni 5000 abitanti fino a 12500 residenti nel Comune, una ogni 4000 abitanti nei comuni con popolazione superiore a 12500.

In base all'art. 1 della legge 8 marzo 1968, n. 221, recante "provvidenze a favore dei farmacisti rurali", sono definite urbane le farmacie situate in Comuni o centri abitati con popolazione superiore a 5.000 abitanti. Le farmacie rurali sono invece quelle ubicate in Comuni, frazioni o centri abitati con popolazione non superiore a 5.000 abitanti. Tale classificazione permane con tale legge di riordino, così come permane l'indennità di residenza, divisa in tre fasce, per quelle farmacie che sono ubicate in Comuni sino a 3.000 abitanti.

Le ipotesi di sostituzione del titolare vengono ampliate, così come le norme relative alla successione che prevedono un'estensione del periodo di gestione provvisoria che può intercorrere tra la morte del titolare e l'assegnazione della nuova titolarità. Infine le procedure di concorso vengono radicalmente modificate.

La Legge n. 741 del 2-08-2006 di conversione del D.L. 2 luglio 2006 n. 223 apporta modifiche all’art 7 della legge n. 362 del 1991, per la titolarità e gestione della farmacia, prevedendosi in particolare la possibilità per ciascuna società di persone e società cooperative a responsabilità limitata di essere titolari sino a quattro farmacie ubicate nella medesima provincia in cui vi è la sede legale della società, mentre in precedenza ciascuna società poteva essere titolare di una sola farmacia e viene altresì meno il limite di ciascun farmacista di partecipare ad una sola società. Peraltro anche a seguito di tale novella possono essere soci della società solo i farmacisti in possesso del requisito dell'idoneità previsto dall'articolo 12 della legge 2 aprile 1968, n. 475 e successive modificazioni, la direzione della farmacia gestita dalla società è affidata ad uno dei soci che ne è responsabile, il quale, qualora si verifichino a suo carico le condizioni previste dal comma 2 dell'articolo 11 della legge 2 aprile 1968, n. 475 , è sostituito temporaneamente da un altro socio.

Questa norma poi è stata ulteriormente modificata con la l. 124/2017, che introduce una sostanziale innovazione, consentendo la titolarità della farmacia anche alle società di capitali e prevedendo la possibilità che siano soci anche persone non iscritte all'albo dei farmacisti, con la specificazione che si tratti di società aventi come oggetto esclusivo la gestione di una farmacia e dell'incompatibilità della partecipazione a dette società con qualsiasi altra attività svolta nel settore della produzione e informazione scientifica del farmaco, nonché con l'esercizio della professione medica. Ovviamente la direzione della farmacia gestita dalla società deve continuare ad essere affidata a un farmacista in possesso del requisito dell'idoneità previsto dall'articolo 12 della legge 2 aprile 1968, n. 475, e successive modificazioni, che ne è responsabile, il quale qualora si verifichino a suo carico le condizioni previste dal comma 2 dell'articolo 11 della legge 2 aprile 1968, n. 475 , è sostituito temporaneamente da un farmacista in possesso del requisito dell'idoneità previsto dall'articolo 12 della legge 2 aprile 1968, n. 475, e successive modificazioni. Anche questa novella legislativa, al pari di quella fondamentale di cui alla l. n. 27 del 2012, che riveste particolare importanza anche in riferimento all'attività di programmazione delle farmacie sul territorio, va vista nell'ottica della progressiva liberalizzazione della disciplina in materia di farmacie, avuto riguardo anche alla definitiva scissione fra la titolarità delle farmacia, possibile anche da parte di società di capitali, con soci anche non farmacisti e non in possesso dei prescritti requisiti di idoneità – avuto pertanto riguardo all'aspetto della farmacia come esercizio commerciale – e suo concreto esercizio, per cui solo il direttore responsabile deve essere un farmacista in possesso del requisito dell'idoneità previsto dall'articolo 12 della legge 2 aprile 1968, n. 475.

2. La pianta organica e la sua ratio anche alla luce della Corte di Giustizia e della Corte Costituzionale.

La pianta organica costituisce lo strumento fondamentale preordinato alla dislocazione degli esercizi farmaceutici sul territorio, al fine di garantire una rete articolata di sedi che corrisponda in modo organico alle esigenze degli utenti; si tratta di uno strumento presente nella maggior parte dei Paesi europei; in tali Paesi è infatti presente un sistema di pianta organica che serve a evitare le concentrazioni, a favorire una distribuzione equilibrata e ad evitare anche i monopoli orizzontali, cioè la creazione di situazioni in cui un segmento della filiera del farmaco sia riconducibile a un numero ristretto di soggetti. L'UE offre anche esempi concreti di cosa comporti la liberalizzazione completa: in Norvegia, dove è stato tolto ogni vincolo, l'80% delle farmacie è di proprietà di pochi operatori economici e si è assistito al un progressivo spopolamento delle aree meno "interessanti" dal punto di vista economico.

L'introduzione della pianta organica presente in molti Paesi europei risale infatti alla prima metà del secolo scorso in cui i flussi migratori e la scarsità di popolazione in determinati territori hanno indotto gli Stati ad introdurre dei sistemi di regolamentazione volti a garantire l'esistenza di un servizio soprattutto nelle zone rurali. In favore del mantenimento della pianta organica milita l'argomento che solo attraverso essa è possibile garantire nello stesso tempo un servizio capillare e soprattutto di qualità, che un mercato liberalizzato e fortemente competitivo non sarebbe in grado di garantire in un settore delicato come quello della sanità. In quest'ottica si considera che la limitazione della libertà individuale sia un male necessario funzionale ad un interesse superiore generale (tutela della salute del cittadino). Tuttavia in molti Paesi in cui non esiste un rigido sistema di programmazione (Germania, Olanda, Irlanda, USA, Canada, Australia, Giappone, UK, Navarra) non sono note relazioni che avvertono dei problemi per la salute pubblica. La questione è naturalmente molto accesa e dibattuta.

Con sentenza del 1/6/2010 n. C-570/07 C-571/07 la Corte di Giustizia ha ritenuto compatibile con il Trattato europeo istituti, come la pianta organica, volti al contingentamento all'apertura di farmacie sul territorio nazionale, in quanto costituiscono una limitazione volta a garantire un equo accesso ai servizi per tutta la popolazione.

La pronuncia della Corte di Giustizia Europea ribadisce la compatibilità della regolamentazione del servizio farmaceutico nazionale con le norme sulla libertà di stabilimento sancite dal Trattato europeo. La pronuncia de qua è intervenuta a proposito di un rinvio pregiudiziale del Tribunal Superior de Justicia de Asturias (Spagna) che nutriva dubbi sulla compatibilità della normativa spagnola, che prevede un criterio

geodemografico, analogo a quello italiano, in base al quale è fissato un quorum di 2800 abitanti per l'apertura di una nuova farmacia, con l'ulteriore requisito di una distanza minima di 250 metri tra una farmacia e l'altra.

Queste norme sono effettivamente una limitazione della libertà di insediamento; tuttavia si tratta di una limitazione proporzionata alla necessità di garantire l'accesso al farmaco e, di conseguenza, la tutela della salute in modo omogeneo sul territorio nazionale, evitando che le farmacie si concentrino nelle zone più favorevoli, lasciando sguarnite le aree decentrate.

I giudici del Lussemburgo hanno comunque rilevato che l'applicazione rigida di questi criteri può generare delle contraddizioni: in un'area rurale a bassa densità di popolazione il rispetto del quorum può portare alla presenza di una sola farmacia in un'area molto vasta; al contrario, rispettare il criterio della distanza in una zona molto popolosa può far sì che operi una sola farmacia in un quartiere con una popolazione molto superiore al quorum stesso. Così, i giudici stessi sostengono che spetti al giudice nazionale vigilare che l'applicazione della norma generale, che prevede eccezioni per situazioni particolari, non contrasti con la sua finalità di garantire un accesso adeguato al farmaco da parte della popolazione.

Anche nella giurisprudenza della Corte Costituzionale il sistema di pianificazione sul territorio delle farmacie è considerato funzionale alla tutela del diritto della salute. Basti evidenziare che la Corte costituzionale, con la sentenza n. 216/2014, nel dichiarare non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 5, comma 1, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223 (Disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale), convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, sollevata, in riferimento agli articoli 3 e 41 della Costituzione, dal Tribunale amministrativo regionale per la Calabria, Sezione staccata di Reggio Calabria con ordinanza dell'8 maggio 2012, «nella parte in cui non consente agli esercizi commerciali ivi previsti (c.d. parafarmacie) la vendita di medicinali di fascia C soggetti a prescrizione medica» ha ricordato che*," per costante giurisprudenza della Corte medesima ribadita nel corso degli anni, il regime delle farmacie rientra a pieno titolo nella materia «tutela della salute». Ciò in quanto 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 diritto alla salute, restando solo marginale, sotto questo profilo, sia il carattere professionale sia l'indubbia natura commerciale dell'attività del farmacista» (così la sentenza n. 87 del 2006, confermata dalle successive sentenze n. 255 del 2013, n. 231 del 2012, n. 150 del 2011, n. 295 del 2009 e n. 430 del 2007).*

Proprio allo scopo di garantire, attraverso la distribuzione dei farmaci, un diritto fondamentale come quello alla salute, il legislatore ha organizzato il servizio farmaceutico secondo un sistema di pianificazione sul territorio, per evitare che vi sia una concentrazione eccessiva di esercizi in certe zone, più popolose e perciò più redditizie, e nel contempo una copertura insufficiente in altre con un minore numero di abitanti. Il sistema della pianificazione ha trovato piena regolazione con le leggi 2 aprile 1968, n. 475 (Norme concernenti il servizio farmaceutico), e 8 novembre 1991, n. 362 (Norme di riordino del settore farmaceutico), la cui disciplina è stata ulteriormente modificata ed aggiornata anche in tempi molto recenti [v. l'art. 11 del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1 (Disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività), convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della legge 24 marzo 2012, n. 27].

3. La pianta organica alla luce della legge 475/68 e della legge 362/91

La pianta organica alla luce della legge 475 del 1968 e della successiva legge 362 del 1991 si presenta come un atto amministrativo regionale, sia pure su istruttoria e preposta del Comune previa consultazione delle ASL e dell'Ordine dei farmacisti.

La pianta organica si basa su due criteri:

1. Criterio demografico: il numero delle autorizzazioni è stabilito in modo che vi sia 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.

La popolazione eccedente, è computata, ai fini dell'apertura di una farmacia, qualora sia pari ad almeno il 50 per cento dei parametri stessi.

2. Criterio topografico: ogni nuovo esercizio di farmacia deve essere situato ad una distanza dagli altri non inferiore a 200 metri e comunque in modo da soddisfare le esigenze degli abitanti della zona.

La distanza è misurata per la via pedonale più breve tra soglia e soglia delle farmacie.

Anche chi intende trasferire una farmacia in un altro locale nell'ambito della sede per la quale fu concessa l'autorizzazione deve farne domanda all'autorità sanitaria competente per territorio. Tale locale, indicato nell'ambito della stessa sede ricompresa nel territorio comunale, deve essere situato ad una distanza dagli altri esercizi non inferiore a 200 metri.

L'art.2 della legge1991 n. 362 - sostituendo il testo dell'art. 104 TULS del 1934, già modificato dall'art. 4 della legge n.892 del 1984 - stabilisce inoltre espressamente che il limite di distanza per l'apertura di nuove farmacie in base al cosiddetto criterio topografico (o della distanza) è derogatorio rispetto al criterio demografico o della popolazione. In base a tale norma, allorché lo richiedono particolari esigenze dell'assistenza farmaceutica, in rapporto alle condizioni topografiche e di viabilità, le Regioni o le Province autonome possono autorizzare l'apertura di nuove farmacie nel rispetto di un limite di distanza per la quale la farmacia di nuova istituzione disti almeno 3.000 metri dalle farmacie esistenti, anche se ubicate in Comuni diversi. Considera la distribuzione della popolazione sul territorio. E' applicato indipendentemente dal numero di abitanti. Queste farmacie peraltro in sede di revisione della pianta organica sono destinate ad essere riassorbite nella determinazione del numero complessivo delle farmacie stabilito in base al parametro della popolazione e, qualora eccedenti detti limiti, sono considerate in soprannumero.

Negli anni pari si procede alle modifiche alla pianta organica e negli anni dispari all'assegnazione di nuovi esercizi farmaceutici.

Vi è poi un criterio urbanistico (art. 5 legge l. 362/1991) che può essere applicato non per istituire nuove sedi, bensì solo per ridelimitare quelle esistenti che viene adottato per le città in cui si siano verificati mutamenti significativi nella viabilità e/o nella dislocazione delle abitazioni e della popolazione senza un contemporaneo aumento del numero di abitanti, comportando lo spostamento degli esercizi farmaceutici già esistenti in zone diverse del territorio comunale per soddisfare le nuove esigenze di assistenza farmaceutica; ciò avviene sia in sede di revisione della pianta organica per provvedere alla nuova determinazione della circoscrizione delle sedi farmaceutiche, che su domanda del titolare di farmacia per trasferire la sede nell'ambito del comune o dell'area metropolitana, in una zona di nuovo insediamento abitativo, tenuto conto delle esigenze dell'assistenza farmaceutica determinata dallo spostamento della popolazione, rimanendo immutato il numero delle farmacie in rapporto alla popolazione.

La titolarità delle farmacie che si rendono vacanti e di quelle di nuova istituzione a seguito della revisione della pianta organica può essere assunta per la metà dal comune (art. 9 l. 475/1968 tuttora in vigore).

4. La pianificazione delle sedi farmaceutiche alla luce della L. 24 marzo 2012 n. 27, di conversione del d.l. 24 gennaio 2012, n. 1. Le ulteriori modifiche ad opera della legge 4 agosto 2017 n. 24.

Fino al 2011 pertanto alla luce dei principi stabiliti nelle leggi n. 475/1968 e nella l. 362/1991 il quadro normativo, nelle sue linee fondamentali, era il seguente:

- per ogni comune veniva stabilita, con provvedimento delle Regione la pianta organica delle farmacie, previo istruttoria dei comuni e consultazione delle ASL e dell'ordine dei farmacisti, pianta soggetta a revisione biennale;

-la competenza al rilascio dell'autorizzazione per apertura e trasferimento era attribuita all'ASL territoriale;

- nei Comuni fino a 12.000 abitanti era prevista una farmacia ogni 5.000 abitanti, negli altri una ogni 4.000; se rimaneva un numero di abitanti per cui non scattava il parametro per un'altra farmacia, questa veniva comunque consentita purché gli abitanti eccedenti fossero almeno il 50% dei due parametri sopraindicati.

- la distanza tra due farmacie doveva essere di almeno 200 metri;

- il parametro della popolazione, in caso di particolari "condizioni topografiche o di viabilità" poteva non essere applicato, ma in tal caso la nuova farmacia doveva essere distante almeno 3.000 metri da quelle esistenti;

- nelle zone prive di una farmacia privata o pubblica potevano essere aperti i "dispensari farmaceutici" per la vendita di "medicinali di uso comune e di pronto soccorso" gestiti da farmacie pubbliche o private già operanti. I dispensari potevano essere inoltre autorizzati, in aggiunta alle farmacie esistenti, nelle località turistiche.

La riforma del 2012 viene motivata al comma 1 dell'articolo 11 della legge n. 27/2012 con l'esigenza di raggiungere due obiettivi:

a) un più capillare servizio alla popolazione (obiettivo per la verità implicito anche nelle leggi n. 475/1968 e n. 362/1991, per quanto fosse nettamente prevalente l'impostazione anticoncorrenziale e corporativa tipica – in quegli anni – delle norme regolatrici di quasi tutte le attività economiche rivolte al consumatore finale);

b) favorire l'accesso alla titolarità delle farmacie da parte di un numero più ampio di aspiranti (e questo è un obiettivo "nuovo" perché alla decisione di ampliare il numero degli esercizi commerciali di qualsiasi settore non consegue automaticamente una crescita degli imprenditori del settore, in quanto i nuovi esercizi possono essere acquisiti anche dai titolari di aziende già attive nel settore).

Per raggiungere l'obiettivo dell'aumento del numero delle farmacie le nuove regole (che modificano le leggi n. 475/1968 e n. 362/1991) stabiliscono che:

- spetta al comune la competenza, che è anche un obbligo, ad "identificare le zone nelle quali collocare le nuove farmacie";

- la pianificazione delle farmacie deve tenere conto del seguente parametro: una farmacia ogni 3.300 abitanti qualsiasi sia la dimensione del comune; qualora residui un numero di abitanti che non consenta una ulteriore farmacia, questa potrà essere prevista purché l'eccedenza superi la quota di 1.650 abitanti;

- Il piano delle farmacie va revisionato entro il mese di dicembre di ogni anno pari, sulla base della popolazione residente. Ovviamente potrebbe verificarsi la necessità di variare il piano anche se la popolazione è costante, qualora vi sia una diversa collocazione della popolazione nelle varie zone del comune, ad esempio a seguito dello sviluppo di nuovi quartieri;

- In concreto i comuni sono autonomi nella decisione della "collocazione" delle farmacie la quale deve favorire l'accessibilità dei residenti in zone isolate ed essere "equa". Si è in particolare discusso se quest'ultimo aggettivo, aggiunto al parametro dei 3.300 abitanti, vada inteso come attenzione non solo ai bisogni dei cittadini, ma anche all'esigenza di un equilibrio degli interessi aziendali tra le farmacie;

-In aggiunta al numero di farmacie indicate nel piano ne possono essere aperte altre, però entro il 5 per cento del totale delle farmacie previste dal piano comunale, se la richiesta riguarda (nuovo art. 1-bis della legge n. 475/1968):

stazioni ferroviarie, aeroporti internazionali, ecc., purché non ne sia già aperta una a meno di 400 metri;

centri commerciali o grandi strutture di vendita di oltre 10.000 mq, purché non ne sia già aperta una a meno di 1.500 metri. Queste due facoltà autorizzatorie sono riservate alla competenza delle regioni e delle province

autonome le quali, fino al 2022 devono offrire le eventuali farmacie, che chiamiamo “speciali”, in prelazione ai comuni in cui sono ubicate e questi non possono cedere la titolarità o la gestione a privati.

-La competenza al rilascio dell’autorizzazione per l’apertura rimane della ASL.

Alla stregua di tali precisazione deve ritenersi che il sistema del numero chiuso o contingentamento escluda l’applicabilità della procedura della SCIA, come esplicitamente previsto nel comma 1 dell’articolo 19 legge n. 241/1990.

Inoltre non si applica neppure lo strumento del silenzio-assenso, regolato dall’articolo 20 legge n. 241/1990, perché viene escluso per i procedimenti relativi ad alcune materie di prevalente interesse pubblico, tra cui la materia della “salute” (comma 4).

La questione è stata esaminata dal Consiglio di Stato, SEZ. III - sentenza 14 novembre 2013 n. 5433 , che ha evidenziato come per un verso i provvedimenti concernenti l’apertura ed il trasferimento di farmacie rientrino sicuramente nell’ambito della materia “salute”, com’è reso evidente dal fatto che la Corte Costituzionale, senza soluzione di continuità rispetto all'interpretazione dell'originario art. 117 della Costituzione (cfr. la sentenza n. 68 del 1961), ha ritenuto che la disciplina dell'organizzazione del servizio farmaceutico vada ascritta alla materia della «tutela della salute» (cfr. sentenze n. 87 del 2006e n. 295 del 2009) e per altro verso che la disposizione del regolamento di cui all’allegato C, punto 52) del DPR 407/1994 (che, tra le attività private sottoposte alla disciplina dell’art. 20 della legge n. 241/1990 ricomprende i trasferimenti di ubicazione delle farmacie), debba ritenersi implicitamente abrogata dalla sopravvenuta formulazione dell’art. 20 della l. 241/1990, che differisce profondamente dalla lettera e dalla logica originariamente adottate dal legislatore del 1990, il quale demandava al regolamento di attuazione la determinazione dei casi in cui la domanda di rilascio di una autorizzazione, licenza, abilitazione, etc. poteva considerarsi accolta per mancata comunicazione all'interessato di provvedimento di diniego entro il termine fissato per la conclusione del procedimento, mentre la vigente lettera dell’art. 20 cit., una volta affermata la generalizzazione dell’istituto del silenzio-assenso, tipizza espressamente, per quanto qui interessa, le ipotesi, tra le quali appunto quella dei procedimenti in materia di “salute”, di esclusione della applicabilità dell’istituto stesso e demanda alla formazione di rango regolamentare solo l’individuazione di ulteriori atti e procedimenti, cui le disposizioni dell’articolo non si applicano.

Il piano delle farmacie viene assunto come detto “sentiti” l’ASL e l’Ordine dei farmacisti del territorio.

Si è pertanto affermato che esso non differisca molto dalla determinazione della vecchia pianta organica o da un piano di settore simile ai vecchi piani comunali del commercio al dettaglio. L’apertura e trasferimento di ubicazione delle farmacie continuano dunque ad essere soggetti ad un contingente numerico, anche se i vincoli sono stati allargati.

L’art. 2 della legge n. 475/68, a seguito dell’adozione della legge 27/2012 è pertanto composto soltanto da due commi. È stato modificato il comma 1 nelle sua versione originaria che prevedeva “Ogni Comune deve avere una pianta organica delle farmacie nella quale è determinato il numero, le singole sedi farmaceutiche e la zona di ciascuna di esse”, sostituendolo con la previsione secondo cui “…il Comune, sentiti l’azienda sanitaria e l’Ordine provinciale dei farmacisti competente per territorio, identifica le zone nelle quali collocare le nuove farmacie al fine di assicurare un'equa distribuzione sul territorio, tenendo altresì conto dell’esigenza di garantire l’accessibilità del servizio farmaceutico anche a quei cittadini residenti in aree scarsamente abitate”.

Tale modifica normativa aveva indotto l’ufficio legislativo del Ministero della Salute a rendere un parere secondo cui il legislatore aveva “inequivocabilmente” eliminato la pianta organica e le procedure ad essa correlate.

La tesi dell'eliminazione della pianta organica a seguito della L. 27/2012 è stata però soggetta a discussione.

Si è infatti evidenziato che perché possa affermarsi tale tesi occorre che non vi siano più norme statali che a questa facciano riferimento, per cui, ove il legislatore avesse fatto rimanere in vigore norme statali che prevedono espressamente la pianta organica farmaceutica, non potrebbe sostenersi che la stessa sia stata espunta come strumento di ordinata dislocazione delle farmacie sul territorio comunale.

Al riguardo va evidenziato che sono rimaste in vigore alcune norme che prevedono l'obbligatoria redazione della pianta organica farmaceutica; si consideri, al proposito, a mero titolo di esempio, che la riforma non ha abrogato:

- l'art. 9 comma 1 della L. n. 475/'68: "La titolarità delle farmacie che si rendono vacanti e di quelle di nuova istituzione a seguito della revisione della pianta organica …";

- l'art. 5 comma 1 della L. n. 362/'91 (intitolata Norme di riordino del settore farmaceutico): "… in sede di revisione della pianta organica delle farmacie …";

- l'art. 104 comma 2 del R.D. n. 1265/'34 (modificato dall'art. 2 della L. n. 362/'91): "In sede di revisione delle piante organiche successiva all'entrata in vigore delle seguente disposizione …".

Tutte tali disposizioni sono rimaste valide ed efficaci e, pertanto, vanno lette in combinato disposto con la nuova formulazione dell'art. 2 della L. n. 475/'68. Non può pertanto dubitarsi che proprio l'art. 2 della l. 475/68, sia pure con le modifiche apportate dalla L. 27/2010 e l'art. 5 della l. n. 362/'91 si configurino come le disposizioni fondamentali nell'assicurare l'ordinata dislocazione delle farmacie sul territorio.

Pertanto la pianta organica farmaceutica intesa come pianificazione del territorio in riferimento all'equa distribuzione del servizio farmaceutico non può dirsi "eliminata": i Comuni, nell'istituire le nuove farmacie ai sensi del "novellato" art. 2 della L. n. 475/'68 devono, proprio a garanzia del criterio dell'equa distribuzione sul territorio, indicare quelle porzioni perimetrate dello stesso che costituiscono l'ambito entro cui è obbligatoria l'allocazione dell'esercizio farmaceutico.

Questo modus procedendi assicura in maniera effettiva il rispetto della capillarità del servizio farmaceutico, tanto condiviso dal legislatore da far prevedere espressamente nel novellato art. 2 della L. n. 475/'68 (a differenza del regime pregresso) che la distribuzione sul territorio deve essere talmente ramificata da assicurare l'accessibilità del servizio medesimo **"**anche a quei cittadini residenti in aree scarsamente abitate".

Un ulteriore argomento a favore della permanenza della pianta organica, sia pure intesa latu sensu, alla luce anche dall'interpretazione giurisprudenziale, nel nostro sistema giuridico è dato dal fatto che essa veniva qualificata, nella abrogata versione dell'art. 2 comma 1 della L. n. 475/'68, come quell'atto in cui "è determinato il numero, le singole sedi farmaceutiche e la zona di ciascuna di esse".

La pianta organica è pertanto l'atto che divide il territorio comunale in zone (intese come porzioni perimetrate di territorio), all'interno di ognuna delle quali devono operare le singole sedi farmaceutiche.

Il legislatore nella nuova formulazione dell'art. 2 della l. n. 475/'68 ha avuto cura di utilizzare il termine zona, che anche nella previgente formulazione veniva utilizzato per spiegare quali fossero il contenuto e le caratteristiche della pianta organica farmaceutica.

Infatti anche nel vecchio ordinamento il termine sede nella prassi ha sempre coinciso con la zona (così Consiglio Stato, sez. III, sent. n. 1858/2013; Consiglio Stato, sez. III, ord. n. 751/2013; Consiglio Stato, sez. III, sent. n. 2019/2013).

Anche il Consiglio di Stato con la sentenza n. 1858 del 2013 ha infatti, evidenziato che, a fronte delle modificazioni apportate all'ordinamento farmaceutico dal decreto-legge 1/2012, convertito nella legge 27/2012 (Cresci Italia), l'impianto generale della disciplina, basato sulla pianificazione della distribuzione territoriale degli esercizi, è rimasto tuttavia invariato.

Nella pronuncia è stato peraltro chiarito che “benché la legge non preveda più, espressamente, un atto tipico denominato “pianta organica”, resta affidata alla competenza del 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”.

Ciò che, invece, è stato innovato sensibilmente rispetto al passato è il procedimento di approvazione dell’atto di pianificazione delle farmacie (id est pianta organica) che ora diviene più snello e rapido, è avviato e concluso dal Comune ed è sottratto all’approvazione regionale (che ha per contro l’esclusivo compito di sostituirsi al Comune inerte).

La legislazione statale, a seguito della novella distribuisce infatti le competenze distinguendo tre tipi di attività:

1) la determinazione del numero delle farmacie (disciplina del contingentamento delle sedi farmaceutiche), per la quale il legislatore statale, pur non precisando il soggetto competente alla determinazione, detta una specifica proporzione (una farmacia ogni 3.300 abitanti);

2) l’individuazione delle nuove sedi farmaceutiche e la loro localizzazione, attività che la normativa statale demanda ai Comuni (art. 2 della legge 2 aprile 1968, n. 475, come modificato dall'art. 11, comma 1, lettera c), del decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della legge 24 marzo 2012, n. 27);

3) l'assegnazione dei servizi farmaceutici attraverso procedure concorsuali, a cui segue il rilascio delle autorizzazioni ad aprire le farmacie e ad esercitare detti servizi, per cui il legislatore statale determina i requisiti per la partecipazione ai concorsi, mentre alle Regioni e alle Province autonome spetta la competenza ad adottare i bandi di concorso (art. 4 della legge 8 novembre 1991, n. 362 - art. 11, comma 3, del d.l. n. 1 del 2012).

La scelta del Legislatore statale di attribuire ai Comuni il compito di individuare le zone in cui collocare le farmacie risponde all’esigenza di assicurare un ordinato assetto del territorio, corrispondente agli effettivi bisogni della collettività locale, ossia alla finalità, enunciata dall’art. 11 della l. n. 27 del 2012, di assicurare un'equa distribuzione delle farmacie sul territorio, tenendo, altresì, conto dell'esigenza di garantire l'accessibilità del servizio farmaceutico anche a quei cittadini residenti in aree scarsamente abitate.

Per questo motivo, l'individuazione e la localizzazione delle sedi farmaceutiche sono connesse ai compiti di pianificazione urbanistica attribuiti ai Comuni, enti appartenenti ad un livello di governo più prossimo ai cittadini, in piena coerenza con il principio costituzionale della sussidiarietà verticale.

La normativa anteriore alla l. n. 27 del 2012 non dettava, in via generale, specifici criteri riguardo alla dislocazione delle farmacie e alla delimitazione delle rispettive sedi; la giurisprudenza formatasi in proposito riconosceva all'autorità competente una discrezionalità molto ampia, censurandola solo per manifesta irrazionalità senza richiedere, peraltro, l'enunciazione di una vera e propria motivazione (Consiglio di Stato, sez. III, 25 febbraio 2014, n. 915; 10 aprile 2014, n. 1727).

La nuova normativa ha esplicitato alcuni criteri orientativi nella localizzazione, disponendo che il Comune "identifica le zone nelle quali collocare le nuove farmacie, al fine di assicurare un'equa distribuzione sul territorio, tenendo, altresì, conto dell'esigenza di garantire l'accessibilità del servizio farmaceutico anche a quei cittadini residenti in aree scarsamente abitate".

Criterio prioritario è pertanto quello dell’"equa distribuzione sul territorio", mentre nulla si dice a proposito della definizione esatta dei confini di ciascun esercizio.

Quanto alla ratio della riforma significativa la pronuncia del Tar Lombardia sede di Brescia che con sentenza n. 173 del 19-02-13 ha ad esempio precisato che "la pianta organica, con la ripartizione del territorio in zone

di competenza delle varie sedi farmaceutiche, può essere utilizzata, nell'attuale assetto normativo, soltanto come strumento per ottenere un'adeguata distribuzione degli esercizi in rapporto alla popolazione. Una volta raggiunto questo scopo occorre evitare che la pianta organica possa operare come freno all'iniziativa economica o come ostacolo alla concorrenza".

Occorre inoltre ricordare che l'art. 2 della Legge 475/1968 è stato ulteriormente modificato dalla Legge 124/2017 con l'introduzione del comma 2-bis che, nei comuni con popolazione inferiore a 6.600 abitanti consente, salvo concorso straordinario, "ai titolari di farmacie non sussidiate, soprannumerarie per decremento della popolazione la possibilità di trasferimento presso i comuni della medesima regione ai quali, all'esito della revisione biennale, spetta un numero di farmacie superiore al numero di farmacie già esistenti nel territorio comunale".

Il trasferimento si deve portare a termine prima dell'avvio di un concorso ordinario e va "effettuato sulla base di una graduatoria regionale per titoli, che tenga conto anche dell'ordine cronologico delle istanze di trasferimento presentate".

5. Prima applicazione delle nuove norme e ulteriori modifiche ad opera della l. 27/2012

In sede di prima applicazione della legge di riforma tutti i comuni erano obbligati ad inviare alla Regione entro il 24 aprile 2012 i dati sulle “nuove sedi farmaceutiche”; in pratica si trattava del primo piano delle farmacie formulato con i nuovi parametri.

In caso di inadempimento, dovendo il termine intendersi come perentorio le regioni dovevano provvedere autonomamente entro il 24 giugno 2012. Entro la stessa data le regioni dovevano inoltre bandire un “concorso straordinario” per la copertura delle farmacie vacanti e per quelle di nuova istituzione proposte dai comuni.

Entro il 24 aprile 2013 il concorso doveva essere concluso e dovevano essere assegnate le nuove farmacie. Se le regioni non provvedono il Consiglio dei Ministri nominava un apposito commissario.

La partecipazione al concorso straordinario da varare nel 2012 doveva essere aperta ai farmacisti iscritti all’albo:

a) non attualmente titolari di farmacia;

b) titolari di farmacia rurale sussidiata;

c) titolari di farmacia soprannumeraria;

d) titolari di parafarmacia.

Non potevano partecipare al concorso i titolari o soci titolari di farmacie diverse da quelle delle lettere b) e c).

Sono stati fissati sia i requisiti per la partecipazione (età inferiore ai 65 anni; equiparazione dell’attività svolta in precedenza come titolare di farmacia rurale e soprannumeraria e come titolare di parafarmacia; equiparazione tra collaboratore di farmacia e di parafarmacia) sia i requisiti per la formazione della graduatoria (a parità di punteggio prevale il candidato più giovane). Viene inoltre incentivata la gestione associata per i candidati con meno di 40 anni.

È stato dunque individuato un complesso di requisiti da cui risulta in modo chiaro la volontà di agevolare l’inserimento di nuovi farmacisti e quindi offrire nuove prospettive per la professione.

Vengono inoltre dettate nuove disposizioni per le società.

Rimane invariata la previsione dell'art. 7 legge n. 362/1991 secondo cui la titolarità di una farmacia privata è riservata a persone fisiche e a società di persone e cooperative, purché i soci siano farmacisti iscritti all'albo (legge n. 362/1991, articolo 7).

Il comma 11 dell'articolo 11 della legge di riforma si limita a modificare la norma che regola le successioni nelle farmacie intestate a società riducendo il periodo nel quale la società può essere gestita da persone non abilitate.

Viene stabilito che la persona che acquista per eredità una partecipazione nella società e non è iscritta all'albo dei farmacisti, "cede la quota" (si tratta quindi di un obbligo) entro sei mesi dalla presentazione della dichiarazione di successione, e non più entro due anni.

Viene riconosciuta alle farmacie la facoltà di praticare sconti sui prezzi dei farmaci e dei prodotti limitatamente a quelli pagati "direttamente dai clienti", dando "adeguata" informazione. Questa disposizione (comma 8 dell'articolo 11) di fatto replica il comma 4 dell'articolo 32 legge n. 214/2011, che aveva già anticipato questa novità.

Sono intervenute sostanziali modifiche anche in tema di orari delle farmacie.

In particolare il comma 8 dell'articolo 11 conferma l'impostazione di orari e turni obbligatori per le farmacie, ma consente l'apertura delle farmacie anche "in orari diversi da quelli obbligatori". Pertanto ciascuna farmacia deve attenersi alle disposizioni obbligatorie sull'orario giornaliero e sui turni, ma ha la possibilità di ampliare il suo orario di apertura senza alcuna limitazione (e quindi anche per tutte le 24 ore).Tale peraltro è stata anche l'interpretazione del Consiglio di Stato secondo cui il comma 8 dell'articolo 1 "non si presta ad incertezze di ordine interpretativo" perché, da un lato fa salve tutte le disposizioni vigenti che impongono gli obblighi di apertura, dall'altro precisa che tali provvedimenti non sono più vincolanti nella parte in cui prevedono che le farmacie rimangano chiuse in orari e/o turni diversi (Consiglio di Stato, sez. III, ord. n. 3555/2012).

LA LIBERALIZZAZIONE DELLE FARMACIE. PROGRAMMAZIONE E DEFINIZIONE DELLE SEDI FARMACEUTICHE

PARTE SECONDA

Art. 1, l.n. 475/1968 come novellata dall'art. 1, l. 8.11.1991 n. 362 e dall'art. 11 del d.l. 24.01.012, conv. in l. n. 24.03.2012

Sentenze – Ricorsi - parte- oggetto

Sent. 5931/2017 (ric. 5681/2012) DE SANCTIS + altri: istituzione due nuove sedi farmaceutiche, distribuzione sul territorio rigetta; non appellata

Sent. 1177/2019 VINGIANI (ric. 492/2016): istituzione nuove sedi, mancanza parere ordine farmacisti e Asl, assorbe per vizio competenza e accoglie; non appellata

Sent. 2375/2019 (ric. 5548/2015) INCOFARMA: trasferimento sede farmaceutica, attribuzione numero civico (difetto di giurisdizione), liberalizzazione: distribuzione delle sedi, bacino di utenza; definizione di zona; non appellata

Sent. 5051/2018 (ric. 3398/2012 e 4394/2013) CASSANDRO – competenza nell'individuazione: Giunta comunale; competenza alla stesura elenco e bando: dirigente regionale; criteri di distribuzione delle sedi farmaceutiche; valore dei pareri dell'ASL e dell'Ordine dei farmacisti; non appellata

Sent. 464/2018 (ric. 4296/2012) FARMACIA BASILICATA: concetto di equa distribuzione; competenza individuazione: Giunta comunale, es. indicazione di zone; non appellata

Sent. 3417/2017 (ric. 5624/2014) COMUNE MONDRAGONE: decadenza dalla prelazione comunale per mancata attivazione sede farmaceutica entro il termine perentorio stabilito dall'Amministrazione regionale; pendente appello

Sent. n. 3647/2017 (ric. 2227/2016) SACCONE: validità ultra quadriennale della graduatoria, concorso unico regionale, anche per sedi resesi vacanti dopo il bando e la relativa approvazione; appello respinto

Sent. 2766/2017 (ric. 4469/2015) SPERANZA: liberalizzazione e legislazione ante d.l. 1/2012: concorso straordinario: clausola di salvaguardia per le procedura antecedenti; allocazione delle sedi, assenza di zonizzazione, dispensari farmaceutici; non appellata

Sent.2716/2016 (ric. 4341/2015) FIGLIOLINI: liberalizzazione, competenza per l'individuazione: giunta comunale, dispensario farmaceutico; appello respinto

Sent.1177/2019 istituzione nuove sedi, mancanza parere ordine farmacisti e Asl, assorbe per vizio competenza e accoglie; non appellata

Sent. 5931/2017 istituzione due nuove sedi farmaceutiche, distribuzione sul territorio rigetta; non appellata

Sentenza 100/2018 dislocazione sede territorio comunale rigetta; non appellata

2165/2017 impugnazione atti relativi alla gestione farmacia comunale in prelazione senza impugnazione dell'atto di istituzione della nuova farmacia; difetto interesse; non appellata

2675/2017 decadenza diritto prelazione accoglie non appellata

2079/2017 concorso farmacie rigetta; non appellata

2637/2017 decadenza prelazione accoglie; non appellata

2638/2017 decadenza prelazione accoglie; non appellata