

SEDUTA

DI GIOVEDÌ 3 SETTEMBRE 1964

INTERROGATORIO

DEL DOTT. GENNARO CARNEVALE

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE ORLANDI

La seduta comincia alle 17,30.

PRESIDENTE — Onorevoli colleghi, la seduta odierna è dedicata all'audizione del dottor Gennaro Carnevale e del dottor Giambattista Franchini.

Il dottor Carnevale è Presidente della Federazione nazionale sindacale dei proprietari di farmacia.

Dottor Carnevale, la Commissione la ringrazia per la sua collaborazione. Do ora lettura dello schema generale delle domande.

1. — Qual è la sua visione dell'attuale situazione nel settore farmaceutico?
2. — Ritiene adeguata la legislazione vigente nel settore?
3. — Nella risposta al questionario inviato nel 1961 dalla Commissione d'inchiesta alla Federazione, ella dopo aver premesso che sia i prezzi delle specialità medicinali, sia quelli delle manipolazioni di farmacia sono stabiliti dallo Stato, affermò che « ogni argomento relativo alla concorrenza è da considerarsi per le farmacie antistrutturale ». Vuole chiarire il significato dell'affermazione?
4. — Ritiene opportuna l'attuale disciplina delle concessioni di farmacie? Qual è la sua opinione al riguardo?
5. — Ritiene opportuna un'attenuazione della responsabilità dei farmacisti per quanto concerne le specialità medicinali?
6. — In quale misura media incidono i costi di esercizio sui redditi delle farmacie, distintamente per le principali voci?
7. — Quali sarebbero, a suo avviso, gli effetti di una liberalizzazione del settore?

Dottor Carnevale, ella può ora rispondere alle domande dello schema generale, che le è stato comunicato, eventualmente svolgendo le altre considerazioni che riterrà opportune.

CARNEVALE — Preferisco rispondere domanda per domanda.

PRESIDENTE — La prima è la seguente: « Quale è la sua visione dell'attuale situazione nel settore farmaceutico? ».

CARNEVALE — Innanzi tutto, bisogna raggruppare il servizio farmaceutico in tre settori: la produzione industriale, la distribuzione all'ingrosso e il servizio farmacie. Penso che la Commissione voglia riferirsi esclusivamente al servizio farmacie: sarebbe un po' più complicato trattare i problemi dell'industria, cioè della produzione sia dei medicinali galenici che delle specialità medicinali; comunque se la Commissione lo desidera, posso anche trattare l'intera questione.

Limitandomi per ora al servizio farmacie, debbo dire subito che la situazione è grave e, per parecchi motivi, di non facile soluzione. C'è stato, recentemente, un accordo fra l'industria e i grossisti, accordo chiamato deontologico (ma è difficile poter dire quanta deontologia ci sia in esso), per il quale accordato le farmacie sono state gravate ancora di un onere molto sensibile che non sappiamo fino a che punto potrà essere sopportato. Secondo la legge, le farmacie dovrebbero fruire di uno sconto del 25 per cento sulle specialità medicinali. In seguito alla variazione dell'imposta generale sull'entrata introdotta nel 1959, mi sembra, lo sconto fu ridotto al 24,50 per cento; in seguito alla variazione dell'imposta generale, introdotta l'altro giorno, lo sconto è stato ulteriormente ridotto al 23,80 per cento. Quindi, la legge è stata patentemente violata. Si potrebbe dire che l'1 per cento in meno non è un gran che; invece, è molto. Su 4 o 500 miliardi di produzione di specialità medicinali, quanti ne registra l'industria, si tratta di 5, 6 o anche 7 miliardi l'anno. L'accordo fra grossisti e fabbriche, che obbliga i farmacisti a pagare entro 8 giorni, ha prodotto una grave crisi, perché non tutte le farmacie sono in grado di pagare in contanti; e, se non si paga in contanti, non si ha nemmeno il 24 per cento: lo sconto viene ridotto al 23 per cento se si paga a 30 giorni; al 22 per cento se si paga a 60 giorni e così via. Le farmacie, naturalmente non possono reggersi. Gli agenti delle tasse calcolano che le spese di esercizio oscillano a seconda delle città: a Roma e a Milano sono molto alte, perché incidono in grande misura le spese di affitto; in una cittadina di provincia queste incidono molto meno: il 17-18 per cento.

Abbiamo quindi fatto dei passi presso i ministeri delle finanze, della sanità e del lavoro (proprio oggi dovrebbe essere discussa al Senato la questione dell'imposta generale sull'entrata) affinché un emendamento aggiunga all'elenco dei prodotti esenti dal nuovo aumento dell'imposta generale sull'entrata — che è sensibile — anche i medicinali.

L'accordo grossisti-industriali, poi, è in contrasto con un articolo del Trattato di Roma — che è legge non solo per l'Italia, ma per tutti i paesi facenti parte del M. E. C. — il quale vieta in modo categorico che si possa addivenire a questa specie di *trust* a danno di una delle categorie.

Il servizio farmaceutico in Italia è disimpegnato attualmente da circa 11.900 farmacie di cui all'incirca 8 mila urbane e 4 mila rurali, intendendosi per rurali le farmacie aperte nei comuni con popolazione inferiore a 5 mila abitanti. Le farmacie rurali si vanno chiudendo giorno per giorno: nel 1963 ne sono state chiuse 300, di cui una cinquantina nella sola provincia di Treviso. Il motivo?

Non possono sopravvivere: il reddito è minimo, pur essendo le spese molto contenute. Certo, in provincia di Treviso, l'affitto di un locale non costa quanto a Roma, ma ugualmente non c'è quel minimo che consenta di poter vivere. Oggi molti farmacisti rurali insegnano. La scuola media è diffusa in quasi tutti i comuni d'Italia e così essi si sono dedicati all'insegnamento. Non so con precisione a quanto ammonti lo stipendio di un professore, ma credo che il minimo si aggiri sempre sulle 100-120 mila lire. Due o tre mesi or sono, una circolare del Ministero della pubblica istruzione ha disposto che il titolare di una farmacia non può fare il professore, perché vi è incompatibilità fra le due professioni. I farmacisti si sono trovati, perciò, di fronte ad un bivio: o rinunciare alla farmacia o rinunciare alla cattedra. All'unisono hanno rinunciato alla farmacia. E così le farmacie rurali continuano a chiudersi. Al Ministero della sanità si preoccupano di questo fatto e cercano di venire loro in aiuto con qualche sussidio che assicuri un minimo di reddito mensile. Occorrerebbe per lo meno un miliardo e mezzo per assicurare un sussidio di 50-60 mila lire mensili, al fine di invogliare i farmacisti a rimanere nei centri rurali. Ma sono disponibili soltanto 500 milioni circa, che versiamo noi titolari di farmacie urbane come contributo, e circa 400 milioni che ha dato l'I. N. A. M. fin dall'anno scorso (e proprio in questo momento si discute per aumentare questo contributo), per cui mancherebbe circa mezzo miliardo. Siccome non è possibile chiedere danaro allo Stato, perché non ne ha, ho fatto questa proposta: contribuiamo noi, farmacisti urbani, con una somma aggirantesi fra le 30 e le 50 mila lire l'anno. Non è un gran che, ma per lo meno possiamo assicurare ai colleghi rurali la possibilità di vivere nelle loro farmacie di paese.

Per quanto riguarda le farmacie urbane, specialmente quelle delle grandi città, la crisi è dovuta innanzitutto alla diminuzione dello sconto che, come ho detto, in seguito al nuovo aumento dell'imposta generale sull'entrata, è stato ridotto al 23,80 per cento, e alla necessità di pagare in contanti. Ora non tutte le farmacie hanno la possibilità di pagare in contanti, anche perché le banche non danno più un centesimo o, per lo meno, lo danno soltanto a pochissimi. Un altro elemento negativo, come ho già detto, è rappresentato dagli affitti, che sono arrivati alle stelle. Un esempio clamoroso l'abbiamo avuto a Roma. La farmacia *Roberts* è stata venduta. Il proprietario ha dovuto venderla, perché gli era stato chiesto un affitto molto elevato. D'altronde, data l'ubicazione, il proprietario avrebbe potuto realizzare la stessa somma affittando il locale ad una pellicceria o ad una gioielleria. Chi ha comperato la farmacia *Roberts*? A parte il fatto che non avevo il denaro occorrente, anche se lo avessi avuto, non sarei stato così pazzo da comperarla, anche perché è situata in un posto dove la popolazione non c'è più, essendo andata ad abitare nelle nuove palazzine della periferia; al centro sono rimasti solo gli uffici. Intanto la farmacia *Roberts* si reggeva, in quanto contava sui suoi prodotti: infatti, la *Roberts* ha, fra l'altro, una fabbrica di profumeria. L'ha comperata *Lepetit*. Ma *Lepetit* ha un fatturato annuo di 500 miliardi! Cosa interessa ad un'industria di queste proporzioni avere un passivo di 20-30 milioni l'anno? L'ha comperata soltanto per il nome, ma nessun farmacista avrebbe potuto comperarla.

E nella condizione - caso limite - in cui si è trovata la farmacia *Roberts* si trovano molte altre farmacie di Roma. I proprietari dei locali, e non si può loro obiettare nulla, chiedono l'aumento dell'affitto e i farmacisti non hanno possibilità di pagare. Molti proprietari addirittura hanno dato lo sfratto. È il caso di una farmacia a piazza di Spagna. Dove volete che il collega di piazza di Spagna trovi sia pure un buco per mettere una farmacia? Non lo troverà, a meno di pagare cento milioni di buon'uscita.

Comunque, nonostante tutte queste gravi difficoltà, il servizio fino ad ora si è svolto bene - bisogna ammetterlo - tranne nei centri rurali.

PRESIDENTE — La seconda domanda è la seguente: « Ritieni adeguata la legislazione vigente nel settore? ».

CARNEVALE — No. Per quanto riguarda le farmacie ci sono state tre leggi, la legge Crispi, del 1888, ma i tempi erano quelli che erano e si fece una legge in quel senso; poi, la legge Giolitti, del 1915, che disciplinò e riordinò abbastanza bene il servizio farmaceutico; infine, la legge fascista del 1934; e adesso da trent'anni si aspetta la nuova legge. Esiste già, da un anno e mezzo, una proposta di legge presentata alla Camera dall'onorevole De Maria, ce n'è un'altra dell'onorevole Storti, un'altra dell'onorevole Messinetti, un'altra ancora dell'onorevole Bonadei. È stato formulato un testo unico che salvi il salvabile. Quali sono le deficienze della legge attuale, che bisogna assolutamente cercare di eliminare il più presto possibile? La lungaggine dei concorsi. Una volta, la legge di trent'anni fa poteva anche andare; a Roma concorrevano 50-100 colleghi per l'apertura di una farmacia, mentre oggi i concorrenti sono dai due ai tremila. Il che richiede molto tempo per esaminare i documenti dei concorrenti. A questo si aggiungano gli effetti negativi derivanti dalla composizione della commissione esaminatrice; essa è presieduta dal prefetto, dal viceprefetto, dal medico provinciale. Anche il prefetto di Campobasso, per esempio, ha indubbiamente da fare; e il medico provinciale di Campobasso ha ugualmente il suo da fare. Quelli di Roma avranno da fare un po' di più, io penso. Di giorno non possono mai riunire la commissione: sempre di sera. E sono tutti stanchi, come lo siamo tutti, la sera, noi che lavoriamo. Le riunioni potranno durare un'ora o due o tre. E non si possono tenere ogni giorno. E allora un concorso per una farmacia o per dieci farmacie a Roma dura due o tre anni per l'esame dei documenti e altri tre o quattro anni per le nomine. Sembra strano, ma è la legge che è mal congegnata. Essa dice che il medico provinciale (una volta era il prefetto), pubblicata la graduatoria, comunica al primo dei concorrenti il suo posto in graduatoria e lo prega di scegliere la sede. Ma non può inviargli l'elenco delle sedi disponibili: deve mandare tante lettere di nomina quante sono le sedi. L'interessato ha dieci giorni di tempo per comunicare la sede prescelta ed altri 20 per dare le indicazioni riguardanti i locali e la loro ubicazione precisa. Quindi, in totale, un mese. Due anni fa c'erano 20 sedi da assegnare per concorso. Io feci rilevare al medico provinciale che sarebbero occorsi due anni per assegnarle tutte e perciò gli suggerii di riunire tutti gli interessati - i primi venti in graduatoria - ed elencare loro le 20 sedi disponibili, pregandoli di comunicare la sede da ciascuno scelta entro un termine di 10

giorni. Sarebbe stato certamente un metodo molto sbrigativo. E difatti il medico provinciale li convocò tutti, si misero d'accordo e poi si ripresentarono, ognuno avendo fatto la propria scelta. Ma un collega fece ricorso perché era stata violata la legge. Ed effettivamente la legge non era stata rispettata. Il Consiglio di Stato dette ragione al collega. Ci sono, quindi, voluti due anni. Adesso si debbono fare 45 nuove assegnazioni di sede e ci occorreranno quattro anni e mezzo.

PRESIDENTE — Come si spiega un così alto numero di concorrenti?

CARNEVALE — Tutti ambiscono a venire a Roma.

PRESIDENTE — Ma ogni concorrente presumerà che per venire a Roma occorrano determinati titoli. Allora, come si spiega che concorrono anche in tremila?

CARNEVALE — Glielo spiego subito. Prima dell'età di 50 anni, un concorso per una farmacia a Roma non si vince. Lo stesso dicasi, del resto, per i medici condotti: un medico appena laureato non può vincere un concorso per medico condotto a Roma. Occorre una certa anzianità di servizio. Per vincere un concorso a Perugia o a Parma potranno bastare 15 anni; a Roma ce ne vogliono di più. Il concorso non è per esame, ma è solo per titoli. I titoli che noi possiamo possedere sono: anzianità di servizio e pubblicazioni, ovvero titoli scientifici. Questo è il lato debole e anche deprecabile del concorso attuale. Tutti i professori universitari vincono i concorsi. È una cosa proprio scandalosa. Io non lo dovrei dire, ma parlo a persone che hanno il diritto di sapere la verità. Se io concorressi per Roma o per Milano, data purtroppo la mia età, il concorso lo vincerei quasi certamente. Un professore di università lo vince certissimamente. E allora accade questo: il professore che, come livello scientifico è certamente molto più in alto di un povero farmacista come me, apre la farmacia, ma continua a insegnare a Parma, a Messina o a Torino, mentre affitta la farmacia. E questo è uno scandalo!

PRESIDENTE — Le risulta che in genere, i titolari di cattedre siano anche titolari di farmacie importanti? E in quale percentuale all'incirca?

CARNEVALE — Le dirò che a Roma ce ne sono tre: uno ha la cattedra a Torino, il secondo a Palermo e il terzo a Roma. Questa è una cosa che non piace, poiché c'è la massa di giovani colleghi, di collaboratori, che aspirano, come è giusto, legittimo e naturale, ad avere la loro farmacia. Ma quando vinceranno il concorso con la legge attuale? Ad ogni modo, abbiamo fatto sì che nella proposta di legge, che quanto prima sarà esaminata dalla Commissione sanità, vengano agevolati i giovani ed i farmacisti rurali. Questi ultimi, d'altronde, fino all'età di 35-40 anni, si contentano. Dopo, agevoliamoli dando loro in graduatoria un punteggio maggiore. E lo stesso dicasi per i collaboratori. Insomma, agevoliamo i giovani e i rurali. Questo principio è stato accettato dall'onorevole De Maria e da altri deputati ed è da presumere che certamente passerà.

In conclusione, la legislazione è antiquata, quindi deve essere modificata.

Bisogna snellire i concorsi e dare la possibilità ai giovani di avere una loro farmacia, aspirazione legittima, e togliere nello stesso tempo quelle condizioni di vantaggio che gli anziani hanno, purtroppo, in base alla legislazione attuale.

Io potrei, ripeto, concorrere a Torino, Milano, Palermo, Venezia, in tutte le grandi città, perché alla mia età un concorso lo vinco certamente e poi potrei farne una speculazione. Mi viene assegnata la sede x a Milano. Quanto mi dà, lei, perché io rinunci al mio posto? Mi dà un milione? Io rinuncio, poniamo, alla sede di Milano e lei, che è milanese o che ha comunque interesse a restare a Milano, subentra al mio posto. È una speculazione che, bisogna dire la verità, purtroppo c'è. E bisogna evitarla. Ora, che i professori universitari possano concorrere, nessuno può impedirlo, perché la legge dice che chiunque abbia la laurea in farmacia può concorrere. Ma, poi, è indispensabile scegliere: o rinunciare alla cattedra o alla farmacia. Non si possono tenere tutt'e due. Bisogna evitare che si affittino le farmacie. Lei mi può dire che ciò non è consentito dalla legge. È esatto, non è consentito. Non si può e non si deve affittare una farmacia. Però bisogna esaminare bene ciò che dice la legge: essa dice che se io, titolare di una farmacia, debbo assentarmi, debbo innanzitutto notificare la mia assenza al medico provinciale, specificandone il motivo; e posso assentarmi solo dopo avere ottenuto il benestare. Quali possono essere i motivi? Anzitutto, un viaggio. Ma il viaggio può durare un mese o, al massimo, pochi mesi, e quindi non è il caso che si può ipotizzare. Rimangono, allora, motivi di salute, di famiglia o di studio. Per esempio, debbo andare a studiare le rocce della Patagonia: occorrono tre anni. Chi può dirmi di no? E veniamo ai motivi di famiglia: debbo sbrigare una pratica di una complicata eredità a Caltanissetta. Infine, motivi di salute: sono ammalato e non posso certo stare in farmacia. La legge mi prescrive soltanto l'obbligo di nominare un direttore responsabile. Io dico che il dottor Camillo Camilli è direttore responsabile della mia farmacia e mi metto a posto con la legge. Il lato finanziario-amministrativo lo risolvo col direttore, perché la legge non entra in merito. Così fanno tutti i professori di università e questo noi non lo ammettiamo. La nuova legge deve stabilire che il titolare che vince un concorso deve stare in farmacia. Che non ci stia 8 ore al giorno e ce ne stia 4 o 12, non ha importanza; ma ci deve stare. E non deve essere consentito ai funzionari dello Stato, agli ufficiali dell'esercito e della marina farmacisti ed ai professori universitari di avere una loro farmacia dove non vanno mai.

Infine, lo snellimento dei concorsi è una necessità improrogabile, perché i concorsi durano troppo. Il concorso del 1948 a Roma si è risolto nel 1960: 12 anni! Come si può aspettare dodici anni per l'assegnazione di una sede farmaceutica?

PRESIDENTE — Veniamo al terzo quesito: « Nella risposta al questionario inviato nel 1961 dalla Commissione d'inchiesta alla Federazione, ella, dopo aver premesso che sia i prezzi delle specialità medicinali, sia quelli delle manipolazioni di farmacia sono stabiliti dallo Stato, affermò che « ogni argomento relativo alla concorrenza è da considerarsi per le farmacie antistrutturale ». Vuole chiarire il significato dell'affermazione? ».

CARNEVALE — Preciso che a quell'epoca il Presidente della Federazione era il professor Cicconetti. Per quanto riguarda in particolare la concorrenza, noi ci troviamo vincolati perché abbiamo prezzi d'imperio: il prezzo è scritto sulle specialità medicinali ed è stabilito dal Comitato interministeriale prezzi.

Anche per la ricettazione galenica, cioè per quei medicinali, quei prodotti chimici prescrivibili a dosi di medicamento, siamo vincolati: esiste una tariffa ufficiale che, una volta approvata dal prefetto ed oggi dal medico provinciale, va rispettata.

Per inciso le dico che questa tariffa, a Roma, risale a 14 anni fa; e anche questo rappresenta uno scandalo, perché noi paghiamo, per fare un esempio banale, la sparteina, oggi, 150 lire il grammo e la dobbiamo vendere all'I.N.A.M. a 50 lire, perché la tariffa di 14 anni fa stabiliva, appunto, 50 lire. Le ho citato un solo caso, ma ne potrei citare molti altri. Anche questa è una storia che non va: i prezzi vanno aggiornati. Non è onesto, non è equo, non è giusto. Si deve partire dal presupposto che il prezzo d'imperio è applicato sul 99 e mezzo per cento di ciò che si vende in farmacia; il 95 per cento è rappresentato da specialità medicinali, e quindi il prezzo obbligatorio è scritto sul bollino; il resto è rappresentato da prodotti galenici, ricettazione galenica, magistrale o officinale, per i quali v'è una tariffa ufficiale che va ugualmente rispettata; del resto nessuno è così pazzo da non rispettarla, a rischio di compromettersi, per 50 o 100 lire. Ci accontentiamo di rimetterci le 100 lire, perché non vogliamo certo venderci chiusa la farmacia per 15 giorni dal medico provinciale per non aver rispettato la tariffa!

C'è un solo settore, sia pure limitato, nel quale la concorrenza si potrebbe esplicare, quello degli articoli sanitari e prodotti dietetici, per il quale non v'è un prezzo fisso, né imposto dalla legge né dalla tariffa ufficiale. Per quanto riguarda i prodotti dietetici, abbiamo fatto il possibile per ottenere che venisse fissato un prezzo stabilito dalla fabbrica e stampato sul barattolo. Ci siamo riuniti con alcune fabbriche e ci riusciremo anche con le altre, prima o poi. *Guigoz*, ad esempio, per le farine latte e per i prodotti per l'infanzia lo fa già. L'altro settore è rappresentato dagli articoli sanitari: siringhe, aghi, ovatta, ecc.. In questo settore può esservi della concorrenza. Ma dipende dalle risorse finanziarie del farmacista e anche dal lavoro della farmacia stessa: se ho una modesta farmacia, non posso comperare mille siringhe, perché le terrei dieci anni; e naturalmente non mi conviene. Se non ho i mezzi per poter pagare in contanti mille siringhe, non le compero. Una grande farmacia, che ha un consumo enorme di siringhe, può comperarne diecimila, con pagamento in contanti; evidentemente la fabbrica praticherà un prezzo di favore, mentre io, che non ho la possibilità di anticipare un forte capitale né di vendere un forte quantitativo in un breve periodo di tempo, sono costretto a pagare le siringhe a prezzo di listino; non posso quindi venderle allo stesso prezzo della grande farmacia. Perciò anche questo è un settore in cui, prima o poi, si dovrà normalizzare la situazione con l'applicazione di prezzi obbligatori.

Quanto alla limitazione del numero delle farmacie — numero chiuso — la legge attuale stabilisce che vi debba essere una farmacia ogni cinquemila abitanti. Il senatore Giardina, tre o quattro anni or sono, propose di aumentare il numero delle farmacie, istituendone una ogni tremila abitanti. L'onorevole De Maria ha trovato una via di mezzo, proponendo l'istituzione di una farmacia ogni quattromila abitanti.

Su ciò si devono fare molte riserve. Innanzitutto, per vedere se una farmacia possa vivere con 3 o 4 o anche con 5 mila abitanti; può essere anche possibile, ma dipende dal reddito *pro capite* della popolazione. Questo è un fattore importantissimo. Il reddito *pro capite* in Lombardia è di gran lunga superiore a quello della popolazione calabrese. Ciò influisce non sulla spesa per i medicinali, perché oggi il 90 o il 95 per cento della popolazione è assistita dalle varie mutue, bensì sulla spesa dei prodotti non medicinali, cioè degli articoli sanitari e igienici.

In Italia per legge c'è una farmacia ogni 5 mila abitanti; in Francia, una ogni 3 mila abitanti; in Belgio, una ogni 2.500 abitanti; in Spagna, una ogni 7-8 mila abitanti; in Norvegia, una ogni 17 mila abitanti (ma la media, in quest'ultimo paese, dipende dalle distanze che esistono fra i vari paesi e dal fatto che funzionano organizzazioni speciali con sci e slitte per poter rifornire le popolazioni lontane).

Ci si potrebbe domandare allora come mai, se le farmacie nel Belgio sono una ogni 2.500 abitanti, in Francia una ogni 3 mila abitanti, in Italia se ne pretenda una almeno ogni 5 mila abitanti. La ragione c'è. Innanzitutto, le farmacie francesi vivono con il 60 per cento degli incassi di profumeria ed, in secondo luogo, per legge, fanno tutte le analisi, anche quelle chimico-biologiche che noi non possiamo fare e che rappresentano il 10 per cento degli incassi.

C'è poi un terzo elemento di differenziazione, il più saliente: mentre noi abbiamo il 23,80 per cento di sconto, come ho detto prima, in Germania per esempio, esso è del 37,50 per cento. Inoltre noi, per legge, paghiamo il 5 per cento agli enti mutualistici e assistenziali ed il 2 per cento agli uffici provinciali; quindi, sottraendo il 7 per cento al 23,80, lo sconto si riduce al 16,80 per cento.

E allora si raddoppi la percentuale di sconto e si riduca pure il numero degli abitanti per farmacia!

A proposito della liberalizzazione delle farmacie, faccio presente che io, giorni fa, ho chiesto al Ministero della sanità la loro nazionalizzazione. Si badi che io sono contrario a nazionalizzazioni, municipalizzazioni, statalizzazioni, ma ho fatto la predetta richiesta di fronte alla pretesa dell'I. N. A. M. di aprire farmacie municipali in tutti i comuni rurali (l'I. N. A. M. non si vuol compromettere nei comuni rurali dove costerebbe un occhio aprire una farmacia) e farmacie delle mutue nei grandi centri. Se dobbiamo correre un tal rischio è meglio la nazionalizzazione, perché almeno avremo uno stipendio pagato dallo Stato, la pensione e l'indennità di liquidazione che ora nessuno ci dà.

Quale è il rischio della liberalizzazione dell'esercizio? È uno solo: il monopolio, sia verticale che orizzontale. In Inghilterra la ditta *Busch* possiede 1.200 farmacie. Cosa succederebbe se domani in Italia si giungesse alla liberalizzazione? Mi spiego con un esempio. Noi siamo un gruppo di banchieri con miliardi da investire, troviamo dei giovani colleghi laureati, che possono quindi essere intestatari di farmacia, mentre noi banchieri per legge non potremmo esserlo, non essendo laureati in farmacia; e ciascuno di questi giovani sceglie una sede; ma essi saranno solo titolari di farmacia, mai i proprietari, perché noi finanziatori li faremo fallire se non faranno quel che diciamo. E peggio avviene con le grandi

industrie: in Italia ci sono 7 mila farmacisti-propagandisti dipendenti della grande industria. Le conseguenze del monopolio possono esser gravi specialmente per il pubblico e per i giovani collaboratori che aspirano ad aprire una loro farmacia.

Mi si chiede cosa avviene negli Stati Uniti. Io non sono mai stato negli Stati Uniti, anche se ne seguivo attentamente le evoluzioni riguardanti l'organizzazione delle farmacie; la conclusione cui si deve arrivare è che, in America le farmacie vendono anche altri prodotti, come cappelli e scarpe.

PRESIDENTE — Ma questo avviene per certi tipi di medicine che si vendono senza ricetta medica. Così, mentre in Italia l'aspirina si compra in farmacia, negli Stati Uniti la si può comprare anche dal giornalaio; ma per quanto riguarda la vendita specifica di prodotti farmaceutici soggetti a ricetta, mentre in Italia è possibile comprare tutto senza ricetta, negli Stati Uniti la vendita di essi è assolutamente impossibile senza prescrizione medica.

CARNEVALE — Quello che dice è esatto.

Anche arrivare alla liberalizzazione della vendita del prodotto da banco è pericoloso. Mi spiego con un esempio. Oggi c'è una malattia che, non dico sia di moda, ma si va diffondendo sempre più: l'allergia. Siamo tutti allergici; chi ad un prodotto chi ad un altro. Ogni giorno entrano in farmacia persone che dicono di essere allergiche al piramidone, alla fenacetina e così via, tanto che non si trova un prodotto che si possa vendere a piacere.

È da tener presente che i prodotti come il piramidone ed altri sono brevettati, per cui sull'involucro non è mai scritta tale denominazione.

Se fosse liberalizzata la vendita, qualora il cliente dichiarasse che è allergico al piramidone, poiché sull'involucro non può star scritto « Piramidone », nome brevettato, è ovvio che soltanto un farmacista potrebbe sapere di che si tratta. Può essere pericolosa anche l'aspirina. È stato accertato da uno studio che ogni compressa di aspirina produce un'emorragia di 10 centimetri cubici di sangue nell'intestino e, se già l'individuo ha sofferto altra volta di emorragia intestinale, una compressa di aspirina può avere risultato letale.

Noi pensiamo che la liberalizzazione dell'esercizio farmaceutico possa essere un danno e che la liberalizzazione della vendita rappresenti un pericolo non per il farmacista ma per la salute del pubblico.

Vorrei aggiungere che siamo anche contrari alle farmacie comunali. L'onorevole Ricca naturalmente deve difenderle, ma noi non siamo d'accordo.

PRESIDENTE — La successiva domanda è: « In quale misura media incidono i costi di esercizio sui redditi delle farmacie, distintamente per le principali voci? ».

CARNEVALE — La domanda è molto importante e tocca un grosso problema. Nel breve promemoria che lascio alla Commissione, sono riportati alcuni dati che citerò sommariamente (1).

Distinguiamo tre tipi di farmacie: una grande con un incasso di 90 milioni l'anno, una media con un incasso di 60 milioni, una piccola con un incasso di 30 milioni. A Roma, la farmacia con un incasso di 30 milioni annui è destinata a

(1) v. in Appendice, pag. 187,

fallire. L'anno scorso ne sono fallite tre. Delle 500 farmacie che ci sono a Roma, solo 15 o 20 consentono guadagni rilevanti. Dipende dalla ubicazione; sono in posizione sufficientemente favorevole quelle situate in zone con palazzoni di 10 piani o in punti di maggiore afflusso di gente. L'ubicazione è molto importante. A Porta Pia, per esempio, c'è un giornalaio il quale, dicono, non ha voluto cedere l'edicola per trentamila lire al giorno. Ma, ad eccezione delle 15 o 20 farmacie cui accennavo, di tutte le altre a Roma, un centinaio consente di vivere modestamente, ma senza preoccupazioni economiche; le rimanenti 300 devono stare ben attente e si reggono perché sono aziende familiari in cui la moglie, il marito, il figlio, la nuora sono tutti farmacisti. Non hanno quindi oneri di stipendio al personale e di contributi assicurativi che incidono per il 50 per cento sul guadagno. L'utile medio lordo è del 29 per cento per le farmacie che incassano 90 milioni annui, del 28,14 per quelle che incassano 60 milioni, del 25 per cento per quelle che incassano 30 milioni.

Passiamo all'argomento « spese ». La ricchezza mobile, la complementare e l'imposta di famiglia hanno un'incidenza del 2,43 per cento; gli stipendi al personale incidono in misura del 12,72 per cento. In una farmacia a Roma, per modesta che sia, occorre necessariamente la presenza di due persone; altrimenti, se uno si ammala deve chiudere. Due persone sono dunque il minimo.

Per quanto riguarda gli affitti, questi variano da rione a rione e sono bloccati, specialmente nel centro. Non so come se la caveranno i farmacisti di piazza Venezia e piazza del Popolo, perché dal 31 dicembre gli affitti arriveranno alle stelle.

Per partecipare al concorso si deve dimostrare di avere due milioni, ma con soli due milioni non si può nemmeno allestire una vetrina. Ci vogliono almeno quattro milioni. E rimane la spesa per i medicinali. In un piccolo paese ci vogliono almeno due milioni di medicinali, ma a Roma ne occorrono non meno di 25 o 30 milioni. Mi si chiederà: perché? Non si tratta delle stesse medicine?

La spiegazione è semplice: sono registrate in Italia 25 mila specialità medicinali che, con le varie confezioni, arrivano a 40 mila. A Roma, una buona farmacia non può reggersi se ha meno di 25 mila o 30 mila voci. Tutto questo rappresenta l'immissione di un capitale che può essere valutato intorno ai 25 o 30 milioni. Ora io mi domando: perché obbligare il farmacista ad impiegare tanto capitale, quando a Campobasso, tanto per fare un esempio, possono bastare 4 o 5 milioni? È chiaro che un medico non può tenere a mente 25 mila nomi di specialità medicinali. Ne ricorderà 200 o 300. Ora in una piccola città vi sono 5 o 10 medici e al massimo si arriva a 3 o 4 mila specialità. A Roma, invece, vi sono 8 mila medici e da questo deriva il fatto che occorre un capitale enorme.

Si tenga conto, inoltre, che quasi tutte le specialità hanno una scadenza ed è difficile, per non dire impossibile, che il farmacista riesca a constatare che il prodotto sia avariato. Infatti, per legge noi non possiamo aprire l'involucro. Però se il cliente ritorna in farmacia per far vedere che, aperta la fiala, il prodotto in essa contenuto era palesemente avariato, noi abbiamo il dovere di sostituirlo: quindi denaro perduto. È attualmente in atto in Italia un grande processo che si svolge a Milano nel quale sono coinvolto anche io; in tutto siamo mille o due mila farmacisti. È accaduto che la ditta *Richter*, una ditta molto seria, si è accorta

ad un certo momento che uno dei suoi prodotti più in uso, il Cortigen, era stato falsificato, mi sembra a Napoli. Credo che fossero stati immessi in commercio 10 o 100 mila scatole. Al procuratore della Repubblica che mi interrogò dissi che la cosa poteva essere vera. Ad ogni modo la ditta che, ripeto, è una ditta seria, fu costretta a ritirare il prodotto. È chiaro che i farmacisti non c'entrano per niente in quanto, come ho detto prima, hanno l'obbligo di consegnare il prodotto così come si trova e quindi sono costretti a subire la perdita quando per caso il prodotto risulti avariato. Ecco quindi che il guadagno del 3,85 per cento sul 23,80 per cento comprende non soltanto il lavoro ma anche l'interesse sul capitale e le eventuali perdite.

Come riusciamo a tirare avanti? L'ho già detto prima: siamo impegnati come azienda familiare nella quale lavorano il marito, la moglie, ecc. Basti pensare che l'opera di un collaboratore viene a costare complessivamente quasi 300 mila lire al mese. Quindi, per le farmacie, non è tutto oro quello che riluce. E poi adesso gli agenti delle tasse ci controllano attraverso l'I. N. A. M. che fornisce tutti i dati e non è più possibile sfuggire in alcun modo ad una pressione fiscale enorme, aggravata del 5 per cento che dobbiamo corrispondere agli enti mutualistici per legge.

Avevo accennato prima agli sconti che i farmacisti hanno negli altri paesi sulle specialità medicinali: in Francia il 30 per cento, in Germania il 37,50 per cento, in Svizzera il 30 per cento, in Belgio il 30 per cento, nel Lussemburgo il 30 per cento, in Olanda il 33 per cento, in Italia (da ieri) il 23,80 per cento. Questa percentuale è da noi ritenuta insufficiente. Ho anche accennato agli effetti di una liberalizzazione del settore. Non è prudente né liberalizzare l'esercizio delle farmacie, ciò che porterebbe senz'altro al monopolio orizzontale e verticale, né liberalizzare la vendita, fosse pure di pochi prodotti. Sarebbe un'imprudenza. Comunque, secondo quanto è stato riferito da parte di un delegato olandese al M. E. C., sembra che il Governo italiano in quella sede si sia pronunciato contro questa eventualità.

PRESIDENTE — Gli onorevoli colleghi hanno ora facoltà di formulare domande integrative da sottoporre al dottor Carnevale.

NATOLI — È in grado, dott. Carnevale, di chiarire meglio la sua affermazione secondo la quale il recente accordo tra industriali e grossisti avrebbe caratteristiche tali da essere definito come un'intesa di tipo monopolistico? Nel caso che non fosse in possesso ora del testo dell'accordo, può farcelo pervenire in un secondo momento?

PRESIDENTE — Ella, dottor Carnevale, ha ascoltato la domanda formulata dall'onorevole Natoli. Ha facoltà di rispondere.

CARNEVALE — Per quanto riguarda il testo mi riservo di farlo pervenire alla Commissione (1). L'accordo consiste in questo: come è noto, per legge, noi avevamo (da ieri non più) il 24,50 per cento di sconto. Oltre a ciò, godevamo di alcune agevolazioni: se il volume degli acquisti arrivava ad 1 milione di lire, i grossisti ci accordavano l'1 per cento di sconto in più; se si aveva la possibilità

(1) v. in Appendice, pag. 188, nota n. 1.

di pagare in contanti si arrivava al 26,50 per cento. Se poi, proprio alla consegna delle merci il farmacista era in grado di pagare tutto l'importo, si arrivava al 27,50 per cento. Era un margine discreto che ci consentiva un certo profitto. Con l'accordo di cui ho parlato prima, che è stato chiamato deontologico — che storditura mentale! — il risultato è stato il seguente: industriali e grossisti si sono messi d'accordo non tanto per nuocere ai farmacisti (non bisogna essere troppo severi), quanto perché si sono trovati di fronte a notevoli difficoltà in relazione alla congiuntura economica attuale che tutti conoscono. Avendo le banche stretto i cordoni delle loro borse, industriali e grossisti si sono trovati privi di quella disponibilità di danaro che prima avevano. E allora hanno deciso di non dare uno sconto superiore al 24,50 per cento in modo da costringere i farmacisti a pagare in contanti. Gli operatori economici avranno le loro buone ragioni, non lo nego, però molti farmacisti, non essendo in grado di pagare, sono stati costretti a chiedere una dilazione di pagamento. Di fronte a questa richiesta il grossista consegna egualmente la merce, però non dà più il 23,80 per cento di sconto, ma di meno. Ecco perché è stato stipulato l'accordo, ma a mio avviso si è errato, perché l'accordo avrebbe dovuto essere fatto a tre, se si voleva trovare veramente una via di uscita.

PRESIDENTE — Per lei sarebbe stato più « deontologico » se si fosse trattato di un patto a tre?

CARNEVALE — No, no, qui la deontologia non c'entra. Soltanto, si sarebbe trattato di un accordo possibile ed attuabile. Comunque, di fronte a questo vero e proprio ricatto i farmacisti hanno protestato e hanno cercato di difendersi. Il 90 per cento del lavoro delle farmacie è dato dagli entimutualistici. L'I.N.A.M. non ci paga in contanti e le ricette spedite durante il mese di agosto, entro il 10 settembre debbono essere presentate ad un così detto ufficio di tariffazione. Occorre un altro mese per la fatturazione e per tutti i cosiddetti adempimenti, che a noi non interessano, ma che invece sono graditi all'I.N.A.M., il quale fino ad oggi li ha svolti a nostre spese. Passa così un altro mese. L'I.N.A.M. dà un acconto nella misura del 50 per cento mentre il saldo lo fa a 60 giorni, a presentazione della fattura. In altri termini, rimborsa con quattro mesi circa di ritardo.

PRESIDENTE — L'I. N. A. M. quale percentuale rappresenta del totale del vostro fatturato?

CARNEVALE — Tutta la mutualistica rappresenta il 90 per cento del fatturato. Tenendo presente che a Roma l'E. N. P. A. S. ha circa 400 mila iscritti si può calcolare che a Roma città l'I. N. A. M. rappresenti il 60 per cento. A Milano, invece, l'E. N. P. A. S. raggiunge soltanto 30 mila iscritti contro i 400 mila di Roma. Però l'E. N. P. A. S. paga direttamente. Bisogna tener presente inoltre che in Italia, tra grandi e piccoli, esistono complessivamente una sessantina di enti mutualistici.

A Bruxelles, giorni fa, mi dicevano che i belgi ci invidiano questa nostra situazione, esistendo in quel paese oltre 900 enti mutualistici. Quindi, possiamo essere lieti delle nostre 60 mutue; però bisogna tener conto che, ad esempio, la S. T. E. F. E. R., l'A. T. A. C., l'A. C. E. A. e la T. E. T. I. non ci pagano dopo

tre mesi, ma dopo molti mesi. Ieri sera, infatti, da parte della mutua degli artigiani mi è stato inviato un mandato che si riferisce al marzo del 1963, cioè a dire ad un anno e mezzo fa. È evidente che non si può andare avanti così. Bisogna riconoscere, per la verità, che l'I. N. A. M. paga con minore ritardo, ritardo che ora si sta cercando di abbreviare ulteriormente.

D'AMATO — Fino a quando non sono entrate in azione le restrizioni sul credito, riuscite a realizzare i vostri crediti?

CARNEVALE — Sì. La Banca del lavoro, in base al fatturato I. N. A. M. ci anticipava l'80 per cento del totale. Ma ora non lo fa più. Bisogna tener presente che a Roma esistono farmacie che, soltanto di fatturato I. N. A. M., raggiungono ogni mese la somma di 15-20-25 milioni di lire, per cui diventa impossibile anticipare una somma del genere.

D'AMATO — Quale è attualmente il reddito di una farmacia rurale?

CARNEVALE — Proprio adesso si sta cercando di determinare presso il Ministero del lavoro la misura degli onorari con l'I. N. A. M. Non si può stabilire con precisione il reddito di una farmacia rurale. Innanzi tutto perché esso dipende, ma non esclusivamente, dal numero degli abitanti. In un paese con 3 mila abitanti il farmacista può vivere decorosamente; con 2 mila abitanti già le cose vanno male. Esiste, tuttavia, un paesetto in provincia di Udine con 800 abitanti il cui farmacista ha una mutualistica maggiore di quella che io ho a Roma. Nei pressi del paese esiste, infatti uno stabilimento con 1.000 operai che godono tutti della assistenza I. N. A. M. Ciò per dimostrare che non si può affermare che il reddito di una farmacia rurale esistente in un paese con 3 mila abitanti e quello di una farmacia situata in un paese con 5 mila abitanti debbano essere proporzionali; tutto ormai dipende dai complessi industriali che si trovano nel circondario e che convogliano un numero di operai più o meno notevole in una determinata farmacia.

Poiché la mutualistica è una realtà irreversibile, l'unica speranza è che ci sia una nuova regolamentazione di essa. Ma ciò dipenderà soprattutto dal Parlamento. Recentemente l'onorevole Delle Fave mi domandava se si mirava a scardinare il sistema. Gli dissi che potevo rispondere con le parole di Mussolini, il quale, riferendosi non so a che cosa, affermava che la crisi o è nel sistema oppure è del sistema. Se è nel sistema, con la buona volontà, noi possiamo metterci d'accordo; se è del sistema, è evidente che la soluzione potrà trovarsi solamente in sede parlamentare.

E infatti una regolamentazione del settore è stata prospettata in sede parlamentare. L'onorevole Zaccagnini ha formulato delle proposte; esiste inoltre la proposta, molto elaborata, del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, che ha inquadrato tutto il problema cercando di unificare tutte le mutue e di adottare un trattamento più o meno uguale per tutte. Ma siamo uomini e sapete da chi verranno le maggiori resistenze? Dai dirigenti degli attuali enti mutualistici.

SCARPA — Il dottor Carnevale ha fatto un accenno al valore totale della produzione farmaceutica italiana indicandolo, se ho ben capito, intorno ai 400-500 miliardi di lire. È esatto?

PRESIDENTE — Ella, dottor Carnevale, ha ascoltato la domanda formulata dall'onorevole Scarpa. Ha facoltà di rispondere.

CARNEVALE — Sì. Presumo che la cifra sia di questa portata perché soltanto l'I. N. A. M. paga 200 miliardi. Raddoppiando tale cifra ho ottenuto 400 miliardi.

SCARPA — Ecco ora una seconda domanda. Può dirci quale percentuale è di proprietà dell'industria farmaceutica sul totale delle farmacie esistenti in Italia?

PRESIDENTE — Ella, dottor Carnevale, ha ascoltato la domanda formulata dall'onorevole Scarpa. Ha facoltà di rispondere.

CARNEVALE — Non posso precisarlo con certezza, ma posso dire che le industrie farmaceutiche posseggono soltanto quelle vecchie farmacie che ancora possono gestire. Infatti, la legge del 1934 stabiliva che le farmacie sono assegnate *ad personam*, anche se dava la possibilità ai titolari di farmacie di mantenerle fino alla cessazione dell'esercizio.

Nella proposta di legge, discussa ed approvata alla Camera lo scorso anno ma bloccata al Senato proprio due ore prima che quel ramo del Parlamento venisse sciolto, si stabiliva che le società proprietarie di farmacie dovessero venderle entro il 31 dicembre 1964. Questo provocò reazioni non solo da parte degli industriali, ma anche da parte delle cooperative. Esistono, infatti, cooperative farmaceutiche che posseggono due o tre farmacie. A Torino, per esempio, l'Alleanza cooperativa ne possiede 9. È umanamente pensabile che essa abbia cercato di interferire sul provvedimento. A Roma soltanto di recente la *Lepetit* figura come proprietaria di farmacie.

SCARPA — Recentemente, quindi non in virtù della legge 1934?

CARNEVALE — La *Lepetit* ha potuto comperare la farmacia *Roberts* solo perché era vendibile. Non tutte le farmacie infatti sono vendibili; la legge dice che sono vendibili soltanto quelle che non sono state mai vendute dopo il 1934. Tanto per fare un esempio, la farmacia che io possiedo a Roma non posso venderla, a meno che non venga approvato il provvedimento che si trova in discussione alla Commissione igiene e sanità. Quella che possedevo prima, 30 anni fa, era vendibile ma soltanto *una tantum*; chi l'ha comperata non può più rivenderla.

LEONARDI — Ma con la vendita non avviene il passaggio di proprietà?

CARNEVALE — La farmacia in ogni caso viene messa a concorso ed il figlio farmacista, in base all'attuale legge, anche se è l'ultimo nella graduatoria, ha il diritto di precedenza. Nella nuova proposta di legge è stata concordata — ed anche l'onorevole Messinetti si è dichiarato in ciò d'accordo — l'abolizione dell'articolo 107 che dà la preferenza al coniuge o al figlio farmacista.

SCARPA — Vorrei ritornare alla questione iniziale: quante all'incirca sono le farmacie di proprietà delle industrie farmaceutiche?

CARNEVALE — Ritengo che in tutta Italia non siano più di un centinaio. Ad ogni modo il numero esatto lo comunicherò per iscritto (1).

SCARPA — Un'ultima domanda. Quali sconti le risulta che siano praticati dalle industrie farmaceutiche agli ospedali?

(1) v. in appendice, pag. 189, nota n. 2.

PRESIDENTE — Ella, dottor Carnevale, ha ascoltato la domanda dell'onorevole Scarpa. Ha facoltà di rispondere.

CARNEVALE — Con questa domanda lei ha messo, come si suol dire, il dito sulla piaga. La legge, infatti, non consente che si fabbrichino prodotti per gli ospedali. Purtroppo le confezioni ospedaliere esistono. Tuttavia le industrie, temendo la legge, oggi si servono del tramite delle farmacie per vendere i loro prodotti agli ospedali, mentre prima li spedivano direttamente. Che cosa succede, ad esempio, quando giunge al farmacista un pacco contenente medicinali per un determinato ospedale? La ditta produttrice nella fattura, supponiamo di 300 mila lire, dice che soltanto il 4 per cento spetta al farmacista. Ma noi farmacisti non vogliamo fare questo lavoro per guadagnare soltanto il 4 per cento, anche perché — bisogna dire tutta la verità — le cliniche private sono i peggiori clienti per due motivi: innanzi tutto perché esse si rivolgono alle farmacie soltanto quando non dispongono del medicinale occorrente nei propri ambulatori, che sono delle farmacie vere e proprie; in secondo luogo, perché non pagano mai e quando pagano chiedono che venga loro praticato il 20-25-30 per cento di sconto. Tempo fa io possedevo una farmacia in una zona di Roma, che non intendo nominare per ovvi motivi, ed ero circondato da 18 cliniche private ed il risultato è stato che mi hanno completamente rovinato. Sono stato lieto di andare via da quella zona pur non avendo riscosso nemmeno tutti i crediti.

SCARPA — Mi perdoni, dottor Carnevale, se ritorno all'argomento iniziale: quale sconto le risulta sia praticato dalle industrie agli ospedali?

CARNEVALE — Ritengo che si aggiri dal 32 al 36, al 40 ed al 50 per cento a seconda dei loro accordi. Le industrie fanno variare lo sconto a seconda della rilevanza dell'ospedale. Se si tratta di una clinica privata, la quale ovviamente non può consumare un grande quantitativo di medicinali, si pratica lo sconto massimo del 32 per cento, quello cioè che si fa ai grossisti; se si tratta, invece, di una clinica privata o pubblica con un numero di posti letto superiore ai 300, evidentemente si raggiungono altri accordi sull'entità dello sconto.

SCARPA — A noi è giunta una notizia che parla dell'80 per cento di sconto concesso agli ospedali.

CARNEVALE — Mi rifiuto di crederlo perché, in questo caso, si dovrebbe vendere acqua fresca. Del resto, tutti sanno che il produttore sostiene delle spese. Ad ogni modo assumerò informazioni in merito.

BUSETTO — È vero che i farmacisti, fondando dei consorzi, possono trasformarsi in grossisti?

PRESIDENTE — Ella, dottor Carnevale, ha ascoltato la domanda dell'onorevole Busetto. Ha facoltà di rispondere.

CARNEVALE — A Torino c'è un'unione cooperativa, che è una società per azioni in cui tutti i farmacisti sono azionisti, che funziona ottimamente. Questa società svolge una funzione calmieratrice notevole nei confronti di altri grossisti, in quanto se questi ultimi, ad esempio, vendono un prodotto a 50 lire, la società lo vende a 45 lire. A Roma esiste la società Medina, in cui sono riuniti 40 o 50 farmacisti romani, che funziona abbastanza bene, pur non avendo lo stesso

successo della società torinese. Anche nel Veneto ce ne sono parecchie. Comunque tutte queste società svolgono una funzione utile calmieratrice rispetto agli altri grossisti; per il resto funzionano bene o male a seconda dell'amministrazione, come sempre avviene.

BUSETTO — Ma forniscono solo le proprie farmacie?

CARNEVALE — No, sono grossisti come tutti gli altri e praticano quindi gli stessi sconti sia ai propri azionisti che agli altri farmacisti.

BUSETTO — E quale sconto possono praticare?

CARNEVALE — Come ho detto, la maggior parte dei prezzi è fissata di imperio; per il resto il vantaggio dipende dall'andamento buono o cattivo degli affari.

LEONARDI — Ella, dottor Carnevale, ha detto prima di esser contrario alle farmacie municipalizzate; potrei saperne la ragione?

PRESIDENTE — Ella, dottor Carnevale, ha ascoltato la domanda dell'onorevole Leonardi. Ha facoltà di rispondere.

CARNEVALE — Mi dispiace dover contraddire l'onorevole Ricca, che sostiene il contrario, ma esporrò le mie ragioni. A Roma, nell'ultima revisione della pianta organica, è stata proposta l'apertura di 15 farmacie comunali. Forse si fa ciò per agevolare il pubblico? No, perché sulle specialità, che costituiscono il 90 per cento dei prodotti, vigono prezzi d'imperio. I comuni dovrebbero aprire le farmacie nei paesi in cui vi è carenza. A questa condizione, siamo d'accordo!

LEONARDI — In tal modo si accolla all'ente pubblico la perdita e si mantiene per il privato la rendita di posizione, arrivando cioè ad una posizione monopolistica.

CARNEVALE — E allora cerchiamo di contemperare le cose. Apra lo Stato farmacie nei piccoli centri. Lo Stato ha l'obbligo dell'assistenza sanitaria e se vuol aprire le sue farmacie a Roma, lo faccia pure, ma ne apra anche a Roccamandicci, dato che il comune di Roma ha il bilancio che ha e non potrebbe farlo.

LEONARDI — Il problema non è quello di vendere al pubblico a prezzi diversi, ma quello di dare la possibilità di rifornirsi di medicinali a condizioni di sufficiente comodità. Anche nei quartieri periferici di Milano, ad esempio, si verifica il caso cui lei accennava, perché per il farmacista privato non è appetibile andare in quelle zone.

CARNEVALE — La sua osservazione è molto saggia. Abbiamo provveduto nelle zone in cui l'iniziativa privata è deficitaria. Su questo punto si è raggiunto un accordo in sede di commissione, ma con dei limiti, per rientrare nella pianta organica del comune. È giusto del resto, perché se dalla pianta organica risulta che a Roma occorrono 100 farmacie non se ne possono aprire 500.

PRESIDENTE — Mi pare, dottor Carnevale, che con questa risposta sia esaurito il suo interrogatorio.

CARNEVALE — Vorrei aggiungere ancora una cosa. Nel nuovo disegno di legge, e credo che abbiate la possibilità di interferire in merito, le procedure per determinare le graduatorie devono esser modificate. Oggi sono le commissioni provinciali che hanno la facoltà di stabilire quali criteri seguiranno; e questo metodo non piace a nessuno, perché così si può risultare il primo a Roma e l'ul-

timo a Torino. Supponiamo, infatti, che io sia laureato in farmacia e medicina e un altro concorrente in farmacia e veterinaria. Tutt'e due partecipiamo al concorso e io, essendo medico, dovrei avere, a rigore, un merito superiore; ma se un membro della commissione tiene ad aiutare l'altro concorrente, quest'ultimo può aver la meglio e vincerà il concorso.

D'AMATO — Ma non c'è possibilità di ricorso al Consiglio di Stato?

CARNEVALE — Sì, ma solo per motivi di illegittimità.

Oggi noi siamo gli unici professionisti che possano esercitare con tre diversi titoli di studio: la vecchia laurea unica in chimica-farmacia, che non esiste più; il vecchio diploma che non esiste più e la nuova laurea in farmacia. E sa lei, signor Presidente, quanto sono stati valutati a Roma questi titoli? 25 punti il diploma, 30 la laurea e 35 la vecchia laurea che da trenta anni non esiste più. Come si può superare un vantaggio di 10 punti? Io che ho due lauree, che ho fatto tanti esami in più e due anni in più di Università ho 80 punti. Pertanto la legge deve esser fatta su piano nazionale perché i risultati possano esser uguali dovunque, a Catanzaro come a Perugia.

PRESIDENTE — Non vi sono altri onorevoli che chiedono di sottoporre domande al dottor Carnevale.

Ringrazio di nuovo, a nome della Commissione, il dottor Carnevale.

PAGINA BIANCA

APPENDICE
ALL'INTERROGATORIO DEL DOTT. GENNARO CARNEVALE

PAGINA BIANCA

1) Occorre premettere che per legge esiste il prezzo fisso di vendita dei medicinali al pubblico, mentre per il prezzo di acquisto dai produttori il legislatore si è preoccupato, allo scopo di garantire il migliore espletamento del delicato servizio sanitario, di assicurare ai farmacisti un utile lordo non inferiore al 25 per cento (regio decreto 3 marzo 1927, n. 478, articolo 13, punto 7; decreto del Presidente della Repubblica 23 ottobre 1963, n. 1730, articolo 1, n. 7) che si è poi ridotto al 24,50 per cento — contro la legge — essendo stato dai produttori e grossisti accollato ai farmacisti il maggior onere derivante dalla modifica dell'imposta generale sull'entrata. Ciò significa che, mentre il mercato di vendita al pubblico dei medicinali è sottratto al regime di libera concorrenza, il mercato di acquisto dei medesimi rimane invece affidato, pur entro i minimi margini oggi consentiti, alle normali regole del gioco concorrenziale, come di fatto, è sempre avvenuto. Col decreto legge sull'imposta generale sull'entrata dello scorso settembre, il suddetto 24,50 per cento venne ridotto al 23,80 per cento.

Va inoltre premesso che nell'intero settore economico di produzione e vendita del farmaco esiste una situazione gravissima di disagio dovuta a diversi fattori (aumenti dei costi, ribassi dei prezzi, ecc. ...). Delle tre categorie (industriali, grossisti e farmacisti) quella delle farmacie, come ultimo e più debole anello della catena, è quella che versa nella situazione più disagiata, soprattutto per gli intollerabili oneri fiscali e mutualistici. Il tutto come risulta dai conteggi allegati al memoriale consegnato a codesta onorevole Commissione.

Fatte queste premesse, occorre dire in sintesi, riservando più sotto un cenno alle specifiche violazioni di legge, che le intese, sotto la nobile etichetta deontologica e i proclamati intenti morali, tentano di mascherare l'illegittima pretesa di soffocare un'intera categoria professionale, quella dei farmacisti, tra i cancelli del prezzo fisso di vendita stabilito per legge e quello, cui tendono gli accordi citati, del prezzo fisso di acquisto. In altri termini, all'insaputa ed ai danni dei farmacisti, le altre due categorie interessate alla produzione e alla vendita del farmaco hanno cercato di riversare sui farmacisti stessi il maggior peso del gravissimo disagio economico esistente in tutto il settore. La prassi non è nuova, in quanto come si è detto, già messa in atto con l'imposta generale sull'entrata.

Quanto alle specifiche violazioni di legge, a parte l'evidente contrasto delle intese con l'emendata legge sulla libertà di concorrenza, che rientra fra gli impegni programmatici del Governo, si rinvia sommariamente a:

a) Gli articoli 41 della Costituzione e 2595 del codice civile. La formazione di un cartello e il ricorso a mezzi professionalmente scorretti, come il boicottaggio nonché la costituzione di gruppi privilegiati di acquirenti (le 600 farmacie cosiddette « fiduciarie ») in tutto il territorio nazionale, determinano uno sconvolgimento del mercato e un gravissimo pregiudizio non solo per l'intera categoria dei farmacisti ma per gli stessi consumatori nel delicato settore del farmaco.

b) L'articolo 2596 del codice civile che stabilisce lo sfavore della legge per i patti limitativi della concorrenza e ne determina tassativamente le condizioni di validità, che non sono rispettate nelle intese suddette.

c) L'articolo 2597 del codice civile in quanto si tratta di rifiuto concordato di vendita.

d) L'articolo 2598 n. 3 del codice civile, considerando che i grossisti si trovano in concorrenza con i farmacisti e così gli industriali, mediante le loro farmacie. L'uso di mezzi professionalmente scorretti e l'introduzione di criteri discriminatori e di clienti privilegiati rappresentando l'inconcepibile ritorno ad un regime di arbitri e privilegi, che contrasta per definizione con il sistema costituzionale di libera concorrenza.

D'altro canto le modalità delle pattuizioni (stipulate senza nemmeno interpellare i farmacisti) e le attuali gravissime circostanze del mercato, che hanno ridotto all'estremo disagio le tre categorie interessate, dimostrano all'evidenza lo scopo doloso delle intese di sottrarre alla sola categoria dei farmacisti il già minimo margine di utile a disposizione, appena necessario per sopravvivere.

e) L'articolo 85, n. 1, lettera a), d) del Trattato di Roma (legge 14 ottobre 1957, n. 1203).

2) Dai dati in possesso della Federazione nazionale sindacale dei proprietari di farmacia, dati sui quali però bisogna fare delle riserve, le farmacie di proprietà di industrie farmaceutiche dovrebbero essere 275.

PAGINA BIANCA

SEDUTA

DI GIOVEDÌ 3 SETTEMBRE 1964

(seguito)

INTERROGATORIO

DEL DOTT. GIAMBATTISTA FRANCHINI

PAGINA BIANCA

PRESIDENTE — Onorevoli colleghi, la seduta prosegue con l'audizione del dottor Giambattista Franchini, Presidente dell'Associazione nazionale sindacale farmacisti rurali.

Dottor Franchini, la Commissione la ringrazia per la sua collaborazione. Do ora lettura dello schema generale delle domande.

1. — Quale è la sua visione dell'attuale situazione nel settore farmaceutico?
2. — Ritiene adeguata la legislazione vigente nel settore?
3. — Viene frequentemente addotta l'insostenibilità delle condizioni in cui operano le farmacie rurali. È in grado di produrre una documentazione sui costi e ricavi medi di tali farmacie?
4. — Quali provvedimenti suggerirebbe per ovviare alla attuale scarsità di farmacie rurali?
5. — In quale misura esse sono in grado di far fronte alle esigenze della salute pubblica nel comune?

Dottor Franchini, ella può ora rispondere alle domande dello schema generale, che le è stato comunicato, eventualmente svolgendo le altre considerazioni che riterrà opportune.

FRANCHINI — Chiedo scusa se il breve tempo a disposizione non mi ha concesso di preparare una relazione scritta sulle domande propostemi; mi riservo di farlo in un secondo tempo.

Con la prima domanda si chiede il mio parere sull'attuale situazione nel settore farmaceutico. Quello farmaceutico è un settore in cui regna il caos più assoluto, dalla fine della guerra ad oggi. Prova ne sia che proprio oggi è uscito sul *Corriere della sera* un articolo che parla dell'A. G.-7, specialità medicinale posta in commercio senza nessuna registrazione. Posso affermare, per la mia modesta competenza, che casi di tal genere si verificano con un'abbondanza addirittura eccezionale. Medicinali, cui si attribuisce una particolare azione terapeutica e che si fanno pagare a prezzi iperbolici, si riducono poi a bicarbonato e nient'altro. Ma questo è uno spunto polemico senza valore.

Nel campo della produzione di medicinali originali, noi vediamo purtroppo che, dall'epoca del primo elenco (pubblicato nella *Gazzetta ufficiale* del 14 marzo 1950, n. 61), in cui erano registrate 635 specialità medicinali, ora siamo a 23 mila specialità medicinali registrate, naturalmente con un numero copiosissimo di medicinali di identica composizione ed azione terapeutica. Il che comporta il caos distributivo, specialmente con riferimento alle farmacie rurali,

perché molte volte pur avendo il medicamento valido alla cura di una determinata malattia, siamo nell'impossibilità di somministrarlo al paziente. L'esempio classico riguarda la penicillina: in base alle convenzioni con gli enti mutualistici, non possiamo consegnare altro medicinale che quello prescritto dal medico; quindi, se è prescritta la penicillina Lepetit e noi abbiamo invece la penicillina Carlo Erba o Farmitalia non possiamo consegnarla.

Questo caos nella produzione e distribuzione ha portato a quei famosi casi di comparaggio di cui proprio in questi giorni la stampa quotidiana si sta occupando; a Napoli l'I. N. A. M. ha scoperto che vi è una ditta distributrice di specialità medicinali che usa il sistema del comparaggio per poter esitare la propria merce. Si compra così la coscienza dei medici (di pochi medici, fortunatamente!) mentre constatiamo che l'I. N. A. M. ed altri enti mutualistici hanno bilanci addirittura insostenibili nel campo della somministrazione dei medicinali. Purtroppo oggi il comparaggio in Italia è talmente esteso che, se dovessimo promuovere un'inchiesta e se avessimo in mano elementi e documentazioni valide, io credo che le 974 ditte farmaceutiche esistenti in Italia si ridurrebbero ad un numero ben esiguo ove si accertasse la loro reale consistenza. 269 di esse, infatti non hanno operai; 326 hanno fino a 5 operai, per complessivi 710 operai, corrispondenti a 2,18 operai per ditta (1).

Se potessimo, poi, vedere tutti gli stabilimenti farmaceutici, scopriremmo cose strabilianti; scopriremmo, cioè, che nei sottoscala si producono dei medicinali — quando sono medicinali! — e troveremmo anche, come è occorso al sottoscritto nel 1953, che moltissimi medicinali possono essere non già apportatori di salute ma veicolo di infezione. Mi sia consentito leggere, a questo proposito, un esame compiuto dall'Istituto di igiene e profilassi di Pavia su alcune fiale che presentavano dei flocculati la cui natura era ignota. Sul risultato di questi esami il dottor Maccacaro scrive: «trattasi di germi a bastoncino... presumibilmente saprofiti che hanno contaminato il farmaco durante la lavorazione».

A mio modesto avviso, il problema della produzione e della distribuzione dei medicinali va affrontato al più presto possibile e, in base alla mia esperienza, ritengo che non vi sia che un provvedimento da prendere per sanare questa situazione: la brevettabilità del farmaco. Però anche qui bisogna andare molto cauti perché si potrebbe cadere in un regime monopolistico. Quindi, una brevettabilità che dia prima di tutto le garanzie al consumatore, perché non dobbiamo dimenticare che non si tratta di consumi voluttuari, ma di qualche cosa che deve salvaguardare la salute. Con la brevettabilità, le attuali 23 mila specialità corrispondenti a circa 50 mila confezioni (2) si potrebbero ridurre a quelle effettivamente valide. Cioché tutte le farmacie, anche quelle rurali, dalle più piccole alle più grandi, potrebbero somministrare qualsiasi medicinale e far fronte a qualsiasi prescrizione medica. Questo è il mio modesto parere, confortato da alcuni dati che ho avuto modo di reperire e che per certi versi sono proprio strabilianti.

(1) v. in Appendice, pag. 207, allegato n. 1.

(2) v. in Appendice, pag. 208, allegato n. 2.

Noi farmacisti purtroppo siamo costretti a consultare il nostro Corano, il cosiddetto *Prontuario terapeutico* dell'I. N. A. M. Vi sono iscritte 9.673 specialità medicinali corrispondenti a 18.284 confezioni. Vi sono 2.929 specialità medicinali che hanno quote a carico dell'assistito. È noto che la quota a carico è stata stabilita tramite la costituzione di un *plafond* fissato dagli enti mutualistici; cioè la media dei prezzi delle specialità medicinali ad azione terapeutica, composizione, formula identiche, viene fissata secondo certi criteri. Così abbiamo 428 specialità con quota a carico fino a 50 lire; 600 specialità da 51 a 100 lire, ecc.; fino a 2 con una quota a carico di 4 mila lire (1). È ammissibile che in uno Stato ordinato si verifichi questo? I casi sono due: o gli enti mutualistici non possono curare l'ammalato e questi deve contribuire; ed è illogico che un ammalato debba pagare mentre per legge avrebbe diritto ad avere gratuitamente tutti i medicinali; oppure i prezzi sono troppo alti, ed in tal caso è assurdo che si mantengano dei prezzi per specialità che gli stessi enti mutualistici riconoscono ingiustificati.

SCARPA — Onorevole Presidente, se mi consente vorrei fare una domanda a questo proposito.

PRESIDENTE — Ne ha facoltà.

SCARPA — Vi sono alcune specialità per le quali il mutuato deve pagare una somma a proprio carico e questo perché l'I. N. A. M. e gli altri istituti hanno stabilito che il medicinale esente da pagamento debba essere quello che ha il prezzo più basso?

FRANCHINI — No. Le specialità medicinali a composizione e ad azione terapeutica identiche variano solo per il colore della scatoletta e per il nome della ditta produttrice, tanto che ve ne sono a iosa: ad esempio i mepabromati che sono gli ultimi ritrovati in materia di tranquillanti sono posti in commercio da 30-40 o 50 ditte e quindi abbiamo ben 72 specialità medicinali. Dei prezzi di esse gli enti mutualistici hanno fatto la media.

PRESIDENTE — Ma come si può giungere a questa difformità di prezzi tenendo conto che, almeno teoricamente, il prezzo non è fissato dalla ditta ma in relazione all'accertamento dei costi e in base a certi coefficienti?

FRANCHINI — Appunto, ecco la carenza della legge. Lei sa che la legge sulla produzione delle specialità medicinali è costituita dal regolamento tuttora vigente 3 marzo 1927, n. 478. In base a questo regolamento, per fare registrare una specialità medicinale (articolo 13), il produttore deve fornire alcune indicazioni e indicare anche il prezzo che intende applicare. L'unica limitazione è quella che su quel prezzo viene accordato un utile non inferiore al 25 per cento per le farmacie. Almeno per quanto riguarda le farmacie rurali che devono acquistare dai magazzini grossisti: per le altre farmacie si vedrà dopo. Attualmente per stabilire il prezzo delle specialità medicinali, se non vado errato, il criterio adottato è quello di stabilire il prezzo sulla base dei costi di produzione, moltiplicandolo per tre. Cosa succede? Ditte come, ad esempio, la Farmitalia, la Carlo Erba, la Lepetit, ecc.

(1) v. in Appendice, pag. 209, allegato n. 3.

che effettivamente lavorano per il bene della nazione e profondono non pochi mezzi per la ricerca scientifica, nella determinazione del prezzo ovviamente includono anche il costo delle ricerche. Altre ditte, invece, che nulla hanno a che fare con le ricerche, calcolano anche quel costo come se ne avessero sostenuto le spese. Ecco perché una specialità medicinale prodotta, per esempio, dalla Carlo Erba a 10 lire può essere, per ragioni che apparentemente sembrano inspiegabili, controbattuta sul terreno concorrenziale da una specialità identica posta in commercio dalla ditta X o Y. Questa differenza di prezzo non fa altro in definitiva che alimentare il comparaggio. Ed è bene che lo si dica una volta per tutte: il comparaggio non è quello della matita o del termometro perché quello non è comparaggio. Quello vero è un altro. Io credo, onorevole Presidente, che molte automobili lussuose che alcuni signori medici hanno, sono state pagate spesso da qualche ditta. Si tratta soltanto di voci che circolano e che quindi non si possono controllare perché mai si saprà dal ladro che ha rubato. Non lo ammetterò mai. Ma si sa in giro che se un medico ha uno studio piuttosto avviato, con molta clientela, ove decidesse di fare una crociera in Grecia solo o accompagnato, ove decidesse di andare a Capri solo o accompagnato, potrebbe farlo benissimo gratuitamente.

Il comparaggio non si limita ormai al regalo del rasoio elettrico; oggi siamo in una fase molto più avanzata in questo campo.

Indubbiamente mi riferisco a quella industria farmaceutica che vive al di là dei margini della legalità e che vorrebbe, in un certo senso, fare intraprendere la stessa via anche a quelle poche ditte farmaceutiche che si sono mantenute sul piano dell'onestà e della serietà sia produttiva che distributiva.

I metodi escogitati si potrebbero contare a migliaia.

Innanzitutto alcune ditte si servono di propagandisti che, anziché essere laureati, sono dei veri e propri commercianti; altre ditte hanno escogitato anche il sistema di mandare in giro belle figliole a fare la propaganda medica.

Su questo particolare problema si potrebbero scrivere volumi. Sono stati escogitati, ripeto, i mezzi più disparati e più impensabili.

Le farmacie rurali subiscono le conseguenze di questa situazione. Loro sanno certamente che le farmacie rurali sono quelle istituite nei piccoli centri dove...

PRESIDENTE. ...è più controllabile la ricettazione?

FRANCHINI — Onorevole Presidente, a questa sua domanda preferisco non rispondere. Io ho un segreto da conservare perché sono proprietario di una farmacia, ma potrei anche dire che è più controllabile. Il fatto è che bisognerebbe prestarsi a determinati sistemi che io non condivido.

Noi farmacisti dobbiamo adattarci a comprare quel determinato medicinale da quella determinata ditta, altrimenti i medici ci rovinano cambiando continuamente prescrizioni. In quest'ultimo caso, noi ci troviamo di fronte all'impossibilità di far fronte alle nuove richieste. Bisogna dire però che nei paesi rurali il medico ha una clientela ridottissima e, se di comparaggio possiamo parlare, possiamo parlare relativamente alle lamette da barba, alla siringa o al termometro; ma con mille mutuatati il medico può fare ben poco e del resto l'I. N. A. M. lo può controllare meglio. Il fenomeno si verifica in maniera rilevante nelle città dove esistono anche direttori di cliniche ai quali a volte si chiede, come d'altra parte ha rivelato recen-

temente la rivista *Quattro Soldi*, la certificazione clinica sulle qualità terapeutiche di un determinato medicinale. Tale certificazione viene consegnata da un giorno all'altro mediante corrispettivo di 150-200 o 300 mila lire. È un po' il sistema del *do ut des*.

Ella, signor Presidente, nel questionario mi sottopone anche una domanda relativa alle condizioni in cui operano le farmacie rurali.

A questo proposito devo ricordare che il 15 ottobre del 1961 è stato compiuto un censimento. Se raffrontiamo i dati del detto censimento relativi ai comuni con una farmacia rurale con quelli del censimento compiuto nel 1951 si può rilevare in questo decennio il gravissimo fenomeno dello spopolamento dei piccoli comuni; senza contare che nello stesso tempo si è verificato il fenomeno della emigrazione interna ed estera. Così che le farmacie rurali che fino al 1953-54 potevano barcamenarsi, oggi sono nell'impossibilità di continuare la loro attività. È venuta a mancare la possibilità di lavoro, cioè la materia prima che è rappresentata dall'ammalato.

Consegnerò alla Commissione una statistica relativa agli incassi che le farmacie rurali fanno con tutti gli enti mutualistici. In essa si constata che esistono 127 farmacie con un incasso medio annuale di 232 mila lire, corrispondente ad un utile di 38 mila lire; 187 farmacie con un incasso medio di 761 mila lire, ed un guadagno utile di 125 mila lire; 255 farmacie con un incasso medio di un milione e 260 mila lire e con 157 mila lire di guadagno; 259 farmacie con un incasso medio di un milione 769 mila lire e con un guadagno di 291 mila lire e così via. Si rileva inoltre che 810 farmacie raggiungono una certa autosufficienza con oltre 10 milioni di incasso annuo (1).

Le farmacie rurali attualmente esistenti in Italia sono 4.631, ma questo numero va sempre più riducendosi perché in questi ultimi tempi parecchie farmacie, oltre 230, sono state chiuse definitivamente con carattere di irreversibilità. Infatti i giovani farmacisti preferiscono non abbandonare lo stipendio di 250-300 mila lire al mese come propagandisti per esercitare la professione in un comune e guadagnare meno dell'ultimo operaio del comune stesso.

Questa è la triste situazione delle farmacie rurali, tanto più che esse, onorevole Presidente, sono situate in centri con popolazione addirittura irrisoria.

707 farmacie rurali sono situate in comuni con popolazione inferiore a 500 abitanti; 1.041 in comuni con popolazione da 501 a 1.000 abitanti; 739 in comuni con popolazione da 1.001 a 1.500 abitanti; 550 in comuni con popolazione da 1.500 a 2.000 abitanti; 379 in comuni con popolazione da 2.001 a 2.500 abitanti; 214 in comuni con popolazione da 2.500 a 3.000 abitanti (2).

Questa è purtroppo la tragica situazione delle farmacie rurali, resa ancora più tragica dalle umiliazioni che il professionista riceve per tutte quelle azioni di comparaggio e di superproduzione di specialità medicinali che lo pongono nell'impossibilità di far fronte immediatamente alle richieste; resa doppiamente tragica dal fatto che alcune farmacie urbane, i cui incassi ovviamente sono di

(1) v. in Appendice, pag. 210, allegato n. 4.

(2) v. in Appendice, pag. 211, allegato n. 5.

ben altra consistenza, arrivano a praticare lo sconto del 10 per cento pur di sottrarci la già misera nostra clientela.

Del resto si sa che la popolazione dei nostri centri rurali non compie più un chilometro a piedi; tutti hanno ormai la motoretta con la quale si recano a lavorare in città, dove si fa il mercato delle nostre miserie. Ad ogni farmacia rurale che si chiude corrisponde un aumento del volume delle vendite delle farmacie di città, perché le nostre popolazioni devono pur comprare i medicinali.

Ella sa, onorevole Presidente, che proprio in questi giorni la nostra categoria è in agitazione per via delle nuove convenzioni con l'I. N. A. M.

A mio avviso la nostra è una funzione sociale e nessuno può contestare il nostro diritto ad essere professionisti inseriti nella società. Ora, nonostante che la legge 4 agosto 1955, n. 692 stabilisca che agli enti mutualistici bisogna accordare lo sconto del 5 per cento, proprio qui a Roma si assiste ad un fatto veramente assurdo: alcune farmacie concedono anche ai mutuati lo sconto del 10 per cento. Noi dobbiamo essere sereni, obiettivi, giusti nelle nostre richieste, ma giusti anche nella valutazione dei fatti. Oggi le farmacie rurali sono costrette a lavorare non solo senza quell' limite dei 5 mila abitanti stabilito dall'articolo 104 del testo unico delle leggi sanitarie (27 luglio 1934, n. 1265), ma si trovano anche nell'impossibilità di lavorare con i veterinari.

Si assiste al fatto che alcune ditte dai grandi scrupoli, tanto grandi da vendere bicarbonato al posto della penicilina (mi permetterò di esibire al riguardo una documentazione chiara ed inequivocabile), vendono i loro prodotti attraverso farmacie fiduciarie, depositi, magazzini oppure grossisti, mentre tutti sanno che l'articolo 122 del testo unico delle leggi sanitarie afferma che il medicinale deve essere venduto dai farmacisti in farmacia.

A questo punto mi permetto di farle rilevare, onorevole Presidente, che molti farmacisti rurali, che versavano in uno stato di disagio rilevante, avevano trovato una formula di compromesso: ossia l'esercizio della professione e contemporaneamente l'insegnamento. Ma non più tardi di un mese addietro il Ministro Gui emanava una circolare con la quale si vietava l'insegnamento. Le posso assicurare responsabilmente, onorevole Presidente, che ove quella circolare non venisse revocata, non pochi sarebbero i farmacisti rurali, soprattutto delle Marche, dell'Abruzzo, del Molise, della Campania e di qualche zona del nord e delle isole, che opterebbero per l'insegnamento in quanto preferirebbero la sicurezza dello stipendio di 120 mila lire rinunciando volontariamente all'esercizio della farmacia. Molti di essi l'avrebbero già fatto se non vi fosse il fattore età da tenere presente. Infatti, a quale attività si potrebbe dedicare un farmacista che, come me, per esempio, ha superato i 42 anni? Sicché si continua nell'esercizio della professione. E sapesse, onorevole Presidente, quanto sia umiliante per un padre, che dà tutto il meglio di sé stesso, che lavora per i propri figli, non avere la soddisfazione di poter dire ai propri figli di aver guadagnato una lira.

Ed è l'umiliazione più brutta, perché ciascuno di noi lavora non tanto per mangiare quanto per creare un avvenire migliore ai propri figli!

So che purtroppo vi sono problemi congiunturali che tutti conosciamo. Credo che questa sera il Senato approverà l'aumento dell'I. G. E. (deliberato

lunedì dal Consiglio dei ministri) anche sulle specialità medicinali. Ovviamente i grossisti, anziché lasciarci l'utile del 25 per cento previsto dall'articolo 13 della legge 3 marzo 1927, n. 478, prima ricordata, caricheranno questo nuovo onere sulle spalle dei farmacisti, tanto che, invece di avere il 24,50 per cento, come adesso, avremo forse il 23,60 per cento. E pensare che nel M. E. C. siamo la nazione che ha lo sconto minore.

Comunque, a conclusione, per non far perdere ulteriore tempo, aggiungerò che, in due anni, attraverso gli uffici fiduciari, i farmacisti italiani hanno perso qualcosa come due miliardi e rotti.

PRESIDENTE — Cosa vuol intendere per uffici fiduciari?

FRANCHINI — Ella sa che noi paghiamo per la tariffazione delle nostre ricette. Le ricette degli enti mutualistici sono portate all'ufficio fiduciario, che deve curare gli adempimenti di cui alla legge n. 692 del 1955. Per riscuotere il contributo dalle farmacie (5 per cento) e dalle industrie (12 per cento) e curare quegli adempimenti, è stato istituito di comune accordo — fra enti mutualistici e farmacisti — l'ufficio fiduciario, al quale mandiamo le ricette perché provveda alla tariffazione e alla riscossione. Ovviamente, per la gestione di questi uffici bisogna sostenere delle spese. Può darsi che il 2 per cento sia sufficiente, può darsi che non lo sia. Alla fine dell'anno, gli uffici fiduciari fanno i loro bilanci. Io le riporto, onorevole Presidente, alcuni dati del 1962 (1) e del 1963, mentre i dati del 1964 li avremo nei primi dell'anno venturo. Nel 1962, con tutte le 92 province in attivo e con buone eccedenze, complessivamente si è determinata un'eccedenza di un miliardo e 136 milioni circa. Nel 1963 l'eccedenza è stata lievemente inferiore, ma comunque dell'ordine di un miliardo e 86 milioni. Questo rappresenta l'attivo di questi uffici fiduciari.

SCARPA — Come fanno ad avere un attivo? Sono questi gli uffici che incassano il 5 per cento da voi e il 12 per cento dalle industrie?

FRANCHINI — Forse mi sono spiegato male. Il 12 per cento attraverso questi uffici è pagato dalle industrie farmaceutiche; il 5 per cento lo paghiamo noi. In più, oltre questi obblighi di legge, noi paghiamo in alcune province l'1,50 per cento, in altre il 2 per cento, per il funzionamento di detti uffici. Alla fine dell'anno, quando gli uffici procedono al bilancio, rilevano che, per esempio, nella provincia di Livorno le farmacie hanno versato 3 milioni e più per far funzionare l'ufficio fiduciario, ma che rimangono non spese, per esempio, 600 mila lire. È ovvio che questa rimanenza dovrebbe tornare alle farmacie in proporzione dei medicinali somministrati.

Faccio anche il caso di Roma che, per esempio, nel 1963 ha avuto un avanzo di 285.712.846 lire.

Ora, quando queste eccedenze non sono state rimborsate alle farmacie, si è potuto comprare il locale per la sede dell'Ordine dei farmacisti oppure per la sede dell'Associazione proprietari di farmacie; ma vi sono anche casi, come quello della provincia di Pavia, denunciato pubblicamente, dove queste eccedenze, in

(1) v. in Appendice, pag. 212, allegato n. 6.

ragione dello 0,643 per cento, si dovevano restituire alle farmacie, secondo la delibera di un'assemblea, al 21 aprile del 1963, ma siamo al 3 settembre del 1964 e ancora nulla è tornato alle farmacie.

In conclusione, la situazione delle farmacie rurali è tragica. Vi è un solo sistema per poterle salvare e permettere che non solo nei comuni con farmacia rurale ma anche in quelli sprovvisti di farmacia (circa 2.700) si possa assicurare un servizio farmaceutico gestito da farmacista rurale; ed è il sistema indicato nella proposta di legge dell'onorevole Dosi nella quale si concretano le nostre maggiori aspirazioni, che consistono innanzitutto nella possibilità di cedere la farmacia.

Noi abbiamo la libertà degli ergastolani. Ne siamo diversi solo perché possiamo uscire a prendere una boccata d'aria, ma per tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24, siamo vincolati al lavoro anche se il pubblico non viene perché non c'è, e senza neppure la possibilità di che vivere decorosamente. Vorrei che loro signori si rendessero conto di questa situazione, di come vive il farmacista rurale, visitando paesini di provincia situati fra montagne e fra colline. Questi farmacisti hanno studiato per quattro anni all'università e sono diventati dottori e solo per dignità, ora, nascondono dentro di sé la loro miseria.

Occorre dunque dare la possibilità a questi farmacisti, dopo un tirocinio di quattro, cinque, sei, sette anni, di potersi spostare in altri centri.

SCARPA — Su quanto ella accennava si è svolta in Commissione igiene e sanità pubblica della Camera un'ampia discussione e si è pervenuti, all'unanimità, a proporre una soluzione che sembra molto favorevole alla categoria: si tratterebbe cioè di assegnare un certo numero di punti di vantaggio ai farmacisti rurali nei concorsi. Un punteggio, quindi, di disagiata residenza, non tanto la possibilità di vendere la farmacia.

FRANCHINI — Ci danno il punteggio di vantaggio, sì; ma il diritto di prelazione dei comuni? Con l'indice dei 4 mila abitanti, i comuni apriranno 1.156 nuove farmacie nei 92 capoluoghi di provincia con 16.233.539 abitanti.

Cerchiamo di essere esatti. Nei 132 comuni con popolazione superiore ai 25 mila abitanti se ne istituiranno 337; nei 1.706 comuni con popolazione da 5 mila a 25 mila abitanti, invece, 731. Complessivamente: 2.224, però il diritto di prelazione viene dato al comune e queste farmacie diventano appannaggio delle amministrazioni comunali; non solo quelle di nuova istituzione, ma anche quelle che si rendano vacanti per la morte del titolare (1).

SCARPA — Si tratta di un servizio: la farmacia è un servizio.

FRANCHINI — Allora, se si tratta di un servizio, occorre retribuire adeguatamente questo servizio.

SCARPA — Occorrerebbe una sovvenzione alle farmacie rurali per garantire che possano rimanere aperte, anche quelle che non hanno molte possibilità di guadagno o che hanno sedi disagiate, con un punteggio preferenziale.

Ma non potranno andare tutte ai comuni. I comuni ne prenderanno un certo numero.

(1) v. in Appendice, pag. 214, allegato n. 7.

FRANCHINI — Per quel poco di diritto farmaceutico che mastico non ho mai visto che con un diritto di prelazione i comuni possano trasferire l'esercizio di una attività: al più preferiranno trasformare il farmacista in un dipendente da una farmacia comunale. In altri termini il comune ha il diritto di prelazione ma a quanto pare vorrebbe servirsene soltanto per le farmacie più redditizie. Come mai le farmacie comunali di Borca di Cadore, di Carbognano, di Vitorchiano, di Onano, ecc. non sono gestite direttamente dai comuni ma sono date in affitto contro legge ed in contrasto con l'articolo 112 del testo unico delle leggi sanitarie?

Ad ogni modo il fatto è che molte farmacie rurali hanno dovuto chiudere i battenti. Io sono qui, onorevole Presidente, per rispondere a delle domande, non posso porne. Certo è però che non si può offrire ai farmacisti rurali, come è stato sempre fatto, la manna caduta dal cielo e poi togliere loro ogni speranza. Con la legge Bontade si diceva: vi diamo 400 mila lire di indennità di residenza, però non ci sono i fondi. Sarebbe come dire di offrire un viaggio a Napoli e di non avere nemmeno la possibilità di permetterlo a piedi. Si tratta, insomma, di situazioni stridenti dovute forse anche alla non completa conoscenza della situazione sanitaria del paese, per lo meno per quanto riguarda le farmacie rurali.

PRESIDENTE — Gli onorevoli colleghi hanno ora facoltà di formulare domande integrative da sottoporre al dottor Franchini.

NATOLI — In quest'ultima parte della sua esposizione abbiamo sentito da lei, in maniera molto efficace, descrivere la situazione dei farmacisti rurali. Lei ci ha spiegato quale è l'aspirazione massima del farmacista rurale. Ora, comprendo molto bene come sia una esigenza vitale avere una prospettiva. La capisco e penso che sia legittimo, anzi doveroso, che si apra questa prospettiva. Si può discutere sul modo con cui provvedere. Però, detto questo, a me sembra — e credo che lei ne debba convenire — che aprendo una prospettiva di miglioramento per i farmacisti rurali, il problema delle farmacie rurali rimane esattamente come è attualmente. Lei dice infatti: dobbiamo poter vendere la farmacia, riferendosi ad una proposta di legge che è stata presentata dal collega Dosi. Ammettiamo che questa proposta venga approvata. Quale sarà il risultato? Che un certo numero di farmacisti rurali potrà vendere la farmacia. Il servizio, però, rimarrà tale e quale perché al posto del farmacista che ha venduto ne subentrerà un altro al quale si riproporranno tutti i problemi che lei ci ha adesso descritto. Anzi, tutto fa pensare che vi sarà un peggioramento. Voglio dire che i problemi di fronte ai quali ci troviamo, sono certamente problemi che riguardano i farmacisti rurali, ma sono anche ed essenzialmente problemi che riguardano un servizio pubblico.

La mia domanda è questa: lei non ritiene che si debba cercare una strada attraverso la quale, pur migliorando decisamente il servizio della farmacia, si migliorino le condizioni del farmacista rurale?

PRESIDENTE — Ella, dottor Franchini, ha ascoltato la domanda formulata dall'onorevole Natoli. Ha facoltà di rispondere.

FRANCHINI — Noi non ci siamo preoccupati di risolvere soltanto il problema dell'oggi, ma anche e soprattutto di assicurare il servizio farmaceutico che

è un servizio sociale insostituibile. Ma se non si dà una possibilità di vita al farmacista rurale la soluzione del problema viene senz'altro compromessa, sia per quanto riguarda l'oggi sia per quanto riguarda il domani.

Nella proposta di legge dell'onorevole Dosi si prospetta la possibilità di aiutare il farmacista ad avere una maggiore clientela attraverso l'istituzione dei dispensari farmaceutici nei comuni tuttora privi di farmacie, assicurando così il servizio farmaceutico anche a quei 2.700 comuni che sono tuttora privi di farmacia. L'apertura dei dispensari farmaceutici sarebbe una specie di parallelo con quanto accade per il servizio medico. Quando un comune non è nella possibilità di provvedere direttamente per l'assunzione di un medico condotto, la legge prevede la possibilità della formazione di un consorzio fra due o più comuni con un ambulatorio in ogni comune consorziato dove, a turno, presenza il medico. Lo stesso si potrebbe fare per le farmacie rurali. Cosa accadrebbe se si giungesse alla istituzione di dispensari farmaceutici? Che un farmacista in un centro di soli mille abitanti potrebbe esercitare in luogo, in determinate ore del giorno, dando la possibilità dell'approvvigionamento dei medicinali agli ammalati. Poi, potrebbe recarsi nel comune vicino per un certo numero di ore, e così via, senza che con questo il servizio venga meno nei singoli comuni.

Nella proposta di legge dell'onorevole Dosi si chiedono diverse cose: 1°) la possibilità di vendere la farmacia; 2°) il riconoscimento del diritto al riposo settimanale e alle ferie annuali. Si pensi che, quando un farmacista rurale deve spostarsi dal proprio paese, ha l'obbligo di trovare un supplente; 3°) l'indennità di residenza non più vincolata, come oggi, all'imponibile di ricchezza mobile, perché si tratta di una formula aleatoria, ma determinata sulla base della popolazione mancante a raggiungere quel *quorum* di abitanti stabilito per legge alle farmacie e soprattutto che l'indennità sia determinata e corrisposta direttamente dal Ministero della sanità.

Infatti, ella potrebbe leggere una infinità di documentazioni, le più strampalate, dalle quali risulta il diniego dell'indennità di residenza per i motivi più diversi.

SCARPA — D'accordo, dottor Franchini, ma tutto questo non risulta che accada per il fatto che il Ministero della sanità era in obbligo di versare ai comuni la quota di sua competenza per l'indennità ai farmacisti rurali? Il Ministero, ad un certo momento, ha cessato di versarla ed i comuni, a loro volta, non hanno potuto trasmetterla ai farmacisti. Quindi, c'è anche questo fatto da considerare.

FRANCHINI — Ella, onorevole Scarpa, ha fatto un'osservazione molto giusta, però devo ripetere quanto ho già detto e cioè che con la legge Bontade si sono offerte 400 mila lire alle farmacie rurali.

SCARPA — Purtroppo, senza copertura.

FRANCHINI — Ora il Ministero della sanità, su nostra sollecitazione, ha inviato, 4 o 5 giorni addietro, una circolare ai prefetti invitandoli a far pagare ai comuni l'indennità di residenza, avvalendosi anche della facoltà di cui alla legge 27 febbraio 1955, n. 61 con la quale si stabilisce che, ove non dovessero pagare i comuni, possono essere adottate le disposizioni di cui all'articolo 79

del testo unico delle leggi sanitarie relative al pagamento degli stipendi dei sanitari condotti.

Ma se mancano i fondi è inutile far ricorso.

SCARPA — Esiste una cassa alla quale affluiscono i fondi puntualmente versati dai farmacisti urbani. Quindi, almeno quella piccola somma avrebbe potuto essere distribuita ai farmacisti rurali, in considerazione soprattutto del fatto che mancava l'integrazione dei fondi di copertura previsti dalla legge Bontade.

FRANCHINI — Il fatto è che i comuni avevano timore di non ottenere il rimborso da parte dello Stato.

SCARPA — Timore fondatissimo in quanto, in effetti, non hanno ottenuto il rimborso.

FRANCHINI — Fondatissimo o meno, certo è che la legge dice espressamente che lo Stato non è obbligato a rimborsare i due terzi della somma corrisposta ai farmacisti, ma vi concorre fino ai due terzi. Ora che cosa succede? Che i comuni con questo timore non adempiono all'obbligo di legge di presentare entro il 31 ottobre di ciascun anno la documentazione, per ottenere il rimborso, secondo cui l'indennità di residenza alle farmacie rurali è stata regolarmente pagata.

In conclusione, l'indennità di residenza non ci viene data; ciò che da un lato ci si offre, ci viene tolto dall'altro. Che cosa possiamo fare, in queste condizioni?

Esiste un'altra proposta di legge che io condivido, al di fuori ed al di sopra di ogni questione politica, perché a mio modesto avviso è stata redatta sulla base di uno studio serio di tutti i problemi e di dati statistici incontestabili.

Nel 1959, per mia disgrazia, volli fondare un giornale.

In quello stesso anno, fu pubblicato ed inviato a tutti i parlamentari, in cortese omaggio, il volume che in questo momento, signor Presidente, le consegno.

PRESIDENTE — Il titolo del volume è il seguente: *Atti del convegno per una legge sulle farmacie* (Pavia, 1959).

FRANCHINI — Mi permetterei ora di dare un suggerimento. Si dia pure il diritto di prelazione ai comuni, per l'istituzione di farmacie nei piccoli centri che ne sono privi, in quanto essi giustamente devono poter far fronte a determinate situazioni, contingenti o meno; ma che non si tratti però di un diritto di prelazione indiscriminato nelle sole grandi città, così come è avvenuto con l'applicazione *ad libitum* di un emendamento.

Il primo ad iniziare un colloquio con le municipalizzate, precisamente con il dottor Aleotti che è stato relatore del convegno citato, sono stato io; ciò nonostante la stampa della mia categoria mi presentava come il traditore della classe per aver voluto appunto iniziare un colloquio con il dottor Aleotti.

E dirò di più. In data 6 novembre 1960 mi trovavo a Firenze con il dottor Aleotti quando giunse la notizia che il Ministro Giardina aveva presentato un disegno di legge nel quale si parlava di 3 mila abitanti per farmacia, cioè di un limite che, mi credano, onorevoli deputati, è insufficiente a mantenere in vita una farmacia. Perché non dobbiamo dimenticare che anche le farmacie urbane

hanno il diritto di vivere. È vero che esistono farmacie urbane che hanno un incasso giornaliero di 1 milione e oltre, ma ve ne sono altre che stentano a vivere a causa degli elevati affitti e delle spese che devono sostenere.

Bisognerebbe avere il coraggio di affrontare la situazione, allo scopo di moralizzare un settore che, come quello della produzione e del commercio dei medicinali e delle farmacie, va moralizzato; e va moralizzato soprattutto, per quanto riguarda le farmacie, per eliminare quei titolari di 12 o 13 farmacie, esistenti nonostante il divieto della legge. Quando il Ministero della sanità vorrà procedere al censimento, allora può darsi che si schiariscano le idee anche per noi. Diversamente, ferma restando la possibilità di essere titolari di 12 o 13 farmacie e con i comuni che desiderano la prelazione su tutte le farmacie, a noi non rimarrà altro che la beffa di avere sì un aumento del punteggio nel concorso, ma non avere poi la farmacia nella quale esercitare.

PRESIDENTE — Mi pare che ella ci abbia dato, dottor Franchini, un quadro sia degli argomenti che interessano specificamente questa Commissione che degli argomenti che possono interessare specificamente i colleghi membri della Commissione igiene e sanità pubblica.

Ella, nel corso della sua esposizione, ha fatto cenno alla possibilità, avendo tempo a disposizione e passione come ha dimostrato finora, di presentare una relazione più ampia su temi particolari che qui non ha potuto approfondire.

Perciò, se riterrà opportuno di fare pervenire alla Presidenza della Commissione una documentazione integrativa o una relazione più ampia, gliene saremo grati.

Non vi sono altri deputati che chiedono di sottoporre domande al dottor Franchini.

Ringrazio di nuovo, a nome della Commissione, il dottor Franchini.

La seduta termina alle 20,10.

APPENDICE
ALL'INTERROGATORIO DEL DOTT. GIAMBATTISTA FRANCHINI

PAGINA BIANCA

INDUSTRIE FARMACEUTICHE E LORO UNITÀ LOCALI OPERATIVE
SECONDO LA POTENZA UTILIZZABILE (1959)

Numero industrie	LIMITI DEGLI OPERAI IMPIEGATI	Numero complessivo operai	Media operai
269	senza operai	—	—
326	fino a 5 operai	710	2,18
89	da 6 a 10 operai	716	8,04
175	da 11 a 50 operai	3.940	22,51
50	da 51 a 100 operai	3.523	70,46
53	da 101 a 500 operai	10.082	190,22
12	oltre i 500 operai	21.668	1.805,66
974		40.639	41,72

SPECIALITÀ MEDICINALI SECONDO L'ELENCO CATEGORICO
ALLA FINE DEL 1959.

Afrodisiaci	N.	23	Cardiotonici	N.	216
Analetici	»	116	Cheratolitici	»	17
Analgesici-Antinevralgici	»	341	Cheratoplastici	»	40
Anestetici	»	60	Colagoghi-Coleretici	»	631
Angiotonici	»	123	Colliri-Oftalmici	»	219
Antiacidi-Antiulc.	»	347	Colluttori	»	34
Antiallergici-Antis.	»	215	Deodoranti	»	7
Antianemici	»	405	Depurativi	»	169
Antiartritici	»	244	Dimagranti	»	30
Antiasmatici	»	230	Diuretici	»	212
Antibiotici	»	761	Edulcoranti	»	9
Anticoagulanti	»	23	Emmenagoghi	»	42
Antidiabetici	»	90	Emostatici	»	101
Antidiarroici	»	86	Enzimi	»	28
Antidrotici	»	9	Eupeptici-Digestivi	»	215
Antielmitici	»	75	Galattofori	»	21
Antiemorroidari	»	85	Geriatrici	»	22
Antiepilettici	»	87	Ipnotici	»	78
Antiflogistici	»	123	Ipertensivi-Antisclerotici	»	534
Antigonococchi	»	16	Lassativi-Purgativi	»	337
Antilebbrosi	»	4	Metalli colloidali	»	2
Antilueticici	»	54	Mezzi contrasto	»	45
Antimalarici	»	20	Odontoiatrici	»	68
Antiparassitari	»	52	Opoterapici	»	173
Antirachitici	»	94	Ormoni nat. e sint.	»	633
Antireumatici	»	720	Ototerapici	»	74
Antisetticemici	»	38	Prodotti igienici	»	62
Antisettici pulm.	»	521	Proteinoterapici	»	28
Antisettici cute	»	420	Psicofarmaci	»	40
Antisettici gen.	»	88	Ricalcificanti	»	349
Antisettici prime vie aeree	»	262	Ricostituenti	»	1.046
Antisettici tubo gastro-ente- rico	»	315	Rilassanti muscolari	»	34
Antisettici vie urinarie	»	120	Rivulsivi	»	81
Antispastici e sedativi	»	715	Sali per bagno	»	5
Antispirillari	»	89	Sieri	»	32
Antitiroidei	»	64	Solventi ritardo	»	18
Antitrombotici	»	24	Sulfamidici	»	261
Antitubercolari	»	168	Sulfamidici associati	»	34
Antiuricemici	»	155	Vaccini-Batteriofagi	»	189
Antivaricosi	»	24	Vaginali	»	162
Astringenti cute e mucose	»	23	Vasocostrittori	»	7
Bechici	»	403	Vasodilatatori	»	66
Cardiocinetici	»	47	Vitaminici	»	1.029
Cardioregolatori	»	210		N.	<u>15.489</u>

PRONTUARIO TERAPEUTICO I. N. A. M.

Specialità medicinali iscritte	N.	9.673
Forme farmaceutiche e dosaggi in diverse confezioni	»	18.284
Confezioni doppie con forme o dosaggi uguali	»	762
Confezioni con quote a carico degli assicurati	»	2.929

di cui:

con quota a carico fino a L. 50	N.	428
con quota a carico da L. 51 a L. 100	»	600
» » » » » 101 a » 100	»	771
» » » » » 201 a » 300	»	406
» » » » » 301 a » 400	»	271
» » » » » 401 a » 500	»	137
» » » » » 501 a » 600	»	86
» » » » » 601 a » 700	»	54
» » » » » 701 a » 800	»	42
» » » » » 801 a » 900	»	22
» » » » » 901 a » 1.000	»	35
» » » » » 1.001 a » 1.500	»	40
» » » » » 1.501 a » 2.000	»	17
» » » » » 2.001 a » 2.500	»	11
» » » » » 2.501 a » 3.000	»	3
» » » » » 3.001 a » 3.500	»	4
» » » » » 3.501 a L. 4.000	»	2

INCASSI E UTILI LORDI DELLE FARMACIE RURALI
PER LA SOMMINISTRAZIONE DI MEDICINALI AGLI
ASSICURATI DI TUTTI GLI ENTI MUTUALISTICI
(ANNO 1962)

LIMITI INCASSI ANNUALI	Numero farmacie	Importo complessivo	Media per farmacia	Media utile lordo 16,50 %
fino 499.999	127	28.472.863	232.000	38.280
500.000 a 999.999	187	142.449.571	761.000	125.565
1.000.000 a 1.499.999	255	322.817.919	1.260.000	157.500
1.500.000 a 1.999.999	259	458.267.196	1.769.000	291.885
2.000.000 a 2.499.999	297	664.280.638	2.236.000	368.940
2.500.000 a 2.999.999	307	843.427.934	2.748.000	453.420
3.000.000 a 3.499.999	277	900.332.895	3.254.000	536.910
3.500.000 a 3.999.999	251	944.557.576	3.767.000	620.555
4.000.000 a 4.499.999	242	1.025.990.729	4.239.000	699.435
4.500.000 a 4.999.999	218	1.034.675.220	4.744.000	782.760
5.000.000 a 5.499.999	207	1.086.979.172	5.250.000	866.250
5.500.000 a 5.999.999	201	1.156.393.468	5.752.000	949.080
6.000.000 a 6.499.999	163	1.019.157.351	6.252.000	1.031.580
6.500.000 a 6.999.999	175	1.179.778.409	6.737.000	1.111.605
7.000.000 a 7.499.999	137	992.450.380	7.434.000	1.226.610
7.500.000 a 7.999.999	135	1.033.000.815	7.688.000	1.268.420
8.000.000 a 8.499.999	109	903.144.282	8.285.000	1.357.025
8.500.000 a 8.999.999	99	865.459.976	8.741.000	1.444.265
9.000.000 a 9.499.999	86	793.187.239	9.223.000	1.521.795
9.500.000 a 9.999.999	88	858.713.205	9.757.000	1.609.905
10.000.000 a 14.999.999	525	6.317.389.428	12.052.000	1.988.580
15.000.000 a 19.999.999	181	3.097.052.017	17.110.000	2.822.150
20.000.000 a 24.999.999	70	1.533.135.580	21.901.000	3.613.365
25.000.000 a 29.999.999	22	597.413.547	27.155.000	4.480.575
30.000.000 a 47.805.412	13	463.347.600	35.942.000	5.930.430
	4.631	28.361.875.010	6.124.352	1.010.518

ENTITÀ DEMOGRAFICA DEI CENTRI ABITATI,
CON POPOLAZIONE INFERIORE AI 3.000 ABITANTI
OVE È ISTITUITA UNA FARMACIA RURALE

REGIONE	fino a 500	da 501 a 1.000	da 1.001 a 1.500	da 1.501 a 2.000	da 2.001 a 2.500	da 2.501 a 3.000	TOTALE
Piemonte	97	160	105	50	38	12	—
Liguria	35	29	12	11	9	4	—
Lombardia	62	132	136	101	78	47	—
Veneto	125	131	87	36	19	11	—
Venezia Giulia	9	27	37	10	17	4	—
Trentino-Alto Adige	9	18	18	11	6	4	—
Emilia-Romagna	99	107	56	33	7	4	—
Toscana	70	97	54	24	13	7	—
Marche	78	67	29	11	1	—	—
Umbria	33	40	13	4	2	1	—
Lazio	14	38	36	42	15	16	—
Abruzzi e Molise	27	62	45	29	39	12	—
Campania	14	43	62	55	43	22	—
Lucania	1	5	12	8	13	11	—
Puglie	4	3	19	19	15	9	—
Calabrie	9	52	62	55	34	11	—
Sicilia	19	26	41	26	27	13	—
Sardegna	2	5	15	25	23	26	—
Totali	707	1.041	739	550	379	214	3.630

N. B. — Esistono pure n. 791 farmacie rurali, uniche, in centri abitati con popolazione oltre i 3.000 abitanti e fino a 5.000 abitanti, ed ancora n. 210 farmacie rurali, istituite in centri con popolazione inferiore ai 5.000 abitanti, ma con più sedi di farmacia.

ECCEDENZE DEGLI UFFICI FIDUCIARI PROVINCIALI
(ANNO 1962)

AGRIGENTO	5.340.475	MESSINA	7.558.710
ALESSANDRIA	13.645.886	MILANO	79.339.737
ANCONA	10.025.558	MODENA	8.918.729
AOSTA	1.393.573	NAPOLI	14.840.701
AREZZO	6.901.132	NOVARA	3.542.074
ASCOLI PICENO	771.618	NUORO	3.481.764
ASTI	2.649.201	PADOVA	3.502.542
AVELLINO	660.052	PALERMO	26.434.377
BARI	15.009.591	PARMA	12.898.062
BELLUNO	2.596.676	PAVIA	8.909.296
BENEVENTO	5.981.659	PERUGIA	15.486.120
BERGAMO	13.755.492	PESARO	6.248.632
BOLOGNA	12.734.167	PESCARA	3.932.705
BOLZANO	4.049.807	PIACENZA	14.635.578
BRESCIA	9.088.169	PISA	10.090.792
BRINDISI	3.653.016	PISTOIA	6.310.894
CAGLIARI	7.273.825	POTENZA	3.413.201
CALTANISSETTA	4.258.524	RAGUSA	604.601
CAMPORBASSO	1.736.924	RAVENNA	9.137.915
CASERTA	28.855.796	REGGIO CALABRIA	12.086.549
CATANIA	18.155.838	REGGIO EMILIA	4.943.314
CATANZARO	21.532.597	RIETI	2.550.826
CHIETI	6.411.820	ROMA	211.878.817
COMO	20.454.446	ROVIGO	3.915.535
COSENZA	14.569.374	SALERNO	26.981.616
CREMONA	3.347.351	SASSARI	8.531.294
CUNEO	2.977.955	SAVONA	2.666.270
ENNA	2.005.793	SIENA	3.071.883
FERRARA	8.119.596	SIRACUSA	5.573.220
FIRENZE	7.583.823	SONDRIO	4.903.312
FOGGIA	5.093.576	TARANTO	632.247
FORLÌ	11.880.694	TERAMO	2.119.507
FROSINONE	5.875.158	TERNI	5.477.084
GENOVA	20.098.769	TORINO	108.112.342
GORIZIA	2.188.820	TRAPANI	12.207.555
GROSSETO	2.561.475	TRENTO	2.345.351
IMPERIA	6.853.156	TREVISO	8.588.439
L'AQUILA	5.609.963	TRIESTE	5.367.327
LA SPEZIA	7.396.311	UDINE	15.277.138
LATINA	5.565.266	VARESE	22.252.487
LECCE	15.353.316	VENEZIA	7.178.286
LIVORNO	9.306.735	VERCELLI	8.010.745
LUCCA	9.573.606	VERONA	11.412.631
MACERATA	5.583.766	VICENZA	18.375.471
MANTOVA	4.310.033	VITERBO	6.203.760
MASSA CARRARA	1.877.828		
MATERA	2.011.306		
		Totale	<u>1.136.628.948</u>

ECCEDENZE DEGLI UFFICI FIDUCIARI PROVINCIALI
(ANNO 1963)

AGRIGENTO	5.741.802	MESSINA	19.000.971
ALESSANDRIA	6.668.352	MILANO	40.590.776
ANCONA	2.104.815	MODENA	7.102.468
AOSTA	1.140.147	NAPOLI	28.488.521
AREZZO	13.795.563	NOVARA	3.765.599
ASCOLI PICENO	659.252	NUORO	4.430.895
ASTI	4.031.211	PADOVA	1.567.037
AVELLINO	1.745.274	PALERMO	23.332.787
BARI	2.178.451	PARMA	9.810.775
BELLUNO	1.716.518	PAVIA	4.194.199
BENEVENTO	4.630.716	PERUGIA	20.455.369
BERGAMO	11.033.729	PESARO	4.198.212
BOLOGNA	19.369.150	PESCARA	1.890.354
BOLZANO	2.217.805	PIACENZA	6.412.382
BRESCIA	14.421.400	PISA	5.854.997
BRINDISI	4.221.426	PISTOIA	9.091.841
CAGLIARI	4.288.170	POTENZA	4.031.014
CALTANISSETTA	1.351.633	RAGUSA	350.000
CAMPORBASSO	2.035.947	RAVENNA	8.096.461
CASERTA	29.966.112	REGGIO CALABRIA	25.099.042
CATANIA	8.774.468	REGGIO EMILIA	5.470.409
CATANZARO	14.758.705	RIETI	3.669.248
CHIETI	6.330.731	ROMA	285.712.846
COMO	10.895.783	ROVIGO	2.714.321
COSENZA	12.785.302	SALERNO	8.291.942
CREMONA	5.366.783	SASSARI	159.142
CUNEO	2.894.129	SAVONA	4.196.064
ENNA	4.848.656	SIENA	6.659.402
FERRARA	8.972.591	SIRACUSA	10.326.227
FIRENZE	10.851.118	SONDRIO	3.678.499
FOGGIA	9.200.225	TARANTO	3.570.205
FORLÌ	10.894.158	TERAMO	2.716.479
FROSINONE	7.087.181	TERNI	5.115.955
GENOVA	13.689.275	TORINO	87.098.465
GORIZIA	987.010	TRAPANI	13.872.337
GROSSETO	1.774.070	TRENTO	54.195
IMPERIA	5.142.870	TREVISO	11.714.097
L'AQUILA	6.428.566	TRIESTE	4.498.884
LA SPEZIA	390.408	UDINE	6.158.475
LATINA	5.622.344	VARESE	23.856.258
LECCE	7.515.204	VENEZIA	13.619
LIVORNO	5.668.456	VERCELLI	8.215.365
LUCCA	9.683.382	VERONA	8.596.829
MACERATA	7.633.126	VICENZA	19.396.147
MANTOVA	6.894.287	VITERBO	7.714.821
MASSA CARRARA	2.724.337		
MATERA	2.529.697		
		Totale	<u>1.081.112.266</u>

DATI RELATIVI ALL'APERTURA DI NUOVE FARMACIE
COL RAPPORTO 1/4.000 ABITANTI (a).

	N.° Comuni totale	N.° Comuni interessati	POPOLAZIONE	N.° farmacie esistenti	N.° farmacie 1/4.000	Differenze farmacie	
Capoluoghi di provin- cia	92	89	16.233.569	2.906	4.062	+	1.156
Comuni con popola- zione oltre i 25.000 abitanti	132	93	5.312.842	943	1.280	+	337
Comuni con popola- zione da 5.001 a 24.999 abitanti . . .	1.706	697	16.419.875	3.623	4.454	+	731
Totali . . .	1.930	879	37.966.286	7.472	9.796	+	2.224

(a) In questo elenco sono stati conteggiati anche i comuni con popolazione residente superiore ai 5.000 abitanti che sono costituiti da un capoluogo di mediocrissima entità demografica e da diverse frazioni, talune delle quali, per condizioni topo-orografiche, più vicine, per i rifornimenti, ai capoluoghi di comuni contermini.