

### DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori PERRINO, MORANDI, INDELLI, LORENZI e BARTOLOMEI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 18 FEBBRAIO 1965

#### Disposizioni per le farmacie rurali

ONOREVOLI SENATORI. — Il problema della assistenza farmaceutica rurale è sempre vivo e pressante.

Sotto l'aspetto economico ed in parte anche professionale, provvidenze a favore delle farmacie rurali non sono mancate; è mancata una visione organica del problema.

La farmacia rurale ha bisogno di più largo e sicuro respiro sotto un triplice aspetto: in primo luogo, dal punto di vista *economico*; in secondo luogo, sotto l'aspetto dello *esercizio della farmacia* che, specialmente nei piccoli centri, deve essere reso meno pesante e non può pretendersi che sia in tutto identico a quello delle farmacie di città; in terzo luogo, infine, per quel che riguarda le *agevolazioni* che è opportuno concedere nei concorsi per l'assegnazione delle farmacie urbane ai titolari ed ai collaboratori delle farmacie rurali.

Per i due ultimi aspetti del problema è compito della legge generale provvedere; mentre del primo è bene che se ne occupi una legge a parte.

Pertanto il presente disegno di legge non ha la pretesa di risolvere *in toto* il vasto e complesso problema della farmacia rurale, ma vuol costituire un primo e concreto avvio alla soluzione del problema.

\* \* \*

Sotto l'aspetto economico, le disposizioni di legge da tener presente, oltre all'articolo 115 del testo unico delle leggi sanitarie 27 luglio 1934, n. 1265, sono: il decreto presidenziale del 15 luglio 1951, n. 739 che contiene norme di carattere prevalentemente procedurale e che regolava l'applicazione della legge 20 febbraio 1950, n. 54; la legge 22 novembre 1954, n. 1107 che aggiornava le norme della legge n. 54; la legge 27 febbraio 1955 n. 61 che stabiliva l'equiparazione, nei pagamenti delle indennità, alle norme per i pagamenti degli stipendi ai medici condotti; e infine la legge 12 agosto 1962, numero 1352 attualmente in vigore.

Una osservazione fondamentale va, però, fatta preliminarmente in ordine ai benefici concessi alle farmacie rurali; ed è che lo Stato finora non si è mai assunto alcun onere al riguardo.

Originariamente, con l'articolo 10 del regio decreto-legge 15 marzo 1934, n. 463, divenuto poi, articolo 15 del testo unico delle leggi sanitarie, alle farmacie rurali poteva essere concessa una modesta indennità residenziale solo quando non esisteva nel Comune farmacia, ed il concorso per aprirla era andato deserto.

L'onere relativo faceva però carico al Comune, salvo rimborso di una quota sino al massimo di due terzi da parte del Ministero dell'interno da cui allora dipendeva il servizio della sanità pubblica. Avvertiva, però, il detto articolo di legge (terzo comma) che l'importo complessivo dei rimborsi non poteva eccedere in ciascun anno l'introito derivante dallo speciale contributo posto a carico di tutte le farmacie urbane.

Il campo di applicazione della detta norma, così come la misura dell'indennità, sono venuti, gradatamente, rispettivamente allargandosi e aumentando; ma il sistema è rimasto fundamentalmente sempre lo stesso, nel senso che la spesa per il servizio farmaceutico rurale è rimasta a carico solo dei Comuni e delle farmacie urbane.

È chiaro che, tutto sommato, in questo modo non c'è mai stato un efficace incentivo alla diffusione delle farmacie nei piccoli Comuni.

\* \* \*

Attualmente vi sono in Italia, giusta il censimento ufficiale del 1961, n. 6049 Comuni con popolazione fino ai 5.000 abitanti di cui:

- 1.506 hanno popolazione fino a 1.000 abitanti;
- 1.844 da 1.001 a 2.000 abitanti;
- 1.246 da 2.001 a 3.000 abitanti;
- 826 da 3.001 a 4.000 abitanti;
- 627 da 4.001 a 5.000 abitanti.

Non si conoscono quanti siano i *centri abitati* o frazioni, nel senso predisposto dalla legge farmaceutica.

Di tutti i 6.049 Comuni, circa la metà è senza farmacia: diciamo circa, perchè i dati forniti dalla Federazione degli Ordini dei farmacisti — l'unica fonte dalla quale si è potuto avere qualche rilevazione statistica del genere — non sono aggiornati.

Comunque ecco il quadro che, grosso modo, si può tener presente per una valutazione del problema:

- 1) Comuni fino a 1.000 abitanti, totale 1.506: con farmacia 80; senza 1.426;

- 2) Comuni da 1.001 a 2.000 abitanti, totale 1.844: con farmacia 617; senza 1.227;

- 3) Comuni da 2.001 a 3.000 abitanti, totale 1.246: con farmacia 909; senza 337;

- 4) Comuni da 3.001 a 4.000 abitanti, totale 826: con farmacia 806; senza 20;

- 5) Comuni da 4.001 a 5.000 abitanti, totale 627: con farmacia 608; senza 19.

Secondo le notizie attinte alla Federazione degli Ordini, nel numero dei Comuni su indicati, con farmacia, sarebbero compresi anche i *centri o frazioni di Comune*.

\* \* \*

Volendo ottenere una maggiore estensione del servizio farmaceutico rurale, noi crediamo che sotto l'aspetto economico per ora — tenuto presente la disponibilità finanziaria su cui, come in seguito diremo, si può contare — si potrebbero stabilire questi principi fondamentali:

- 1) esonerare innanzi tutto i Comuni da ogni loro concorso nella spesa delle indennità residenziali da concedere alle farmacie rurali, limitando l'onere, per tutti i Comuni fino ai 4.000 abitanti, alle sole seguenti prestazioni gratuite:

- a) affitto locale idoneo;
- b) acqua, luce e telefono dove questi servizi siano già impiantati nel Comune;

- 2) costituire d'obbligo nei Comuni con popolazione fino a 1.000 abitanti e in quelli dove, nella formazione della Pianta organica provinciale, si ravvisi la impossibilità di istituire una farmacia, un *Dispensario farmaceutico* gestito, con le modalità da stabilirsi con decreto del medico provinciale, dalla farmacia più vicina — anche se di altro Comune — in modo da garantire in tutto il territorio nazionale, l'assistenza farmaceutica;

- 3) escludere dal diritto alla indennità residenziale preveduta dalla presente legge, le farmacie dei Comuni con popolazione superiore ai 3.000 abitanti;

- 4) concentrare il maggiore sforzo economico e far sì che possano aprirsi e man-

tenersi in esercizio le farmacie nei Comuni dove più forte se ne nota la deficienza e cioè in quelli — come risulta dal quadro su esposto — che hanno una popolazione tra i 1.000 e i 3.000 abitanti, nulla innovando per ora per quanto concerne le farmacie esistenti nei Comuni o centri abitati oltre i 3.000 abitanti.

In sostanza riteniamo che, esclusi da una parte i 1.506 Comuni con popolazione al di sotto di 1.000 abitanti, dove è inutile farsi l'illusione che sia possibile far vivere una vera e propria farmacia; e dove invece può essere sufficiente alle esigenze locali il *Dispensario farmaceutico*; e quelli con popolazione superiore ai 3.000 abitanti dove sussiste almeno un inizio di autosufficienza, l'aiuto finanziario da concedersi alla farmacia rurale debba concentrarsi nei riguardi dei circa 3.100 Comuni con popolazione tra i 1.001 ed i 3.000 abitanti.

\* \* \*

Per circa 1.500 farmacie esistenti in detti Comuni, non siamo in grado di conoscere, per ora, mancando precisi e specifici accertamenti in proposito, quante sono quelle sussidiate.

Comunque, per fare un primo passo avanti in merito ad una razionale organizzazione del servizio farmaceutico rurale, ci occupiamo per ora solo delle farmacie tra i 1.000 e i 3.000 abitanti.

E per queste farmacie riteniamo di proporre la corresponsione di una indennità fissa annua di lire 500.000.

La somma unitaria di tale indennità di residenza si spiega facilmente, quando si consideri che essa tende a neutralizzare le condizioni di disagio di carattere economico, familiare e sociale del farmacista; condizioni di disagio che sono comuni per tutti i farmacisti esercenti in località con popolazione fra i 1.000 e i 3.000 abitanti.

Obiettivo dei proponenti è che la concessione della indennità su indicata sia destinata alle *farmacie già aperte ed esercenti*, nonchè a quelle che saranno aperte nei *capoluoghi* dei Comuni, e non a quelle che

si vogliono aprire nei centri abitati non appartenenti al capoluogo comunale (frazioni, borgate, centri residenziali o altri aggruppamenti di abitanti comunque denominati).

\* \* \*

Resta ora da esaminare il problema del reperimento delle fonti cui attingere per il fabbisogno finanziario: e poi vedere come semplificare e rendere più rapida e sicura la procedura per la concessione e la riscossione delle indennità residenziali, senza di che, anche quel poco che si concede, finisce col non avere pregio per i fastidi che si incontrano per conseguirlo.

Si ritiene che possa bastare un fondo di complessive lire un miliardo e 600-700 milioni, che può essere così reperito:

a) lire 1 miliardo e 200 milioni per contributo degli Enti mutualistici che assicurano l'assistenza farmaceutica (INAM, ENPAS, INADEL, ENPDEP, eccetera) in rapporto all'aliquota dello 0,50 per cento sulla spesa in medicinali che nell'anno 1964 è stata calcolata di circa 240 miliardi, complessivamente;

b) lire 130 milioni per il contributo delle farmacie urbane che è stato ottenuto in base alle quote previste dalla legge 12 agosto 1962, n. 1352.

Deve tenersi presente che in detto ammontare sono compresi ben lire 800 milioni che già i predetti Istituti sono impegnati a dare per sussidi alle farmacie rurali;

c) lire 400 milioni per contributo del Ministero della sanità che in linea di massima è pur giusto che debba concedere, data la natura e l'importanza di pubblico servizio sanitario esplicato dalle farmacie rurali.

A questo proposito è importante ricordare che l'articolo 21 della legge Giolitti 22 maggio 1913, n. 468, prevedeva la destinazione ai Comuni rurali delle somme derivanti dalla tassa di concessione per l'istituzione delle farmacie.

Il Ministro dell'interno Giolitti, nella relazione al Senato del 28 febbraio 1913 (documento n. 946) con cui presentava all'ap-

provazione la legge sulle farmacie, diceva: « ... La disposizione dell'articolo 21 mira ad assicurare che, *dei proventi delle tasse istituite da queste nuove norme, nulla venga distratto per scopi estranei alla farmacia* ».

In totale, dunque, le fonti finanziarie cui è previsto di potere attingere, dovrebbero portare ad una disponibilità complessiva di non meno di lire 1 miliardo e 730 milioni.

\* \* \*

Passando, ora, ad esaminare il procedimento da stabilirsi per una sollecita concessione dell'indennità ed una più pronta e regolare riscossione, si potrebbe prendere le mosse dal fatto che le rilevazioni demografiche annuali effettuate dall'Istituto centrale di statistica, hanno carattere ufficiale e possono, quindi, essere assunte come base delle norme di legge.

Sulla base di tale pubblicazione le farmacie rurali che chiedono l'indennità di residenza devono presentare la relativa domanda in termini assai brevi e perentori, corredata dai documenti necessari, atti a dimostrare che le stesse si trovano nelle condizioni richieste dalla legge: e la Commissione provinciale competente dovrebbe pronunciarsi non oltre il mese di aprile.

Anche il Ministero della sanità, chiamato a deliberare per la sua parte di competenze, dovrebbe provvedere in un termine di tempo non superiore ai 60 giorni, fermo restando che la mancata pronuncia vale come approvazione della decisione della Commissione provinciale, così come avviene normalmente per gli interventi delle prefetture nei confronti delle delibere dei Consigli comunali.

Non oltre il mese di agosto (ai sensi della legge 27 febbraio 1955, n. 61), dovrebbero venire emessi i mandati di pagamento per il primo anno, nonchè i ruoli di pagamento per gli anni successivi, con ratei a carattere *mensile*, cioè con la scadenza alla fine di ogni mese, così come avviene per gli impiegati dello Stato.

La concessione dell'indennità deve restare ferma per tutto il quinquennio, in base alle medesime pregiudiziali per cui la legge

12 agosto 1962 ha stabilita tale norma e in considerazione del fatto che la grandissima massa degli interessati rimane ferma nell'ambito delle condizioni demografiche che sono il presupposto dell'indennità.

Alla scadenza del termine dovrà farsi nuovamente la domanda anche ai fini di un generale accertamento della situazione da parte della Commissione provinciale: la erogazione dovrà avere luogo non alla persona del titolare della farmacia come diritto personale, ma *alla farmacia* in modo che anche nel caso che essa debba restare aperta al pubblico con un gestore provvisorio, la indennità venga tuttavia concessa come mezzo indispensabile per mantenere il servizio.

\* \* \*

Riassumendo, gli obiettivi principali che scaturiranno dalla nuova legge e dal regolamento di applicazione saranno i seguenti:

1) capillarizzazione del servizio farmaceutico anche nei piccolissimi centri, mediante la istituzione delle farmacie o dei Dispensari di farmacia;

2) cooperazione dei Comuni al regolare andamento del servizio, attraverso la concessione del locale e la rifusione delle spese della luce e del telefono;

3) concorso nelle spese per l'indennità, da parte delle farmacie urbane e dello Stato, coi proventi delle tasse di concessione farmaceutica, nonchè degli Enti mutualistici ai quali le farmacie assicurano il servizio nelle zone più disagiate;

4) unitarietà della indennità agli aventi diritto, in quanto i motivi di disagio professionale, sociale, familiare dovuto al servizio è uguale per tutta la categoria, indipendentemente dall'ammontare dell'imponibile di ricchezza mobile;

5) sveltimento delle procedure per la corresponsione dell'indennità mediante decisione delle Commissioni provinciali entro il 30 aprile: risoluzione in termini abbreviati delle eventuali controversie e decisione sollecita per stabilire i mandati di pagamento, da parte del Ministero della sanità:

decorrenza di 5 anni del diritto all'indennità eliminando ogni procedura nel periodo intermedio;

6) concessione dell'indennità *alla farmacia*, e non alla persona del farmacista in modo che essa possa continuare ad essere concessa anche nelle more degli interinanti dalla decadenza alla assunzione regolare dell'esercizio tra i titolari.

Onorevoli senatori! In considerazione degli scopi altamente sociali del provvedimento, della relativamente modesta spesa — in parte già in atto — occorrente alla sua attuazione, e della urgenza di intervenire onde bloccare l'esodo dei farmacisti rurali dalla loro sede professionale, si confida che esso sarà preso in sollecito esame dal Parlamento, e favorevolmente accolto.

**DISEGNO DI LEGGE****Art. 1.**

Nei Comuni e nei centri abitati con meno di 1.000 abitanti, ed in quelli nei quali si ravvisi la impossibilità di istituire la farmacia, si provvede all'assistenza farmaceutica mediante i Dispensari farmaceutici la cui gestione è, di regola, affidata alla farmacia più vicina anche se di altro Comune.

Le norme per la loro istituzione e gestione saranno stabilite dal regolamento alla presente legge.

**Art. 2.**

Alle farmacie già in esercizio o che vengano in seguito aperte al pubblico nel capoluogo dei Comuni con popolazione da 1.001 a 3.000 abitanti è concessa una indennità di residenza annua di lire 500.000.

La medesima indennità è corrisposta anche alle farmacie situate nei Comuni con popolazione fino a 1.000 abitanti regolarmente aperte al pubblico alla data dell'entrata in vigore della presente legge.

**Art. 3.**

I Comuni sono esonerati da ogni concorso nella spesa per l'indennità di residenza di cui all'articolo 2, la quale fa carico per intero al bilancio del Ministero della sanità.

I Comuni devono, peraltro, concedere gratuitamente ai Dispensari farmaceutici ed alle farmacie situate nel Comune — di cui agli articoli 1 e 2 — un locale idoneo, oltre alla luce, all'acqua ed al telefono, nei limiti strettamente occorrenti all'esercizio farmaceutico, là dove esiste l'impianto pubblico di detti servizi.

La concessione di cui al precedente comma è dovuta anche a favore delle farmacie rurali situate in Comuni con popolazione da 3.001 a 4.000 abitanti.

## Art. 4.

La concessione dell'indennità di residenza è deliberata dalla Commissione prevista dall'articolo 105 del testo unico delle leggi sanitarie 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, che deve decidere entro il 30 aprile dell'anno in cui è fatta la domanda, in relazione alla Pianta organica delle farmacie della provincia, e sulla base delle rilevazioni della popolazione pubblicate dall'Istituto centrale di statistica. La decisione è adottata indifferentemente dall'ammontare dell'imponibile di ricchezza mobile della farmacia interessata.

La decorrenza della concessione va dal 1° gennaio del medesimo anno, e dura inalterata per cinque anni, qualunque siano le modificazioni che nelle condizioni previste dalla legge per la concessione dell'indennità, si verificchino.

L'indennità di residenza spetta alla farmacia ed è dovuta anche se, verificandosi la decadenza del titolare autorizzato, la farmacia continui a restare aperta e sia esercitata in via provvisoria in attesa di essere assegnata al nuovo titolare.

## Art. 5.

Nulla è innovato circa la concessione della indennità di residenza riguardante le farmacie rurali situate in Comuni e centri abitati con popolazione superiore ai 3.000 abitanti.

## Art. 6.

È fatto obbligo agli Enti ed Istituti mutualistici che assicurano l'assistenza farmaceutica sotto qualsiasi forma e denominazione, di corrispondere un contributo per l'assistenza farmaceutica rurale nella misura pari allo 0,50 per cento della spesa farmaceutica annua complessiva da essi affrontata.

## Art. 7.

Per far fronte alle spese di cui alla presente legge, a decorrere dal 1° gennaio 1966 sarà iscritto nello stato di previsione del

Ministero della sanità un apposito capitolo quale « Fondo per l'assistenza farmaceutica rurale » al quale affluiranno:

a) il versamento dei contributi a carico delle farmacie non rurali previsti dall'articolo 1 della legge 12 agosto 1962, n. 1352;

b) il versamento dei contributi a carico degli Enti ed Istituti mutualistici di cui all'articolo 6 della presente legge;

c) lo stanziamento di una somma non inferiore a lire 400 milioni a carico dello Stato, coi proventi derivanti dal titolo IV, numero d'ordine 15, del decreto presidenziale 1° marzo 1961, n. 121.

#### Art. 8.

Nel termine di sei mesi dalla pubblicazione della presente legge, il Ministero della sanità dovrà emanare le norme regolamentari:

a) per la riscossione ed il versamento dei contributi degli Enti mutualistici di cui all'articolo 6 da effettuarsi nello stesso modo previsto per la riscossione ed il versamento dei contributi delle farmacie non rurali, giusta il disposto del secondo comma dell'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 15 luglio 1951, n. 739;

b) per stabilire i termini e le modalità per le pronuncie delle Commissioni provinciali e del Ministero della sanità sulle domande delle farmacie rurali previste dalla presente legge, dirette ad ottenere la prescritta indennità di residenza;

c) per il pagamento delle dette indennità alle farmacie, il quale dovrà essere effettuato mediante rate mensili dalle tesorerie provinciali nei modi previsti per gli impiegati dello Stato.

#### Art. 9.

La presente legge ha effetto dal 1° gennaio 1966.