

SENATO DELLA REPUBBLICA

III LEGISLATURA

(N. 928)

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa del senatore ANGELILLI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 28 GENNAIO 1960

Modifiche al testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, per la parte concernente l'ordinamento e l'esercizio delle farmacie

ONOREVOLI SENATORI. — È ben presente a tutti voi l'importanza del servizio farmaceutico, del quale in questi ultimi anni si sono frequentemente interessati organi di Governo, opinione pubblica e stampa.

C'è in questo servizio qualcosa da rimodernare e noi crediamo di assolvere ad un utile compito sottoponendovi alcune proposte seriamente meditate.

Sono note le polemiche in atto tra i farmacisti titolari di farmacia e i loro colleghi non titolari. Timorosi gli uni di vedere realizzate drastiche riforme dannose ai loro interessi e alla stabilità delle loro aziende; irritati gli altri per la loro posizione d'inferiorità, conseguente alle odierne difficoltà di diventare titolari.

Sono pure note le frequenti lamentele di parecchie autorità comunali, impossibilitate a fornire il servizio farmaceutico ai nuovi nuclei urbani con la necessaria prontezza.

All'origine di queste polemiche e di queste lamentele sono parecchie manchevolezze dell'attuale legislazione, che cercheremo di puntualizzare non senza prima sottolineare che,

se le polemiche tra farmacisti hanno avuto il merito di metterle in evidenza, hanno anche avuto qualche volta il torto di deformare l'esatta visuale, orientando l'opinione pubblica a giudicare su casi limite e ad attribuire alla legge vigente difetti e lacune superiori a quelli che in realtà non abbia: accade spesso, purtroppo, che vengano attribuiti all'imprevidenza del legislatore o al superamento dei tempi, degli inconvenienti generati invece in gran parte, come nel caso in esame, da disapplicazione di norme sostanzialmente efficaci o da carenza di diligenza o di mezzi dei pubblici poteri tenuti a far tempestivamente applicare quanto le leggi dispongono.

La legge Giolitti del 22 maggio 1913 numero 468, che da quasi 50 anni è alla base dell'ordinamento farmaceutico italiano, se pur non perfetta, ha avuto il grande merito di mettere valido freno al disordine e alla speculazione a cui farmacisti e non farmacisti si erano per lungo tempo abbandonati nel periodo precedente alla sua promulgazione ed ha riunito saldamente nelle mani dello Stato la disciplina del servizio e la facoltà di essere

il solo a poter concedere e condizionare la apertura e il funzionamento di ogni farmacia.

In questi quasi 50 anni, malgrado le indubie manchevolezze che si sono venute via via palesando, la legge Giolitti ha offerto al Paese un servizio farmaceutico sulla cui complessiva serietà ed efficienza nessuna critica è stata avanzata anche da coloro che, per diverse ragioni, più insistentemente chiedono riforme.

Anche nel periodo bellico, quando tutto il settore distributivo fu un caos, lo Stato poté tenere saldamente le redini del servizio, evitando eccessive sfasature che, più che in altri campi, avrebbero potuto avere gravi conseguenze.

È quindi necessario che interessi e passioni di parte non abbiano a influenzare il sereno giudizio di chi, come voi, deve preoccuparsi prima e al di sopra di tutto di assicurare un buon servizio nel pubblico interesse.

Per raggiungere questo scopo, noi pensiamo sia necessario sottolineare che la legge Giolitti è un tutto organico, difficilmente scomponibile senza danno in parti staccate, e che di conseguenza occorre resistere alla tentazione di far presto affrontando riforme singole una alla volta.

È meglio invece, a nostro avviso, proporre modifiche coordinate per quei pochi argomenti fra di loro legati e che hanno più urgente bisogno di aggiornamento.

Quindi, fermo restando il concetto che lo Stato non deve rinunciare ad alcuna delle prerogative che, in materia, la legge oggi gli affida, occorre, secondo noi:

- 1) rendere possibile una più tempestiva e più estesa diffusione del servizio;
- 2) rendere più sollecito per i farmacisti l'avvicendamento alla titolarità;
- 3) incoraggiare con aiuto concreto il diffondersi del servizio nei Comuni rurali;
- 4) dare il dovuto posto, nel corpo delle leggi sanitarie, al diritto dei Comuni d'interessarsi direttamente al servizio farmaceutico.

Uno dei maggiori appunti che si fanno alla legislazione vigente è quello di non permettere una sollecita diffusione del servizio.

L'appunto è fondatissimo, perchè il numero delle farmacie è regolato da una pianta organica revisionabile, di norma, solo a ogni censimento ufficiale (articolo 22 del Regolamento 30 settembre 1930 al testo unico leggi sanitarie).

Ognuno sa che tali censimenti sono sempre molto distanziati negli anni e quindi all'incremento della popolazione non segue sempre adeguato incremento del numero delle farmacie. Conseguentemente, molte zone urbane e non urbane finiscono col rimanere mal servite e di qui nasce il legittimo disappunto delle autorità comunali.

Se invece, come noi proponiamo, la revisione delle piante organiche venisse effettuata ad ogni biennio in base ai dati anagrafici dei Comuni, l'inconveniente verrebbe facilmente evitato.

Tanto meglio si potrà fare se si svelterà con nuove e possibili tecniche l'espletamento dei concorsi e se si richiameranno le Autorità sanitarie provinciali a un maggior zelo nel pretendere l'applicazione tempestiva delle disposizioni in materia.

La diffusione del servizio potrà anche venir migliorata aumentando del 10 per cento il numero delle farmacie, modificando il rapporto di una farmacia ogni 5.000 abitanti in una ogni 4.500.

Una maggior frantumazione del servizio, anche se a prima vista appare desiderabile, potrebbe in effetti portare a un peggioramento della sua efficienza, perchè lo stragrande e sempre crescente numero delle specialità medicinali impone rifornimenti e assortimenti non realizzabili da aziende a troppo scarso movimento.

D'altra parte, l'aumento dei consumi consentirà certamente alle farmacie di mantenere una sufficiente efficienza anche con una riduzione della loro clientela e anche se sono tenute per legge a concedere condizioni speciali sui prezzi fissati a favore degli Enti mutualistici. Così come consentirà loro di affrontare una sensibile maggior contribuzione per il finanziamento del servizio rurale, come più avanti illustreremo.

Alla diffusione del servizio nelle zone meno appetite potrà venire apportato anche un

certo incentivo, se si prevederà una sia pur limitata e controllata possibilità di trasferimento delle farmacie da farmacista a farmacista.

Oggi, salvo i casi di trasferibilità ancora possibili per effetto del periodo transitorio, a norma degli articoli 368 e 369 del testo unico, il farmacista che vince il concorso per una farmacia finisce per rimanere ad essa legato per tutta la vita, poichè non è facile, in pratica, vincere un concorso, avviare la farmacia con anni di lavoro e di sacrificio, poi, per progredire, rinunciarvi senza trarne remunerazione adeguata al lavoro profuso, concorrere ad altra sede affrontando da capo la fatica di nuovo avviamento.

Lo spauracchio di rimanere per sempre o per troppi anni legati a sedi disagiate tiene lontani dal concorso molti giovani. Se invece fosse loro resa concreta la speranza di avviare la farmacia e di potere dopo qualche anno realizzare il frutto del proprio sacrificio per muoversi poi verso sedi migliori, molte località ora non appetite verrebbero certamente servite.

In fondo, si tratterebbe di realizzare una umana aspirazione dei farmacisti, che avrebbe positivi riflessi nei confronti del servizio. E tanto più positivi, fra l'altro, sarebbero questi riflessi per l'apporto che ogni trasferimento dovrà fruttare, secondo quanto noi proponiamo, al fondo di finanziamento del servizio rurale.

È problema grave questo del finanziamento di tale servizio, perchè senza finanziamento il problema non si risolve.

Risulta da sicuri dati statistici che in Italia i piccoli centri inferiori ai 2.000 abitanti ancora senza farmacia sono 2.263 e quelli pure senza farmacia con popolazione da 2 mila a 4.000 abitanti sono 431. Quelli che, pur avendo popolazione inferiore ai 2.000, risultano provvisti di farmacia, sono 699 e quelli che pure ne risultano provvisti avendo popolazione fra 2.000 e 4.000 abitanti sono 1.707.

Pur ammettendo che non tutti i Comuni necessitano di farmacia perchè vicinissimi o vicini ad altri centri provvisti, rimane

sempre il fatto che per molti la mancanza del servizio è sentita.

A questo punto bisogna chiarire un equivoco in cui molti cadono. Bisogna chiarire cioè che con l'attuale legge, che prevede una farmacia ogni 5.000 abitanti, non è affatto proibito aprire farmacie in centri con popolazione inferiore a tale cifra. Prova ne sia, come sopra è riportato, che sono abbastanza numerose le farmacie dei piccoli centri.

Il rapporto 1:5.000 è stato fissato dal legislatore per assicurare, ove possibile, la potenzialità delle farmacie e per evitarne lo affollamento nei centri popolosi, ma non vuol dire che si sia voluto impedirne l'apertura nei centri con popolazione inferiore ai 5 mila. Anzi, con l'articolo 115 il legislatore ha cercato d'incoraggiarne l'apertura predisponendo un'indennità di residenza nelle sedi più povere.

Quindi, siccome il rapporto diviene operante solo nei centri popolosi, il variarlo in più o in meno nulla cambia alla situazione rurale. Per risolvere il problema occorre invece migliorare le possibilità offerte dallo articolo 115. Quest'articolo dice che all'indennità di residenza devono provvedere i Comuni, salvo rimborso di una quota (al massimo due terzi) da parte del Ministero competente.

È notorio come le finanze dei piccoli Comuni siano spesso in condizioni scoraggianti e come sia spiegabile la riluttanza degli stessi ad assumere impegni di spese. Tanto più che in pratica, assai spesso, la procedura per i rimborsi da parte del Ministero è lunga e difficile.

L'articolo 115 prevede pure uno speciale contributo a carico delle farmacie non rurali, destinato a finanziare i rimborsi ai Comuni. I farmacisti lo pagano, ma non è sufficiente per quelle che sono le reali necessità.

Occorre quindi eliminare le cause di difficoltà frapposte dai Comuni, esonerandoli dagli obblighi attuali con l'istituzione di un fondo presso il Ministero della sanità col quale far fronte direttamente e tempestivamente alle necessità rurali. Occorre anche potenziare adeguatamente detto fondo, ri-

chiedendo alle farmacie non rurali una maggior contribuzione.

Se la potenzialità economica delle farmacie non rurali verrà mantenuta a un livello ragionevole, sarà possibile la richiesta della maggior contribuzione.

Sarà anche necessario perequare l'imposizione del contributo, riferendolo al reale reddito delle farmacie e non più come ora, irrazionalmente, legandolo all'importanza urbanistica dei vari centri in cui le farmacie esercitano.

L'entrata sarà cospicua e, come nelle nostre proposte indichiamo, sarà validamente integrata dal versamento di un'annualità di imponibile di R.M. in occasione di ogni trasferimento di farmacia.

Crediamo con questi mezzi di aver indicato la risoluzione concreta del problema del servizio rurale, senza arrecare aggravio alle finanze dello Stato.

Ribadito il diritto dello Stato a regolare in modo esclusivo l'apertura delle farmacie, riconosciuta ai farmacisti una certa possibilità di sblocco dalla loro statica posizione, introdotto nella procedura del concorso il concetto dell'esame, pare cosa equa limitare l'attuale preferenza assoluta che l'articolo 107 riconosce al figlio o al coniuge del titolare defunto, col richiedere a questo figlio o a questo coniuge di aver ottenuto l'idoneità al previsto esame.

Problema importante, che appunto perciò abbiamo lasciato per ultimo nella nostra esposizione, è quello delle farmacie comunali.

La legge Giolitti, all'articolo 12, concesse ai Comuni la facoltà di aprire farmacie, purchè in piena osservanza delle norme generali (comprese quindi quelle sulla pianta organica). Fece eccezione per un'eventuale farmacia in più di quante dalla pianta organica previste per i Comuni con popolazione superiore ai 10.000 abitanti; e ancora per eventuali altre, purchè ciò fosse reso necessario dal servizio di somministrazione dei medicinali ai poveri,

Questa facoltà venne abolita col regio decreto 27 luglio 1934 n. 1265. La ripristinò la legge 9 giugno 1947 n. 530 sulle modifiche al testo unico della legge comunale e provinciale, all'articolo 27, che permette ai Comuni aperture praticamente indiscriminate.

Questa possibilità è stata alla base, in quest'ultimo decennio, di infinite contestazioni fra molti Comuni e le Organizzazioni dei farmacisti, e di notevoli controversie sul terreno dottrinario e pratico, tanto che in molti casi la legge ha finito col rimanere inoperante.

Sarebbe cosa razionale, trattandosi di legislazione sanitaria, ridare ai Comuni il riconoscimento che loro riservarono, nell'ambito di tali leggi, le disposizioni della legge Giolitti, ingiustamente abolite nel regio decreto del 1934. Come parrebbe cosa equa che, nello spirito della stessa legge, il loro diritto abbia a inquadarsi in quella regolamentazione distributiva che lo Stato si è riservata.

Ciò porterebbe all'eliminazione delle attuali incertezze e ridurrebbe le controversie che hanno troppo spesso ostacolato l'intervento dei Comuni (tanto che dal 1947 ad oggi le farmacie comunali di nuova istituzione non sono state che 57) e permetterebbe loro d'intervenire con titolo di legittima precedenza in tutti quei casi in cui tale intervento fosse giudicato opportuno.

D'altra parte, la chiarificazione potrebbe ridurre lo stato di apprensione e di ostilità delle categorie dei farmacisti, a tutto vantaggio di un sereno svolgersi del servizio.

Onorevoli Senatori,

col disegno di legge che abbiamo brevemente illustrato e che abbiamo l'onore di sottoporre alla vostra approvazione, non abbiamo inteso rivoluzionare un settore delicato dove le rivoluzioni possono arrecare più danno che utile alla comunità, ma crediamo di aver toccato razionalmente e coordinatamente quei punti fondamentali in cui l'attuale legislazione ha reale necessità di venire riveduta.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

Nell'articolo 104 del testo unico delle leggi sanitarie è sostituito, al secondo e quinto comma, al numero « cinquemila » quello di « quattromilacinquecento », e, al terzo comma, al numero « cinquecento » quello di « quattrocentocinquanta ».

Sempre nello stesso articolo dopo il quinto è inserito il seguente comma:

« La pianta organica delle farmacie viene aggiornata entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge e successivamente ogni biennio sulla base della popolazione, secondo gli ultimi dati pubblicati dall'Istituto centrale di statistica, sentite le Amministrazioni dei Comuni interessati, la Giunta provinciale amministrativa e il Consiglio provinciale di sanità ».

Art. 2.

L'articolo 105 del testo unico delle leggi sanitarie è sostituito dal seguente:

« Entro il termine perentorio di tre mesi e non prima di due dalla pubblicazione della pianta organica, le farmacie prive di titolare e quelle di nuova istituzione per le quali non sia intervenuta delibera di assunzione da parte del Comune competente per territorio — delibera soggetta alle approvazioni di cui al testo unico sull'assunzione diretta dei pubblici servizi, approvato con regio decreto 15 ottobre 1925, n. 2578 — sentito il parere del Consiglio provinciale di sanità, vengono conferite mediante concorso per titoli ed esami, indetto dall'Autorità sanitaria provinciale e giudicato da un'apposita Commissione presieduta dal medico provinciale e composta da un esperto in materia giuridica, da un libero docente o docente di materie farmaceutiche e da due farmacisti sui sei proposti dall'Ordine dei farmacisti, no-

minati dall'Autorità sanitaria provinciale all'inizio di ogni anno.

I provvedimenti dell'Autorità sanitaria provinciale sono definitivi ».

Art. 3.

Aggiungere alla fine dell'articolo 107 del testo unico delle leggi sanitarie quanto segue: « e abbiano ottenuto l'idoneità all'esame del concorso stesso ».

Art. 4.

Al secondo comma dell'articolo 109 del testo unico delle leggi sanitarie sopprimere le parole « del Prefetto », sostituendole con le seguenti: « dell'Autorità sanitaria provinciale, la quale peraltro non potrà opporsi ogniqualvolta non derivi danno al servizio farmaceutico ».

Art. 5.

L'articolo 115 del testo unico delle leggi sanitarie è sostituito dal seguente:

« Ai titolari di farmacia nei Comuni o nei centri abitati con popolazione non superiore a 2.000 abitanti è corrisposta un'indennità di residenza fissata in lire 360.000 annue.

Ai titolari nei Comuni con popolazione da 2.000 a 4.000 abitanti è corrisposta una indennità di residenza fino a lire 360.000 annue, tenuto conto del numero degli abitanti e della posizione topografica della farmacia.

L'indennità di residenza è determinata dalla Commissione indicata nell'articolo 105, sentito il Sindaco del Comune interessato.

Le spese per l'indennità di residenza sono affrontate con un Fondo predisposto presso il Ministero della sanità, al quale affluisce l'introito derivante da speciale contributo da corrispondersi da tutte le farmacie, escluse quelle rurali indicate nel quinto comma dell'articolo 104.

Tale contributo dovrà essere proporzionale all'ultimo imponibile accertato di ricchezza mobile e non dovrà superare il 5 per cento dell'imponibile stesso.

La misura del contributo entro tale limite verrà determinata ogni due anni dal Ministero della sanità ».

Art. 6.

È consentito il trasferimento delle farmacie, decorsi almeno cinque anni dall'autorizzazione, in favore di farmacista iscritto all'Albo professionale, che già abbia conseguito l'idoneità a un esame di concorso di cui all'articolo 2, ovvero in favore del Comune.

All'atto del trasferimento il cedente dovrà versare al Fondo di cui all'articolo 5 un contributo pari a un'annualità dell'ultimo imponibile accertato di ricchezza mobile.

Ai Comuni, però, cui è consentito il cumulo della titolarità di più farmacie, non è

permessa la cessione prevista dal presente articolo.

Art. 7.

Dall'articolo 104 all'articolo 129 del testo unico delle leggi sanitarie, alle parole: « il Prefetto » sono sostituite le altre: « l'Autorità sanitaria provinciale ».

Art. 8.

È abrogato l'articolo 27 della legge 9 giugno 1947, n. 530.

Art. 9.

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, il Governo della Repubblica dovrà emanare il regolamento di applicazione, in cui saranno anche fissati i criteri cui deve uniformarsi la Commissione giudicatrice prevista dall'articolo 105 del testo unico delle leggi sanitarie.