

economia & lavoro

Anno, II

Settembre-Ottobre 1968

N. 5

**problema
farmaceutico
nel quadro
della sicurezza
sociale**

atti di:

INO BERTONA

WIO BRACCO

INCESCO FORTE

SEPPE MEDUSA

IGERO RAVENNA

DREA SABA

H. ALDO TRESPIDI

ZIONI CEDAM - PADOVA

strale - Sped. in abb. postale - Gr. IV.



economia & lavoro

Rivista bimestrale
di politica economica e sindacale.

ANNO II - settembre-ottobre 1968 - n. 5

Direttore: Giacomo Brodolini.

Condirettori: Enzo Bartocci, Francesco Forte,
Gino Giugni.

Comitato di direzione: Miro Allione, Franco Archibugi, Luciano Cafagna, Manin Carabba, Vera Cao Pinna, Reno Ferrara, Franco Fiorelli, Lionello Levi Sandri, Pietro Longo, Giuseppe Medusa, Gianlupo Osti, Giannino Parravicini, Manlio Rossi Doria, Giorgio Ruffolo.

Redattore capo: Angelo Albanese.

Comitato di redazione: Mario Digilio, Marcello Inghilesi, Stefano Munafò, Enrico Palermo, Fabio Taiti, Ezio Unfer.

Direttore responsabile: Enzo Bartocci.

Copertina e impaginazione: Alfredo De Santis.

Direzione e redazione: Via Piemonte 39 - 00196 - Roma - A questo indirizzo vanno indirizzati i Jattiloscritti, le pubblicazioni periodiche in campo, i libri per recensioni (possibilmente in duplice copia) e la corrispondenza relativa alla rivista.

Amministrazione: CEDAM - Casa Editrice Dott. Antonio Milani - Via Jappelli 5 - 35100 - Padova (Telefoni 23.442 e 23.234 - Casella Postale 489).

Abbonamento 1968: Italia L. 3.000, estero L. 4.000, sostenitore L. 20.000, un fascicolo separato L. 600.

Per gli abbonamenti il versamento va effettuato sul Conto Corrente Postale n. 9/7578 intestato a: Casa Editrice CEDAM - Padova.

Concessionaria esclusiva della pubblicità: Compagnia Internazionale Pubblicità Periodici - CIPP Via Pisoni 2 - 20121 Milano Tel. 652814/15/16 - 20122 Torino - Via Bertola 34 T. 5753. Rappresentanze in tutta Italia.

Linotipia Veronese di Fiorini Alfio - Verona

economia & lavoro

bimestrale di politica economica e sindacale
anno II settembre-ottobre n. 5

s o m m a r i o

Francesco Forte: *Introduzione*

Giuseppe Medusa: *Problema farmaceutico
e sicurezza sociale*

Giuseppe Medusa: *Aspetti e problemi del-
l'assistenza farmaceutica in Italia*

Andrea Saba: *Il settore farmaceutico:
strutture produttive, produzione e ruolo
dell'impresa pubblica*

Francesco Forte: *Patologia del problema
farmaceutico italiano*

Fulvio Bracco: *Mutualità, spesa farma-
ceutica ed intervento pubblico*

G. B. Aldo Trespidi: *Un'industria da na-
ZIONALIZZARE*

Ruggero Ravenna: *Necessità di interventi
organici*

Bruno Bertona: *La CISL sul problema dei
farmaci*



EDIZIONI CEDAM
PADOVA

introduzione

Questo numero della nostra rivista è interamente dedicato al problema dell'industria farmaceutica, nel quadro del più vasto problema della riforma mutualistica e della realizzazione della « sicurezza sociale » in Italia.

Lo scopo di questo fascicolo è di presentare le varie tesi che, sul problema, vengono formulate nei vari ambienti e di fare il punto sulla situazione. I due saggi di G. Medusa, che fa parte del comitato di direzione della nostra Rivista e che si è assunto il compito di organizzare il fascicolo, oltretutto porre i termini generali del problema, indicano anche alcuni indirizzi che riflettono il punto di vista di « Economia e Lavoro ». Il mio articolo sulla « Patologia del problema farmaceutico italiano » (che è comparso originariamente ne « l'Astrolabio », da cui viene riprodotto per gentile concessione di quella Rivista) affronta più specificamente le disfunzioni, i paradossi, i pericoli di un assoggettamento pressoché completo alle compagnie internazionali, le linee di ristrutturazione della nostra industria farmaceutica. Si tratta solo di un primo approccio al tema: e non già di una indagine esauriente. Questa comporterebbe un ben più ampio discorso, sia per quanto riguarda le spese per la ricerca e gli indirizzi di questa, sia per quel che concerne le concrete modalità di configurazione di una impresa pubblica in questo settore, sia infine per quel che riguarda la ristrutturazione del settore delle imprese private italiane (che è estremamente frazionato, ma che conta accanto a ditte che sono quasi solo botteghe di confezione, anche fra le imprese minori,

iniziative valide ed energie preziose che sarebbe un errore disperdere soprattutto in questa fase in cui importa valorizzare al massimo le attività produttive italiane ad alto contenuto occupazionale). Ovviamente anche questo articolo riflette posizioni della nostra Rivista, sebbene — come dicevo sopra — il discorso dovrà essere ripreso per ulteriori approfondimenti e specificazioni. Il saggio di Andrea Saba approfondisce alcuni aspetti generali a livello di indagine economica. Si tratta del contributo di un giovane economista che ha lavorato per la commissione sicurezza sociale del partito socialista ed ha particolarmente studiato il problema.

Gli altri contributi costituiscono un confronto, franco e spregiudicato, delle opinioni delle forze sindacali e dell'ambiente industriale.

Per il mondo industriale, Medusa ha ottenuto un contributo di Fulvio Bracco, che è non solo il presidente dell'Assofarma, ma anche un industriale farmaceutico di alto livello. Per il mondo del lavoro, ha, invece, raccolto le voci delle tre grandi centrali sindacali: CGIL, CISL, UIL i cui contributi — dovuti a uomini particolarmente qualificati e ben noti sia per la loro posizione nel sindacato e sia per la loro competenza nel problema specifico — vengono qui pubblicati nell'ordine alfabetico delle sigle delle tre centrali sindacali.

La ripartizione dello spazio, quantitativamente, non è eguale. Alcuni contributi sono più ampi ed altri più brevi. Ma quello che importava ad Economia e Lavoro, ovviamente, non era una sorta di alchimia quantitativa fra le varie voci, bensì un panorama in cui emergessero con chiarezza le varie posizioni. Un fascicolo di Rivista ha dei limiti complessivi di spazio e di calendario, per

cui non abbiamo potuto certamente offrire un dibattito esauriente. L'intervento è però aperto, per i fascicoli successivi, a quanti vogliano riprendere il tema: sia fra coloro che vi hanno già contribuito e sia fra altri, che desiderassero contribuire ex novo; sia nella cerchia dei nostri collaboratori abituali, come degli altri, che hanno un interesse al tema.

Il lettore noterà agevolmente che su alcuni punti vi è un vasto consenso, fra coloro che hanno contribuito al fascicolo, mentre su altri vi sono differenze e dissensi molto rilevanti. I consensi, in larga misura, riguardano la diagnosi; mentre i dissensi sono acuti soprattutto per quel che concerne la terapia (sia lecito il ricorso a questi termini medici, con riferimento a un tema di « economia della medicina »). Da noi l'economia della medicina e lo studio dei problemi della sicurezza sociale, a livello di politica economica, sono ancora piuttosto embrionali. Forse perché il campo — scientificamente — è in una zona di confine fra competenze diverse (quelle degli economisti, dei medici, degli studiosi di farmacologia, degli esperti di sociologia e di diritto del lavoro) e il discorso non riesce agevolmente ad acquistare una articolazione precisa. Ma probabilmente la spiegazione della difficoltà di un esame analitico sta anche nel fatto che la materia dell'indagine è in evoluzione continua; investe un campo in cui la situazione va modificandosi a ritmi impressionanti. Per rendersene conto basta osservare il ritmo a cui aumenta, in Italia, da un anno all'altro la spesa farmaceutica e sanitaria complessiva e la spesa degli enti mutualistici in questo settore. Da un lato operano in questo senso i progressi tecnici, che mettono a disposizione sempre nuove possibilità di cura. Dall'altro lato opera in questa direzione l'aumento del numero degli anziani, dovuto non solo all'ac-

crescimento della popolazione ma anche all'accrescimento dell'età media, connesso al suddetto progresso tecnico medico-farmaceutico e alle migliorate (sebbene non certo soddisfacenti) condizioni di vita della classe lavoratrice e delle famiglie meno abbienti. Vi è poi l'aumento generale del reddito, che comporta aumento di ogni sorta di consumi e vi è, infine, un innegabile « consumismo » farmaceutico e sanitario che è alimentato sia dalla pubblicità e dagli altri mezzi promozionali dell'industria e sia dalle nevrosi della nostra società.

Accanto al consumismo farmaceutico e sanitario, vi sono i paradossi e i drammi del nostro sistema (se si può usare una tale parola che allude a qualche cosa di organico, in questo campo!) sanitario e mutualistico. Centinaia di miliardi vengono spesi ogni anno in farmaci e centinaia di miliardi in cure mediche (quanto effettive, è un altro discorso); i bilanci mutualistici sono in dissesto; i medici freneticamente sfornano ricette (come si è potuto vedere nel film « Il medico della mutua », il cui aspetto più significativo è che le acerbe denunce in esso contenute non hanno suscitato scandalo, in quanto riguardano fatti che purtroppo sono tanto noti da essere un luogo comune). Ma gli ospedali difettano di posti letto e di attrezzature. Le malattie più gravi trovano il mutuato alla mercé di un meccanismo poco efficace, quando non addirittura crudelmente indifferente. L'industria farmaceutica ha davanti a sé una domanda in sviluppo, quale è dato di riscontrare in pochi altri settori, ma non genera un corrispondente progresso tecnico e organizzativo salvo poche eccezioni. La ricerca — salvo qualche eccezione — non si sviluppa. I lavoratori hanno la sensazione di un meccanismo estraneo, che li umilia e a cui i loro rappresentanti non hanno titolo di

partecipazione, nonostante i pesanti contributi sociali gravanti sui salari. I medici sono scontenti. Le imprese industriali lamentano che i pesanti contributi, i quali rincarano il costo del lavoro, non siano sentiti dai lavoratori come un tangibile beneficio. Gli ospedali sono gravati dai debiti delle mutue. I giovani laureati in materie farmacologiche hanno più la prospettiva di operare come venditori di medicinali o come persuasori di medici a pro delle varie case, che non come addetti a laboratori, come quadri di imprese avanzate.

Ma quando dalla enunciazione delle cose che non vanno si passa alla disamina degli interventi per risanarle, le voci cominciano a dividersi e non solo perché vi sono diverse ideologie generali, ma anche perché — diciamolo francamente — vi sono interessi di categoria, privilegi, baronie che si vorrebbero conservare ed anche sperperi che si ha il timore di vedere sostituiti, in caso di riforme, da avvizie, ed a cui ci si è abituati.

Si possono però fissare alcuni punti fermi. Non è il caso di esporli qui, perché — per quanto riguarda le opinioni della nostra Rivista — essi sono esposti nei tre saggi che ne riflettono le posizioni. Ve ne è però uno, che preme sottolineare, perché è forse la chiave dell'intera questione: quello della partecipazione dei rappresentanti dei lavoratori alla effettiva gestione del sistema mutualistico (o in futuro di sicurezza sociale). Il paziente del medico, che paga direttamente, è un cliente rispettato. Il paziente che paga attraverso il meccanismo contributivo (e a volte, quando si tratta dei lavoratori dell'industria paga anche per altre categorie) invece è trattato — dal sistema complessivo — come se gli si facesse l'elemosina; è l'oggetto e non il soggetto effettivo del gigantesco meccanismo. A

comandare sono in molti, tranne lui. A vantare diritti sono in molti, tranne lui. Gli si fanno inghiottire medicine, purché si levi di torno in fretta. Non deve stupire che vi è poi chi colleziona medicine, senza sapere veramente che farsene, aggrappandosi all'unico aspetto in cui il sistema gli offre qualcosa.

FRANCESCO FORTE

problema farmaceutico e sicurezza sociale

1. Vi sono oggi ragioni profonde per dedicare una attenzione specifica ai problemi della sicurezza sociale:

— sia che si tratti di quell'insieme di beni e di servizi (es. l'assistenza sanitaria) che vanno assumendo sempre più l'aspetto — nelle strutture giuridico-istituzionali esistenti o semplicemente nella coscienza sociale — di un servizio pubblico che deve essere garantito alla generalità dei cittadini sulla base della semplice insorgenza del bisogno (assumendo a limite la caratteristica di un servizio pubblico in senso oggettivo);

— sia che si tratti di quegli istituti (pensione, assegni familiari, indennità di disoccupazione ecc.) ispirati a linee di tipo privatistico e assicurativo e posti in più o meno stretta relazione con la specifica posizione « personale » del soggetto interessato.

Ad entrambi questi livelli infatti la passata legislatura è stata caratterizzata dalla progettazione, in termini generali, di un quadro riformatore di ampio respiro tendente ad una radicale ristrutturazione del sistema di sicurezza sociale. Si tratta di un quadro riformatore — recepito nel programma economico nazionale — la cui novità, anche sotto il profilo culturale, risiede nella collocazione della spesa per la sicurezza sociale fra gli impieghi sociali del reddito, il che implica il superamento delle concezioni

meramente assistenziali o meramente assicurative, per sostituire ad esse una concezione politico-economica sostanziale che vede l'importanza strategica degli impieghi sociali del reddito in una visione equilibrata dello sviluppo sociale ed economico del Paese.

Ad entrambi questi livelli inoltre la passata legislatura è stata caratterizzata — pur tra incertezze e contraddizioni — da due fondamentali concreti atti riformatori:

- l'avvio della riforma sanitaria;
- l'avvio della riforma del sistema pensionistico.

2. Su entrambi questi punti vale la pena soffermarsi brevemente per la migliore comprensione del quadro riformatore entro cui si collocano le proposte avanzate nel presente fascicolo di « Economia e lavoro ».

È appena il caso di ricordare infatti che il retroterra culturale di entrambi questi provvedimenti è costituito dalla convinzione secondo la quale è in atto, negli anni più recenti, una tendenza difficilmente reversibile verso una progressiva traslazione degli oneri previdenziali per i settori nei quali la tutela verrà estesa a tutti i cittadini, allo Stato, che dovrà quindi provvedere al reperimento dei mezzi attraverso il sistema fiscale, in maniera che il costo di questi servizi gravi su tutti i cittadini in relazione alle loro capacità contributive.

Riforma sanitaria

In un esame dei provvedimenti più importanti adottati in questa direzione, una attenzione particolare meritano problemi quali:

- la riforma ospedaliera;

— l'avvio di una politica sanitaria orientata in senso preventivo.

a) *La riforma ospedaliera* - Per quanto riguarda la riforma ospedaliera, la legge approvata nel febbraio scorso costituisce un primo concreto avvio della riforma sanitaria prevista nel Capitolo 7 del programma economico quinquennale. Il punto di maggior rilievo consiste, infatti, nel pratico superamento dell'ospedale come organismo di assistenza e beneficenza; la legge infatti stabilisce che: « Gli enti ospedalieri, salvo i limiti derivanti dalla specializzazione dell'ospedale o dalle particolari esigenze tecniche legate alla forma morbosa che si presenta, hanno l'obbligo di ricoverare, senza particolare convenzione o richiesta di alcuna documentazione, i cittadini italiani e stranieri che necessitano di urgenti cure ospedaliere per qualsiasi malattia, o per infortunio, o per maternità, siano o meno assistiti da enti mutualistici ed assicurativi o da altri enti pubblici e privati. Sulla necessità del ricovero decide il medico di guardia. Gli accertamenti in ordine all'attribuzione delle spese per l'assistenza sono successivi al ricovero, ferme restando le norme vigenti in materia ».

In questo senso la legge costituisce una prima tappa per la realizzazione, in campo sanitario, di un compiuto sistema di sicurezza sociale.

Altri elementi di innovazione possono essere identificati:

— nella riorganizzazione complessiva di tutti gli istituti di assistenza e di beneficenza che provvedono al ricovero e alla cura degli infermi; tale riorganizzazione ha mirato a togliere al volontarismo privato e alla assenza di controllo e di direzione ogni istituto operante in campo

sanatoriale per affidarlo a nuclei gestionali elementari « gli enti ospedalieri », che possono assommare uno o più istituti ospedalieri di zona;

— al decentramento dei compiti e delle funzioni alle regioni, alle quali spetta il compito di

- istituire, fondere e concentrare gli enti ospedalieri;
- controllare atti e organi degli enti ospedalieri;
- programmare tutta l'attività sanitaria degli enti ricadenti nella regione, nel rispetto della legge statale;

— nella estensione della disciplina voluta dalla nuova legge anche agli ospedali attualmente dipendenti da enti mutualistici e previdenziali;

— nel collegamento dell'attività ospedaliera nel quadro della programmazione nazionale allo scopo di eliminare gli attuali squilibri nella struttura e nel funzionamento della rete ospedaliera nel nostro paese;

— nella accentuazione dei controlli sulle case di cura private, ai fini di accertare l'esistenza dei requisiti necessari per garantire una adeguata e razionale assistenza;

— nella diversa disciplina che dovrà presiedere ai concorsi ospedalieri e al reclutamento del personale;

— nella istituzione, infine, di un fondo nazionale ospedaliero destinato ad incentivare il rinnovo delle attrezzature tecniche sanitarie degli ospedali, attraverso la concessione di contributi e sussidi agli enti ospedalieri.

Di particolare interesse il tipo di risposta che la legge in esame ha cercato di dare ai complessi problemi esistenti a livello del personale medico impiegato negli ospedali.

Come è noto, in passato, il personale medico stabile degli ospedali era costituito esclusivamente da primari

mentre gli aiuti e gli assistenti, anche vincitori di concorso, venivano assunti per un tempo estremamente limitato e trovavano motivo di stabilità soltanto attraverso l'acquisizione di un primariato. Questo sistema, non garantendo la stabilità professionale, spingeva il medico a strumentalizzare al massimo la sua presenza in ospedale per allargare l'ambito della professione privata; dall'altro lato la professione privata tendeva ad occupare tanto più i medici ospedalieri, quanto più essi operavano in zone a minore livello di sviluppo, dove trovandosi in numero molto limitato, tendevano inevitabilmente a cumulare più incarichi e funzioni.

La legge ospedaliera prevede, come primo tentativo per sanare questa situazione, l'impiego del medico in ospedale a « tempo definito ». Sembra superfluo richiamare qui tutta la discussione, registratasi nel nostro paese, in merito alla richiesta di « full-time » per tutte le categorie professionali che operano nell'ambito di enti pubblici o di enti ad interesse pubblico (in particolare ospedali e Università). Il « tempo definito » previsto dalla legge rappresenta senza dubbio un provvedimento che tiene conto delle due essenziali esigenze contrapposte:

— il subordinare le attività professionali private del medico alle esigenze dell'ente pubblico, l'ospedale, con cui esso ha un contratto di lavoro;

— di permettere al medico ospedaliero anche una sua libera attività professionale, che arricchisca e perfezioni le sue capacità e le sue conoscenze in campo medico.

La legge infatti prevede:

— la « determinazione degli obblighi relativi, anche per i medici con funzioni di diagnosi e cura, e l'incompa-

tibilità con l'assunzione di altri rapporti di impiego presso enti pubblici o con l'esercizio professionale in case di cura private »;

— la possibilità, per il medico ospedaliero, di svolgere nelle ore libere, un suo esercizio professionale « anche nell'ambito dell'ospedale, entro limiti rigorosamente determinati... »;

— la possibilità di scelta, per il medico ospedaliero, fra attività a « tempo determinato » e attività a « pieno tempo ».

La riforma ospedaliera, infine, stabilendo un congruo periodo di tirocinio obbligatorio da effettuarsi dopo la laurea in cliniche universitarie, o in reparti ospedalieri appositamente attrezzati, presenta un ulteriore carattere particolarmente innovativo nei confronti della situazione preesistente. Il periodo obbligatorio di tirocinio infatti può rappresentare lo strumento attraverso il quale i giovani neo-laureati superano non solo le prime difficoltà relative all'esercizio professionale, ma anche il naturale scontro, che veniva registrato in passato, fra preparazione universitaria e attività medica.

b) *L'avvio di una politica sanitaria orientata in senso preventivo* - È noto come in questi ultimi anni sia stata dedicata una attenzione particolare ai problemi della trasformazione strutturale del settore sanitario, attraverso un più stretto collegamento fra momento curativo e momento preventivo e riabilitativo dell'intervento, che consentisse una sostanziale unità all'intervento sanitario stesso. In questo senso un particolare interesse riveste il documento presentato nel dicembre scorso al Ministro della

Sanità dalla Commissione consultiva per la riforma sanitaria di base, istituita due anni or sono.

Il lavoro della commissione si incentra sostanzialmente su:

— la dimensione territoriale delle unità sanitarie locali;

— la struttura giuridica e la configurazione delle u.s.l.;

— la funzione, il coordinamento e il controllo riguardanti le u.s.l.;

— la struttura tecnica, la posizione e le funzioni degli operatori sanitari e il loro rapporto con le u.s.l.

I punti sui quali sembra essersi realizzato — negli ambienti interessati — un sostanziale accordo si possono così schematizzare:

i) superamento del sistema mutualistico, il quale sembra accentuare in maniera eccessiva il distacco fra il momento curativo e quello preventivo e riabilitativo. Tale superamento dovrà avvenire attraverso la realizzazione di un servizio sanitario nazionale finanziato attraverso la fiscalizzazione degli oneri sociali.

Il retroterra culturale di tale impostazione è costituito dalla convinzione secondo la quale trattasi — nel caso dell'assistenza sanitaria — di un insieme di beni e di servizi che vanno assumendo — nella coscienza sociale, prima ancora che nelle strutture esistenti — il carattere di un servizio pubblico che deve essere garantito alla generalità dei cittadini sulla base della semplice insorgenza del bisogno.

La prestazione sanitaria, in siffatto contesto, tende quindi a svincolarsi dal sistema previdenziale dal momento

che la malattia non ammette copertura attuariale o maturazione di contributi.

È appena il caso di ricordare che è in atto un po' in tutti i paesi una progressiva traslazione degli oneri per la tutela sanitaria — via via che questa viene estesa alla generalità dei cittadini — dalle categorie interessate allo Stato, su cui quindi incombe l'obbligo di reperire i mezzi necessari in modo che il costo di questi servizi gravi su tutti i cittadini in relazione alle loro capacità contributive.

ii) individuazione del momento fondamentale della riforma nella istituzione di una rete completa di u.s.l. considerate quali strutture di base competenti — in un determinato ambito territoriale — per ogni forma di prestazione sanitaria e con un raggio di azione esteso alla generalità dei cittadini. In questa prospettiva le u.s.l. si caratterizzano come centri per la erogazione delle prestazioni medico-generiche e specialistiche (mediante convenzione con i liberi professionisti); di quelle ospedaliere (mediante convenzioni con gli ospedali); e come centri gestori, infine, dei servizi di sanità pubblica e di medicina preventiva di massa.

Rispetto all'attuale situazione il sistema proposto costituisce il pratico superamento dell'istituto mutualistico nazionale: di quest'ultimo modello tuttavia viene conservato il primo momento storico e culturale che ha un po' caratterizzato la mutualità in Italia, il momento cioè della territorialità intesa come circoscrizione dell'organismo assistenziale entro confini compresi nel raggio visuale dell'assistito, così da mantenere efficace il suo controllo, morale la sua richiesta, ragionevole l'impiego dei mezzi.

iii) attribuzione della competenza sanitaria alla regio-

ne e la attribuzione, mediante delega delle regioni, agli enti locali, per la gestione dei servizi sanitari.

In un disegno riformatore quale quello prospettato e nella fase di passaggio dal regime mutualistico a quello del servizio sanitario nazionale, si pongono, come è evidente, complessi problemi relativi ai rapporti fra le costituenti u.s.l. e gli enti mutualistici. È chiaro, infatti, come per la creazione di un servizio sanitario nazionale si rende necessaria preliminarmente la fiscalizzazione degli oneri sociali relativi all'assistenza di malattia; la fiscalizzazione richiede a sua volta una radicale riforma del nostro sistema tributario.

A questo proposito le conclusioni cui perviene la Commissione per la riforma di base sono orientate nel senso di lasciare, limitatamente alla fase di passaggio dal sistema mutualistico al sistema di sicurezza sociale, agli enti mutualistici l'esercizio delle funzioni del prelievo dei contributi nei limiti definiti dalle attuali gestioni e la erogazione delle prestazioni economiche che attualmente sono attribuite agli enti medesimi. Alle u.s.l. verrebbero invece attribuiti i compiti di gestione ed erogazione dei servizi sanitari al cui finanziamento — sino a che non sarà possibile provvedere con prelievo fiscale — provvederebbero direttamente gli istituti mutualistici per le stesse quote attualmente iscritte nei rispettivi bilanci.

La riforma del sistema pensionistico

La riforma delle pensioni della previdenza sociale, approvata all'inizio dello scorso marzo, introduce come è noto, una importante innovazione nel nostro sistema pensionistico, poiché abolisce il sistema di calcolo fon-

dato sulle « marche » agganciando direttamente la pensione al salario. In virtù di tale legge tutte le pensioni dei lavoratori « dipendenti » che saranno liquidate dal 1° maggio 1968 saranno infatti « agganciate » al salario. Il massimo si raggiungerà con 40 anni di contribuzione che danno diritto al 65% del salario medio percepito negli ultimi tre anni di attività lavorativa. Meno rilevante sul piano formale, ma politicamente significativo, l'impegno sancito nella nuova legge, a rapportare progressivamente la pensione all'80 per cento del salario a partire dal 1971.

La rilevanza sociale del provvedimento testè richiamato — per gli effetti che potrà provocare nei prossimi anni quando la situazione sarà entrata completamente a regime — è di tutta evidenza ove si consideri l'attuale distribuzione per classi di importi delle pensioni erogate dall'INPS ai lavoratori dipendenti (a tutto marzo 1967):

Complesso delle pensioni in vigore (vecchiaia, anzianità, invalidità, superstiti)	Valori assoluti N. pensionati	Valori %	Importo medio mensile ¹ pro-capite
Inferiori ai minimi . .	573.514	11,0	10.889
Minimo lire 15.600 . .	1.249.126	24,1	18.436
Minimo lire 19.500 . .	1.810.506	34,9	21.908
Superiore ai minimi . .	1.554.094	30,0	38.163
Totale	5.187.240	100,0	24.724

Fonte: INPS.

¹ Complessivo della pensione base, adeguamento, fondo sociale.

Anche a voler considerare la fascia di pensioni superiori ai minimi, che costituiscono come si è visto appena il 30% del complesso delle pensioni erogate in regime generale, è evidente come il rapporto fra pensione goduta e salario mediamente percepito è molto al di sotto del 65% previsto dalla nuova legge per le pensioni che verranno liquidate a partire dal 1° maggio 1968.

A questo riguardo sarebbe di indubbio interesse, in una legge che guarda più al futuro che al presente, valutare in che misura viene modificato, con il nuovo regime, il rapporto fra prestazioni erogate e salari goduti per le varie categorie professionali.

Purtroppo però i dati a disposizioni non consentono delle quantificazioni rigorose in questo campo.

Si giustifica però in base alle considerazioni svolte il posto centrale che il regime pensionistico tende ad occupare nel quadro complessivo della sicurezza sociale.

3. Ma si comprendono anche alla luce delle considerazioni sinora svolte le difficoltà che si presentano — in relazione soprattutto allo squilibrio finanziario che attualmente investe le gestioni previdenziali ogni qual volta si intende prospettare l'adozione di iniziative legislative tendenti ad elevare il livello delle prestazioni o ad estendere l'area da esse coperta.

Certo non è un mistero per nessuno che

a) nel campo dell'assistenza sanitaria molti e complessi restano tuttora i problemi da risolvere. Merita in questa sede fare anche un solo cenno, al fatto che:

— esiste ancora un profondo squilibrio fra le categorie di lavoratori ammesse al godimento della assisten-

za sanitaria nel sistema mutuo-previdenziale: basta pensare a questo proposito che ancora nel 1967 7 milioni e 510 mila lavoratori autonomi non godono delle prestazioni farmaceutiche;

— la struttura ospedaliera, che dovrebbe costituire lo strumento fondamentale per l'assistenza sanitaria, presenta enormi lacune, non solo a livello di strumentazione e di organizzazione scientifica, ma anche e soprattutto a livelli di necessità elementari, come quelle registrabili riguardo alla disponibilità negli istituti ospedalieri, di posti letto, come rileva la stessa Relazione del Ministro della Sanità, a presentazione del d.d.l. 325 sulla riforma ospedaliera alla Camera dei Deputati:

QUOZIENTI STANDARDS E QUOZIENTI ATTUALI DI POSTI
LETTI DISPONIBILI (PER 1000 ABITANTI)

	Quoziente standard	Quoziente nazionale	Italia setentr.	Italia centrale	Italia meridionale
per malati acuti	4,5	4,28	5,46	4,98	2,50
per lungo degenti, cronici, ecc.	2	0,50	0,82	0,59	0,07
per convalescenti	2	0,04	0,07	0,03	0,003
per malattie mentali	3	1,72	2,02	1,85	1,28

b) nel campo delle pensioni il livello medio in Italia è tuttora basso ove si consideri che:

— per un buon trattamento di pensione in regime di ripartizione occorrerebbe non meno del 25-30% del reddito di lavoro; ora la spesa per trattamenti pensionistici

in Italia ha raggiunto nel 1966 i 2.800 miliardi di lire pari al 12% del reddito di lavoro (complessivo del reddito dei lavoratori autonomi) stimato per lo stesso anno.

— Coloro che dovrebbero vivere con le pensioni erogate sono in Italia circa 1/4 dell'intera popolazione. Anche a voler scontare il minor consumo delle persone anziane (buona parte dei beneficiari, familiari, invalidi, ecc. non rientrano tuttavia in tali categorie) è evidente come la spesa globale per i trattamenti pensionistici difficilmente possa scendere al di sotto di un 20% del reddito di lavoro globalmente distribuito alle varie categorie professionali.

Il punto su cui occorre responsabilmente centrare il dibattito è allora sui limiti obiettivi, che un disegno che si proponga l'elevamento dei livelli di prestazione, incontra in relazione essenzialmente a due fatti: la pratica impossibilità di accollare al bilancio statale un ulteriore concorso finanziario alla gestione finanziaria degli enti previdenziali, la esigenza di evitare per quanto possibile l'aggravio delle aliquote contributive direttamente gravante sulla produzione.

4. Il discorso allora si sposta su un diverso piano e riflette sostanzialmente due tipi di esigenze:

a) da un lato la esigenza di tenere costantemente sotto controllo la coerenza dell'insieme dell'intervento sociale con il momento di sviluppo del Paese affinché non vi sia incompatibilità fra impegni di tipo sociale e ritmi di accumulazione e di investimenti in campo economico.

Non è un mistero per nessuno infatti che nella giusta ansia di coprire una serie di bisogni scoperti si è spesso

proceduto in ordine sparso senza una adeguata consapevolezza e riflessione dei reciproci condizionamenti che l'intervento sociale continuamente ha con il processo di trasformazione e di sviluppo della società;

b) dall'altro la esigenza, man mano che si procede sulla strada della riforma (l'agganciamento della pensione all'80% del salario percepito negli ultimi anni della vita lavorativa, la estensione della tutela sanitaria e tutti i cittadini) di richiedere alle parti sociali quel minimo di sacrificio che si giustificano per la rilevanza sociale dei fini che si vogliono perseguire e si rendono necessari per la rilevanza economica di alcune riforme che si vuole realizzare.

4. 1. Per quanto riguarda il problema della « coerenza » fra dinamica sociale e dinamica economica (di cui alla lett. a del punto precedente), non è questa la sede per individuare dei limiti mitici al di là dei quali la componente sicurezza sociale può avere effetti inflazionistici: sembra infatti che non esista una rigida percentuale di prelievo (rispetto al reddito) superata la quale, per ogni paese e in ogni tempo, iniziano fenomeni inflazionistici.

È vero invece che in ogni paese e in ogni tempo vi è un limite di pressione fiscale e parafiscale oltre il quale si manifestano effetti negativi, sia di carattere monetario che reale.

4. 2. Più complesso e scottante il problema delle necessarie « contropartite » da richiedere alle parti sociali ogni qualvolta — come per il recente provvedimento legislativo di cui si discorre e ancor più in vista degli aumenti dei minimi di pensione decisi nelle trattative che hanno preceduto la formazione del governo Rumor — lo

Stato interviene per soddisfare delle giuste attese di vasti strati sociali.

Su questo piano si è spesso reclamato una maggiore efficienza « interna » dei singoli settori di intervento molti dei quali raggiungono ormai larghissime dimensioni di spesa e richiedono quindi una gestione tecnica e funzionale per porre freno alla continua dilatazione dei costi di gestione dei fondi assistenziali e previdenziali.

Su questo tema si è appuntata anzi negli ultimi anni l'attenzione dell'opinione pubblica turbata da singoli episodi di sperpero o di scarsa oculatezza amministrativa. Trattasi indubbiamente di problemi che, se sono forse finanziariamente poco rilevanti, non per questo sono, almeno sul piano morale, meno vivi.

La questione della riduzione delle spese di gestione degli enti previdenziali, costituisce indubbiamente un obiettivo da perseguire prioritariamente non fosse altro che allo scopo di evitare che l'attenzione dell'opinione pubblica venga distratta da problemi che pur essendo vivi e scottanti non hanno una grande rilevanza ai fini di una soluzione dei problemi della spesa previdenziale.

Non c'è dubbio tuttavia che il problema delle possibili economie realizzabili all'interno del sistema va collocato in tutt'altra direzione.

5. In questo senso un settore che richiederà, nella prossima legislatura, una riconsiderazione a fondo dei criteri sui quali occorrerà procedere per il futuro è costituito dal settore dell'assistenza sanitaria, punto cruciale attorno a cui ruota buona parte dei problemi che oggi si pongono nel settore della sicurezza sociale.

Il punto critico dell'intero sistema di sicurezza sociale

sembra infatti oggi rappresentato dalla spesa per le prestazioni sanitarie in regime previdenziale che, al netto delle spese di funzionamento degli enti erogatori, assommano nel 1967 a 1.264 miliardi di lire con un incremento rispetto al 1965 pari al 10,7%.

La definizione di precise linee di riforma e di impegno pubblico in questo settore avrebbe infatti immediati effetti:

— sulla entità della spesa oggi destinata per la tutela sanitaria della popolazione.

Va a questo riguardo sottolineato come il preoccupante deterioramento del bilancio della Pubblica Amministrazione nella parte corrente, deterioramento che ha registrato nel 1967 un ulteriore appesantimento per effetto delle peggiorate condizioni di gestione di alcuni centri della P.A. fra i quali, in primo luogo, gli enti previdenziali che vedono continuamente aumentare il loro disavanzo (nel 1967 il totale dei disavanzi dei vari enti si è aggirato sui 709 miliardi di lire), costituisce l'ostacolo più grave per una qualificazione della spesa pubblica e per una sua azione di sostegno degli investimenti;

— sullo stesso processo di razionalizzazione e riqualificazione degli enti assistenziali che troppo spesso si sovrappongono agli organismi istituzionalmente preposti a compiti di medicina preventiva e curativa.

Si pensi a questo riguardo che dei 330 miliardi spesi annualmente dall'amministrazione locale per trasferimenti fini sociali, una quota aggirantesi mediamente sui 250-30 miliardi va a coprire, in parte a titolo surrogatorio e in parte in modo aggiuntivo, funzioni o servizi dell'amministrazione centrale, con conseguenti duplicazioni di co-

sti, possibilità di abusi dei servizi offerti (si pensi all'assistenza sanitaria dei comuni).

Il peggioramento — cui si è accennato — della situazione finanziaria degli enti previdenziali (l'INAM ha chiuso il 1967 con un disavanzo di 165 miliardi) è dovuto ad un insieme di fattori destinati con molta probabilità ad esercitare la loro influenza anche per il futuro.

È pertanto prevedibile — a meno che non intervengano meccanismi correttivi — una ulteriore dilatazione della spesa per questo settore e un conseguente ulteriore aumento del disavanzo degli enti, dal momento che le entrate effettive al netto cioè dei movimenti di capitali (trasformazioni patrimoniali) e partite di giro, tendono ad aumentare ad un tasso inferiore rispetto all'incremento delle spese effettive.

6. Ciò quindi pone in primo piano il problema di un deciso impegno pubblico volto alla razionalizzazione e riqualificazione dell'intero settore.

Punto cruciale di tale processo di razionalizzazione è senza dubbio costituito dalla dilatazione della spesa e dei consumi farmaceutici che nel 1967 ha raggiunto la consistente cifra di 374,4 miliardi di lire pari al 29,3% della spesa globale per le prestazioni sanitarie.

La elevata incidenza che, soprattutto negli anni più recenti sta assumendo l'assistenza farmaceutica nei capitoli di spesa dei bilanci dei vari organismi mutualistici, spiega la convergenza di interessi, su questo problema, degli organi di programmazione, dei centri di decisione politica, degli imprenditori, dei sindacati dei lavoratori.

Su questo piano è infatti noto come la voce « presta-

zioni farmaceutiche » tenda a divenire il piú rilevante capitolo di spesa dei bilanci degli enti mutualistici che, insieme allo Stato, costituiscono, se non gli unici, certo i principali acquirenti della produzione nazionale.

La diversa dinamica della spesa farmaceutica che nel 1967 ha raggiunto la cifra di 374 miliardi dimostra come alla dilatazione dei consumi e della spesa farmaceutica abbiano concorso, assai piú che l'obiettivo espansione della popolazione assistita, un complesso di fattori riconducibili:

— all'ampliamento degli elenchi dei farmaci prescrivibili;

— a piú diffuso ricorso all'assistenza da parte degli assicurati per effetto del migliorato livello educativo-sanitario della popolazione;

— alla continua evoluzione della terapia, con l'introduzione nell'uso corrente, di farmaci costosi e complessi.

Affianco a questi fattori fisiologici di incremento della spesa pro-capite hanno però agito, e tuttora agiscono, fattori che, pur avendo contribuito ad una lievitazione della spesa globale, non si sono tradotti in un incremento reale delle prestazioni pro-capite.

Tra le variabili che possono concorrere a determinare un tale anomalo sviluppo della spesa farmaceutica il saggio che segue si limita a considerare solo quelle che per loro natura si prestano ad una azione « correttiva » da parte dei pubblici poteri.

Questo tipo di finalità chiarisce i motivi per cui, nel saggio « Aspetti e problemi della Assistenza farmaceutica in Italia », ci si sia limitati a considerare le sole variabili, per cosí dire « strutturali » che influenzano (dal lato del « consumo », dei « costi » o dei « prezzi » di produzio-

ne) la spesa farmaceutica, mentre si sono quasi del tutto ignorate altre variabili che pure in qualche modo influenzano il consumo e la spesa farmaceutica (l'età, il sesso, la categoria socio-professionale dell'assistito, ecc.).²

² A questo proposito una recente indagine apparsa su « *Les cahiers de l'industrie pharmaceutique* » ha analizzato il ruolo svolto da questi fattori nello sviluppo dei consumi farmaceutici. I risultati di questa indagine, notevolmente indicativi anche per la situazione italiana, possono così brevemente riassumersi:

1. L'analisi del fattore « malattia » ha messo in evidenza che il 90% delle spese farmaceutiche è riferibile a eventi morbosi che possono essere compresi nell'ambito del piccolo rischio. Solo il 10% della spesa si riferisce quindi a malattia di notevole o notevolissima portata; questo tipo di andamento risulta, rispetto alle altre voci di spesa per la salute, nettamente invertito.

2. In relazione all'età la curva del consumo dei farmaci presenta un andamento bimodale con punte massime nella prima infanzia e nelle età più avanzate.

3. Per ciò che riguarda il sesso si è dimostrato che il consumo dei farmaci delle donne è maggiore di circa il 50% rispetto a quello degli uomini.

4. A condizioni di protezione sociale eguale il consumo di farmaci varia notevolmente in rapporto alla categoria socio-professionale cui appartengono gli assicurati. In generale i consumi minori si riscontrano nel settore agricolo, i massimi nella categoria del ceto medio impiegatizio.

5. Il consumo unitario subisce un aumento quando si passa dalla popolazione agricola a quella rurale non agricola e a quella urbana; esso è anche influenzato dalla categoria del comune di appartenenza in quanto subisce un incremento quando si passa dai comuni più piccoli a quelli di maggiore importanza.

6. Nessuna influenza invece sembra avere il numero dei medicinali in commercio. La rapidità di ricambio dei prodotti di medicinali sul mercato agisce infatti in senso compensativo spostando semplicemente la domanda dai prodotti più vecchi a quelli più recentemente immessi nel circuito di distribuzione.

Sarebbe interessante verificare con una ricerca diretta il gioco di questi vari fattori sul mercato italiano. È tuttavia presumibile, considerata la dimensione europea e spesso mondiale che assumono i problemi dell'assistenza farmaceutica, che le rilevazioni effettuate sulle caratteristiche del consumo in Francia possano essere valide per la situazione italiana.

Il saggio che segue vuole essere una rassegna dei principali aspetti e problemi che oggi si pongono nel campo dell'assistenza farmaceutica allo scopo di valutare la natura e gli effetti di alcuni fattori che influenzano, in modo rilevante

— da un lato la entità della domanda di taluni servizi sanitari meno qualificati tra cui in primo luogo le prestazioni farmaceutiche

— dall'altro i costi di produzione e distribuzione e i prezzi dei medicinali determinando a valle una dilatazione abnorme della spesa farmaceutica.

Sotto il primo aspetto è parso di scorgere nelle modalità di organizzazione dei sistemi di protezione sociale (modalità che agiscono in maniera diversa a seconda degli accorgimenti che si mettono in atto per limitare od estendere l'assistenza farmaceutica) e nei livelli di efficienza della organizzazione sanitaria pubblica, dei fattori capaci di influenzare in misura rilevante il consumo farmaceutico.

Per quanto riguarda il secondo tipo di variabili che influenzano la spesa farmaceutica dal lato del « costo » di produzione e dei « prezzi » è parso di scorgere in taluni difetti strutturali del settore farmaceutico e nella particolare disciplina legislativa vigente per il settore altrettante cause di alterazione della struttura dei costi e dei prezzi dei medicinali.

Naturalmente un tale esame di sintesi non ha alcuna pretesa di pervenire a delle precise quantificazioni (del resto non sempre possibili con i dati di cui si dispone) quanto piuttosto di fornire un quadro sufficientemente organico di quell'insieme di fattori che oggi concorrono a dilatare in modo anomalo (vuoi dal lato del « consumo »

vuoi dal lato dei costi di produzione e dei prezzi) la spesa farmaceutica.

D'altra parte non ci si poteva limitare alla sola individuazione del tipo di distorsione esistenti nel nostro modello di protezione sociale o del tipo di carenze legislative che piú direttamente interessano l'attività economico-produttiva del settore farmaceutico. Un notevole interesse, assumevano, al contrario, la individuazione e la messa a punto di linee di intervento per il riassetto di questo importante settore della sicurezza sociale.

Tanto piú che le disfunzioni e la carenza rilevate nel campo dell'assistenza farmaceutica mostravano come queste fossero in misura notevole solo il riflesso di distorsioni esistenti a « monte » (nell'assetto tecnico-istituzionale del nostro sistema di protezione sociale, nell'assetto economico-produttivo, nell'assetto giuridico-amministrativo piú direttamente interessante l'attività produttiva).

Di qui la esigenza di delineare possibili linee di intervento atto ad incidere

— da un lato sul consumo e sulla domanda di taluni servizi sanitari (in particolare sui consumi farmaceutici) attraverso un processo di generale qualificazione delle prestazioni e dei servizi sanitari a passo con i progressi della medicina moderna e in stretto rapporto con le rinnovate esigenze assistenziali che da tali progressi derivano;

— dall'altro sui costi di « produzione » e « distribuzione » farmaceutica attraverso un piú spinto processo di razionalizzazione del settore ed un suo adeguamento alle esigenze dell'economia nei limiti imposti da una attività produttiva per la quale è evidente il rilievo di immediato interesse pubblico.

GIUSEPPE MEDUSA



Capitalismo.

aspetti e problemi dell'assistenza farmaceutica in Italia¹

*Influenza dei modelli organizzativi della protezione sociale
sullo sviluppo dei consumi farmaceutici.*

1. Per un primo sommario esame della dinamica del consumo e della spesa farmaceutica in questo ultimo decennio è sufficiente limitarsi ai dati relativi alle prescrizioni (galeniche e specialistiche) create dall'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie che, come è noto, rappresenta il maggiore organismo mutualistico che eroga in forma diretta le prestazioni farmaceutiche attraverso un sistema basato essenzialmente sul prontuario terapeutico.

A tale espansione ha senza dubbio in gran parte contribuito il tipo di politica perseguito dall'INAM che ha costantemente teso al massimo allargamento del ventaglio terapeutico messo a disposizione dei propri assistiti allo scopo di corrispondere ad un duplice ordine di richieste: quella degli assistiti di avere a disposizione il maggior numero possibile di farmaci e quella dei medici di mantenere una certa libertà di scelta nelle prescrizioni anche all'interno di un sistema necessariamente delimitato.

¹ Il presente saggio trae spunto da una indagine svolta dall'autore nell'ambito del Centro Studi Investimenti Sociali (CENSIS). Di tale indagine il presente saggio riflette pertanto sia le valutazioni conclusive che i suggerimenti concreti.

Tab. 1 - INAM: ANDAMENTO DELLE PRESCRIZIONI (GALENICHE E SPECIALISTICHE)
PER ASSICURATO NEL PERIODO 1956-1966

	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966
Agricoltura	3,5	3,5	3,3	3,8	4,7	4,9	5,0	5,0	4,9	5,5	6,4
Industria	6,5	7,7	6,9	7,3	8,4	8,9	10,2	10,9	11,9	13,5	13,6
Commercio	5,0	5,4	5,2	5,4	6,2	7,2	7,6	8,3	9,0	10,3	11,2
Credito	5,0	5,1	4,6	4,2	4,7	7,1	7,3	8,7	9,3	11,4	11,3
Servizi domestici	2,8	3,3	3,4	3,3	4,0	5,5	6,2	5,5	6,2	8,1	8,5
Pensionati	8,4	9,1	8,3	9,0	10,3	11,2	12,4	13,5	14,1	15,3	15,0
Nel complesso	6,3	7,2	6,6	7,1	8,2	8,9	9,9	10,4	10,5	11,9	12,3

Tab. 2 - INAM: LA SPESA FARMACEUTICA PER CATEGORIA DI ASSICURATI

	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966
Agricoltura	1.403	1.495	1.535	1.903	2.715	2.956	3.113	3.409	3.646	4.313	5.349
Industria	2.620	3.167	3.086	3.661	4.837	5.366	6.357	7.404	8.481	10.056	11.295
Commercio	2.054	2.233	2.364	2.817	3.723	4.542	4.919	5.823	6.597	7.809	9.447
Credito	2.084	2.179	2.141	2.221	2.878	4.554	4.764	6.090	6.865	8.451	9.380
Servizi domestici	1.129	1.336	1.574	1.623	2.343	3.359	4.033	3.716	4.379	5.656	6.954
Pensionati	3.383	3.772	3.795	4.544	5.975	6.796	7.794	9.175	10.087	11.397	12.457
Nel complesso	2.550	3.004	2.991	3.575	4.759	5.400	6.196	7.046	7.553	8.867	10.164

A questo riguardo appare particolarmente significativo il rapporto fra il numero medio annuo di prescrizioni per assicurato registrate in Italia e quello relativo di alcuni Paesi esteri per i quali si dispone di dati comparabili — Come si rileva dalla tab. 3 l'Italia registra il più elevato numero di prescrizioni pro-capite e la più elevata spesa per assicurato.

2. Non si può tuttavia non osservare come al di là del progressivo allargamento del ventaglio terapeutico l'aumento del numero delle prescrizioni tragga origine da una serie di variabili che hanno a che fare

a) con le modalità di organizzazione dei sistemi di assicurazione contro le malattie, modalità che si mettono in atto per limitare od estendere l'assistenza farmaceutica

b) dal livello di efficienza dell'organizzazione sanitaria pubblica.

Tralasciando per il momento l'esame del modo con cui i particolari modelli di cui alla lett. a) possono influenzare il consumo farmaceutico appare difficilmente contestabile l'influenza esercitata sui consumi farmaceutici dal livello di efficienza raggiunto da una determinata organizzazione sanitaria pubblica. Tale correlazione — anche se sfugge ad una precisa quantificazione — può essere espressa nel senso che tanto minore è il grado di efficienza raggiunta da una organizzazione sanitaria pubblica tanto maggiore è la domanda di servizi di primissimo livello e scarsamente differenziati quali sono appunto la medicina generica e l'assistenza farmaceutica.

Una tale ipotesi di lavoro trova ampie conferme nell'analisi dei dati statistici disponibili.

TAB. 3 - ASSISTENZA FARMACEUTICA: SPESA PRO-CAPITE *
IN ALCUNI PAESI (lire 63)

Paese	Anni	Numero medio annuo prescrizioni per assicurato	Costo medio annuo per assicur. (lire italiane)	
			V.A.	Indice di variazione (1959=100)
BELGIO	1959	7,27	4.477	100,0
	1960	7,61	4.749	106,1
	1961	7,87	5.103	114,0
	1962	8,86	5.443	121,6
	1964	7,88	5.395	120,5
	1966	9,52	7.639	170,6
FRANCIA	1959	..	4.979	100,0
	1960	..	6.063	121,8
	1961	..	6.807	136,7
	1962	..	7.202	144,6
	1964	..	7.539	151,4
	1966	..	9.985	200,5
GERMANIA R.F.	1959	..	3.661	100,0
	1960	..	3.991	109,0
	1961	..	4.341	118,6
	1962	..	4.579	125,1
	1964	..	4.717	128,8
	1966	..	6.532	178,4
ITALIA	1959	7,12	4.361	100,0
	1960	8,28	5.616	128,8
	1961	8,97	6.210	142,4
	1962	9,92	6.747	154,7
	1964	10,55	7.553	173,2
	1966	12,25	10.164	233,1
INGHILTERRA E GALLES	1959	4,79	2.705	100,0
	1960	4,78	2.896	107,1
	1961	4,44	3.141	116,1
	1962	4,21	2.709	100,1
	1964	4,42	3.465	128,1
	1966	5,45	5.180	191,5

FONTE: AISS.

* Dati depurati dalle spese sostenute dagli assistiti.

Nel complesso si può affermare che è inesatto sostenere che in Italia si spenda troppo per l'assistenza sanitaria. Al contrario l'Italia rispetto agli altri paesi della CEE è quello che attribuisce sul complesso delle risorse destinate alla sicurezza sociale, la quota percentualmente più bassa al settore della tutela sanitaria.

Analoghe considerazioni possono farsi per quanto riguarda le spesa pro-capite sanitaria isolatamente considerata; in questo campo l'Italia registra infatti i valori più bassi rispetto a tutti gli altri Stati membri della CEE.

Un elemento di strozzatura rispetto ai regimi sanitari più evoluti è invece costituito dalla ripartizione interna della spesa sanitaria che per quanto riguarda l'Italia si concentra in modo eccessivo sulle prestazioni meno qualificate (medicina generica e prestazioni farmaceutiche).

Paesi	Spesa sanitaria globale Miliardi di lire	Di cui farmaceutica	
		Valori assoluti miliardi di lire	Valori %
Inghilterra e Galles . .	1.963,4	202,9	10,3
Scozia	228,0	20,8	9,0
Irlanda del Nord . . .	68,4	7,7	11,3
Totale Regno Unito . .	2.259,8	231,4	10,2
Italia	929,4	284,2	30,6

FONTI: Regno Unito: Central Office of Information (1964-65)

Italia: Relazione Generale sulla situazione economica del Paese 1965.

A questo riguardo appare particolarmente significativo un confronto fra l'incidenza della spesa farmaceutica sulla spesa sanitaria globale sostenuta nel nostro Paese nel 1965, in regime mutualistico, e l'analoga incidenza

di spesa sostenuta nello stesso anno nel Regno Unito che come è noto vanta una tra le più estese ed efficienti organizzazioni sanitarie. I dati riportati nel prospetto mostrano come rispetto al Regno Unito la spesa farmaceutica assuma in Italia valori di gran lunga superiori, non solo in valori percentuali ma anche in valori assoluti.

3. Le considerazioni ora svolte fanno ritenere che sussista una stretta correlazione fra livello di efficienza dei servizi sanitari e consumi sanitari nel senso che il livello di efficienza raggiunto dai primi tende a condizionare e ad orientare in un senso o nell'altro i consumi sanitari. In questo senso l'eccessivo ricorso che si registra nel nostro Paese verso consumi o prestazioni sanitarie di minore livello costituirebbe il naturale riflesso del modello tecnico funzionale e organizzativo del nostro sistema di protezione sanitaria.

Quali sono infatti il tipo di carenze che oggi si riscontrano nella nostra organizzazione sanitaria e che — rendendo praticamente impossibile lo sviluppo del sistema in base a semplici obiettivi di adeguamento quantitativo — concorrono a determinare, insieme ad una mancata o incongrua utilizzazione di strutture sanitarie, il tumultuoso svilupparsi di forme assistenziali meno qualificate?

A) In primo luogo le carenze sia di carattere quantitativo e distributivo sia di ordine tecnico che si rilevano nella nostra organizzazione sanitaria. Su questo piano:

a) la cronica congestione e l'irrazionale distribuzione sul territorio dei presidi ospedalieri;

b) l'assenza di qualsiasi attività extra-murale della struttura ospedaliera;

c) la inadeguata e irrazionale distribuzione delle strutture ambulatoriali e poliambulatoriali, realizzabili e programmabili solo in una organizzazione sanitaria unitaria);

d) l'assenza di una rete di servizi di alta specializzazione per lo studio e per il trattamento di particolari forme morbose rispondenti per completezza delle attrezzature strutturali alle più moderne esigenze cliniche e destinate ad assistere quei pazienti che pur essendo affetti da malattie di particolare impegno diagnostico e terapeutico, non richiedono il ricovero;

non possono non ripercuotersi in un generale scadimento del livello diagnostico e terapeutico dei nostri servizi sanitari nonostante i rapidi progressi della medicina moderna e le rinnovate esigenze assistenziali che ne derivano.

B) In secondo luogo le lacune che si riscontrano sul piano della distribuzione e utilizzazione del personale medico:

a) la distribuzione territoriale dei medici è caratterizzata infatti dall'accentramento nelle grandi città e dalla conseguente esiguità dei servizi, anche di prima istanza, nelle zone più periferiche del Paese. A questo proposito basta osservare che in più di cinquemila comuni italiani è presente soltanto il medico condotto.

Non può pertanto stupire che in queste zone l'assistenza sanitaria avvenga a livelli meno qualificati (medico-generica e farmaceutica):

b) il mancato inserimento dei medici in stabili strutture sanitarie, convenientemente retribuito, spiega d'altra parte il vertiginoso moltiplicarsi degli impegni dei medici a tutto scapito dell'approfondimento e dell'aggiornamento culturale, e di riflesso, del valore della prestazione sa-

nitaria generica che è oggi notevolmente scaduta di livello. Tale situazione dà ragione del progressivo affievolirsi dell'impegno diagnostico dei medici e l'eccessivo ricorso:

— da un lato alle spedalizzazioni anche per evento di lieve entità allo scopo di scaricare sugli ospedali le più gravi responsabilità diagnostiche e terapeutiche;

— dall'altro il fenomeno dell'iper-ricettazione con il ricorso soprattutto all'uso indiscriminato di presidi terapeutici polivalenti (antibiotici e chemioterapici, vitaminici, ecc..)

C) A monte delle disfunzioni testé rilevate sta d'altra parte il fatto che il massimo sforzo dell'organizzazione sanitaria continua a concentrarsi nel momento diagnostico — terapeutico, mentre nella situazione nosologica del Paese continuano a collocarsi al primo posto tra le cause di morte quei gruppi di malattie (cardiovascolari, tumori, malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi) suscettibili di essere affrontate efficientemente soltanto con i mezzi del *dépistage* e della prevenzione di massa.

Le rare sporadiche e non coordinate attività di carattere preventivo vengono prevalentemente condotte seguendo linee verticali o ripetendo per inerzia i moduli operativi dell'intervento diagnostico-terapeutico. Una distinzione fondamentale sussiste infatti, dal punto di vista organizzativo, fra l'intervento preventivo e quello terapeutico. Il primo ha per oggetto la salute e si rivolge quindi a tutta la popolazione; il secondo ha per oggetto la malattia e interessa gruppi particolari già discriminati dal fatto morboso. Ovviamente, quindi, l'intervento preventivo deve procedere secondo linee orizzontali, perseguendo siste-

maticamente il controllo di tutta la popolazione, particolarmente di quella sana; non può quindi realizzarsi nella difesa da questa o quella particolare malattia, come oggi avviene, in quanto il fatto stesso della manifestazione di uno stato morboso implica il passaggio dalla « prevenzione » alle « terapie ».

Questo particolare tipo di struttura dinamica, tipica dell'intervento preventivo e caratterizzato dall'ampiezza dell'attività educativa, non si riscontra nel nostro Paese.

Nel complesso le carenze dianzi accennate fanno sì che l'intervento sanitario pubblico in materia di medicina preventiva si realizza quasi esclusivamente nella attività di controllo igienico e di profilassi delle malattie infettive e diffuse.

È così che rispetto al processo di modificazione ed evoluzione dei bisogni fa riscontro la immobilità funzionale dei presidi sanitari di prima istanza quale si desume dai pochi dati a disposizione.

Volendo infatti limitarsi ad alcune osservazioni di carattere tecnico funzionale sugli abituali schemi operativi dei servizi sanitari di base oggi esistenti si può operare una prima grossolana classificazione di tali servizi secondo il tipo di prestazioni prevalentemente erogate.

Al riguardo una prima classificazione può essere fatta fra strutture a carattere eminentemente diagnostico-terapeutico (condotte mediche, condotte ostetriche, servizi mutualistici) e strutture a carattere prevalentemente preventivo (uffici sanitari comunali, consultori ONMI, consorzi provinciali antitubercolari e relativi dispensari, servizi di medicina scolastica, centri di lotta contro le malattie sociali).

Un esame anche sommario della consistenza e delle

attività delle strutture sopramenzionate mostrerebbe infatti come l'intervento sanitario di base si esaurisca in gran parte nel momento diagnostico terapeutico mentre il problema della prevenzione viene affrontato in forma episodica e con strumenti tecnici assolutamente insufficienti.

Manca cioè uno strumento fondamentale di intervento pubblico riconducibile a una unità sanitaria locale, quale è venuta maturando essenzialmente nei Paesi anglosassoni, nella quale si è possibile ravvisare:

— una sede unitaria dell'intervento nella quale trovino sede le varie funzioni oggi polverizzate in un eccessivo numero di strutture di base;

— un centro di promozione e di divulgazione di nozioni igieniche e di individuazione e precisazione dei bisogni avvertiti in campo sanitario;

— uno schema operativo in cui assumere come oggetto dell'intervento sanitario tutta la popolazione non più discriminata dalla esistenza di uno stato morboso in atto.

A tale stato di cose ha indubbiamente contribuito l'adozione di un sistema sanitario, per così dire a doppio binario:

— da un lato il dicastero della Sanità preposto alla politica sanitaria del Paese ma con una competenza limitata a forme assistenziali di carattere preventivo-profilattico (educazione sanitaria, igiene generale, vaccinazione, ecc.), costituendo le forme assistenziali curative e riabilitative una attività del tutto marginale.

— dall'altro la mutualità che di fatto manovra la

quasi totalità delle risorse disponibili per la tutela sanitaria del Paese, tuttora legata ad un concetto tradizionale di assistenza sanitaria che considera distintamente una medicina profilattica, una medicina curativa e una riabilitativa; nelle sue formule operative l'attività degli enti mutualistici è cominciata essenzialmente sul momento diagnostico-terapeutico mentre nella sua evoluzione essa si è sempre considerata come elemento di un rapporto assicurativo (di tipo privatistico) connesso al mondo del lavoro. Per tale sua presunta configurazione ha sempre cercato di sfuggire al controllo politico del Ministero della Sanità.

Tutto ciò mentre da un lato rende impossibile la predisposizione di una politica sanitaria globale della popolazione, data l'assenza di una direzione unitaria nella politica sanitaria del Paese, da ragione del disordinato sviluppo degli enti e il sovrapporsi di competenze oggi frantumate in una miriade di organismi pubblici, e il moltiplicarsi delle spese assistenziali soprattutto per le attività meno qualificate.

Aspetti strutturali e normativi della produzione farmaceutica riflessi sui costi di produzione e sui prezzi dei medicinali.

4. Nelle pagine precedenti si sono esaminati alcuni fattori — più direttamente legati al tipo di struttura tecnico-organizzativa della protezione sociale — che sembrano influenzare la domanda di taluni servizi sanitari e più in particolare le prestazioni farmaceutiche.

Nel presente capitolo si richiamano invece alcune distorsioni rilevabili negli strumenti dirigitici (registrazio-

ne, meccanismi di fissazione dei prezzi) dell'azione pubblica, strumenti che non riescono ad incidere se non marginalmente sulle politiche produttive e commerciali delle imprese con riflessi negativi sui costi di produzione e sui prezzi di vendita al pubblico.

5. Un primo fattore di distorsione che come vedremo ha ripercussioni sull'intero assetto della disciplina pubblicistica del settore farmaceutico e, per ciò che concerne la presente indagine, sulla struttura stessa dei costi, soprattutto di distribuzione, dei medicinali è rappresentato dalla mancata definizione sufficientemente rigorosa del concetto di specialità medicinale.

La definizione di specialità medicinale adottata dalla nostra legislazione non ha infatti nessun riferimento con la natura e i requisiti « sostanziali » del farmaco ma si limita a sottolineare una forma specifica di confezionamento e di prestazione al pubblico.

A questo riguardo può essere utile esaminare il tipo di ripercussione che tale carenza legislativa ha sull'assetto della disciplina vigente nel settore e conseguentemente sui costi di produzione dei medicinali.

5. 1. La produzione industriale dei farmaci è oggetto nell'ordinamento italiano di una specifica disciplina che condiziona l'ingresso nel settore ad autorizzazione.

Il Ministero della Sanità emette una autorizzazione alla produzione che ha quale contenuto l'accertamento dell'idoneità tecnica dell'officina di produzione (art. 143 T.U. leggi sanitarie).

L'accertamento ha ad oggetto alcuni parametri obiettivi fissi:

— la direzione deve essere affidata ad un laureato in chimica o farmacia o medicina e chirurgia (necessariamente in medicina e chirurgia per la produzione di sieri, vaccini e prodotti biologici in genere);

— l'idoneità tecnica degli impianti e delle attrezzature;

— l'idoneità dei locali.

Il Ministero concede l'autorizzazione dopo aver sentito il parere del Consiglio Superiore della Sanità.

L'autorizzazione può avere ad oggetto un numero limitato di prodotti, indicati dall'autorizzazione stessa.

La possibilità di usare dell'autorizzazione all'ingresso nella produzione come un effettivo strumento dirigistico manovrabile per i fini sostanziali voluti di politica industriale (ammodernamenti tecnologico, dimensioni degli impianti, qualità dei prodotti...) è resa nulla dalla definizione legislativa di specialità medicinale adottata.

In realtà, in un sistema nel quale la specialità medicinale è definita solo in funzione della sua presentazione per la vendita può acquistare la dignità di specialità sia ogni sostanza semplice inclusa in una forma farmaceutica, sia un miscuglio composto di sostanze note sciolte insieme con un dolcificante in acqua, e, in definitiva, qualsiasi mescolanza anche semplice purché coperta da un nome di fantasia e da un marchio.

In queste condizioni l'officina di produzione della specialità è spesso solo il luogo di miscelazione e confezionamento di prodotti direttamente acquistati da industrie chimiche delle quali si predispone la dosatura e il confezionamento per la vendita.

Che cosa possa significare « idoneità tecnica » dinan-

zi a tali strutture produttive non si riesce facilmente a capire.

Lo strumento dell'autorizzazione diviene del tutto inutilizzabile: perché le produzioni industriali « a monte » sono quelle chimiche non controllate; perché il confezionamento non può presentare problemi seri concernenti l'adozione di tecnologie più o meno avanzate; perché le officine di confezionamento tendono a moltiplicare la produzione dei medesimi prodotti coprendoli con nomi diversi in virtù di differenziazioni marginali.

In tale situazione l'autorizzazione diviene un « bollo » inutile che non può essere strumento di politica industriale.

5. 2. Non solo l'ingresso nel settore con una iniziativa industriale ma anche l'introduzione in commercio della singola « specialità » medicinale è soggetta a misura autorizzativa.

La registrazione da parte del Ministero della Sanità della specialità medicinale ha infatti efficacia di autorizzazione a porre in commercio il farmaco stesso. Sotto l'impero del Testo Unico delle leggi sanitarie del relativo regolamento si era creata la prassi secondo la quale la registrazione veniva concessa senza alcuna limitazione purché vi fosse rispondenza fra la composizione dichiarata e quella risultante all'analisi, le indicazioni terapeutiche avessero un valore effettivo e i medicinali non producessero effetti contrari alla morale e al buon costume.

La legge 1 maggio 1941, n. 422 introduce, tuttavia, la norma secondo la quale l'autorità sanitaria può negare la registrazione di un farmaco « ove risultassero in commercio prodotti di analoga composizione, azione ed effica-

cia terapeutica, in numero tale da consentire ai sanitari larga e sicura scelta per tutti i bisogni della terapia indicata nel campo specifico ».

Tale norma ha consentito (sia pure in tempi assai più recenti) di instaurare un « controllo di qualità » del Ministero della Sanità (che vi provvede attraverso l'Istituto Superiore di Sanità) che è oltre che preventivo anche « successivo » attraverso il prelievo di campioni presso le farmacie.

La grave carenza legislativa costituita dalla mancata definizione sufficientemente rigorosa del concetto di specialità medicinale rende, tuttavia, generalizzato il fenomeno della moltiplicazione di prodotti similari.

5. 3. A questo proposito le specialità medicinali per uso umano in commercio possono essere distinte in relazione della loro azione farmacologica in 71 gruppi, secondo la seguente articolazione (tra parentesi il numero di specialità appartenente a ciascun gruppo):

Aminoacidi (15)	Antidotici (40)
Analettici (386)	Antielmintici (62)
Analgesici (422)	Antiemorragici (65)
Anestetici (44)	Antiemorroidali (71)
Antiacidi (296)	Antiepilettici (41)
Antiallergici (140)	Antietilici (7)
Antianebrici (5)	Antilebbrosi (1)
Antianemici (276)	Antiluetici (20)
Antiasmatici (144)	Antiparkinsoniani (17)
Antibiotici (614)	Antireumatici (787)
Antiblastici (27)	Antisclerotici (91)
Anticinetosici (39)	Antisettilci esterni (28)
Anticoagulanti (33)	Antisettilci vie urin. (88)
Antidiabetici (74)	Antispirillari (116)
Antidiarroici (75)	Antitiroidei (51)

Antitubercolari (97)	Ipotensivi (262)
Antiricemici (46)	Linimenti (28)
Antivaricosi (13)	Neurotrofici (343)
Balsamici (763)	Oculistici (296)
Chemioterapici (236)	Odontoiatrici (77)
Depurativi (30)	Otorinolaring. (300)
Dermatologi (420)	Plasma e succed. (20)
Diagnostici (41)	Regolat. intest. (88)
Dimagranti (43)	Ricostituenti (835)
Diuretici (157)	Rivulsivi (35)
Emmenagoghi (18)	Sedativi (298)
Enzimi (37)	Sieri (40)
Epato protettori (657)	Simpaticomimetici (24)
Estratti d'organo (799)	Stupefacenti (43)
Eupeptici (166)	Sulfamidici (203)
Fermenti lattici (46)	Vaccini (44)
Frenatori ipofisori (6)	Vasocostrittori (16)
Golattofori (18)	Vasodilatatori (272)
Gamma-globuline (12)	Vitamine (705)
Gersatpici (15)	Varie (48)
Iodici (122)	

L'elevato numero delle specialità in commercio e la loro stessa concentrazione in alcuni gruppi rendono chiaramente evidente il fenomeno, da più parti sottolineato, della presenza di molti farmaci a composizione ed uso terapeutico identici. Ciò si verifica con particolare frequenza nel caso degli antibiotici e chemioterapici, dei ricostituenti, degli estratti d'organo e dei vitaminici.

Anche se si è posto un qualche argine allo sviluppo di tale fenomeno vietando la compravendita delle licenze di fabbricazione (connesse alla registrazione del farmaco) con Decreto del Presidente della Repubblica 23 ottobre 1963, n. 1730, resta ferma la impossibilità di frenare la produzione di prodotti similari.

	N. specialità medicinali
Penicillina 500.000 u.i. streptomicina gr. 0,50 . . .	62
Coramfenicolo capsule o discoidi da gr. 0,250 . . .	18
Demetilclorotetraciclina da mg. 150	34
Tetraciclina associata a vitamina mg. 250	22
Nitrofurantoina semplice o associata	36
Solfometilpirimidina compresse mg. 500	33
Solfometossipirimidina compresse mg. 500	60
Nitrofuraltadone compresse mg. 250	58
Idroclorotiazide compresse mg. 25	30
Solfometossipiridazina compresse mg. 500	24
Vitamina B ₁ fiale mg. 50	79
Vitamina B ₁₂ fiale mg. 1	38
Idrossicobalamina fiale mg. 1	28

5. 4. La presenza in commercio di un così elevato numero di prodotti simili o addirittura uguali è da presumere abbia una certa influenza sul « consumo » dei farmaci anche se la rapidità di ricambio dei prodotti di medicinali sul mercato può in parte agire in senso compensativo spostando la domanda dei prodotti più vecchi a quelli più recentemente immessi nel circuito di distribuzione. Una influenza notevolmente maggiore sembra invece esercitare sul piano dei « costi » dei medicinali ove si pensi che:

— la produzione pletorica di prodotti simili comporta un volume di costi di distribuzione del tutto anormali, rappresentato nella massima parte da emolumenti ai propagandisti, campioni gratuiti per i medici, stampe pubblicitarie ecc. per affermare il proprio prodotto fra la miriade di prodotti uguali;

— la esistenza in commercio di un elevato numero di

specialità simili aggrava il lavoro e quindi i costi degli enti mutualistici, delle aziende distributrici e infine dei medici;

— dato il particolare meccanismo esistente in fatto di determinazione del prezzo dei medicinali quest'ultimo finisce spesso per essere condizionato dai più elevati costi di regola sopportati dalle aziende più inefficienti che sono poi quelle stesse che concorrono, attraverso la combinazione e il confezionamento di sostanze chimiche acquistate presso terzi, a rendere pletorico il numero delle specialità simili poste in commercio;

— la concessione di registrazione di specialità al di là di quanto sarebbe ragionevole contribuisce infine ad accrescere le difficoltà di accertamento dei costi di produzione esaltando la distorsione già segnalata a riguardo anche per la complicazione del fenomeno dei « ricavi congiunti ».

6. Quest'ultimo riferimento ci induce a considerare un ulteriore elemento di distorsione che influenza negativamente il prezzo di vendita dei medicinali che non sempre riflette il costo di produzione industriale: si intende qui far riferimento al meccanismo di fissazione e revisione dei prezzi.

Tale meccanismo costituisce forse, fra i vari mezzi di controllo pubblico sul settore farmaceutico, quello relativamente al quale si è potuta rilevare la presenza delle più gravi incongruenze e disfunzioni e verso il quale si è maggiormente rivolta l'attenzione della Commissione parlamentare antitrust. Il criterio normalmente seguito da parte del Ministero della Sanità per la fissazione del prezzo

è quello consistente nel moltiplicare per tre il costo di produzione accertato.

Il calcolo dei costi è affidato ad una speciale commissione tecnica ministeriale, che prende quale punto di partenza gli elementi forniti dalla ditta produttrice all'atto di presentare la richiesta di registrazione. L'indagine della Commissione si fonda essenzialmente su tre possibili sistemi: esame dei listini prodotti dalla ditta e loro controllo con paragoni con richieste fatte da altre ditte; indagini dirette di mercato; indagini tecniche condotte dall'Istituto Superiore Sanità.

Il coefficiente tre valuta quali componenti unitarie del prezzo imposto il costo delle materie prime medicamentose e degli eccipienti, il costo del materiale di confezionamento, il costo della manodopera diretta, indiretta e spese di esercizio.

Il meccanismo di fissazione dei prezzi così congegnato ha in sè inconvenienti che si legano, in realtà, alla contemporanea assenza della brevettabilità dei medicinali. Secondo le conclusioni, della Commissione Parlamentare di Inchiesta, gli inconvenienti di tale congegno sono essenzialmente i seguenti:

— due preparazioni ipotetiche effettuate nell'ambito di una stessa ditta che differiscono solo ed esclusivamente per il valore della materia prima, avranno una diversità di prezzo di vendita pari al valore della differenza di materia prima moltiplicata per tre;

— un ribasso del prezzo della materia prima si ripercuote sulla fissazione del prezzo di vendita in misura di tre volte superiore all'entità dell'effettiva riduzione di costo verificatesi.

A questo proposito è sufficiente notare che specialità assolutamente eguali per composizione, uso terapeutico e confezione presentano prezzi anche molto diversi fra loro.

Ora poiché la politica perseguita dagli enti mutualistici è stata nel senso di allargare il ventaglio terapeutico ammettendo alla prescrivibilità dei medici il maggior numero possibile di farmaci non sorprende che nonostante la diversità di prezzi di specialità simili queste vengano ammesse senza discriminazione nel prontuario della INAM.

A scopo esemplificativo si riportano qui di seguito alcuni prospetti relativi ai prezzi di vendita al pubblico di specialità di uso comune in commercio da lungo tempo sul cui costo quindi non possono incidere le spese di ricerca.

Nonostante la diversità di prezzi sono tutte prescrivibili liberamente nell'ambito dell'assistenza erogata dalla INAM senza alcuna partecipazione da parte dell'assistito.

VITAMINA C - 500 MG PER USO ORALE - 20 COMPRESSE *

Nome del prodotto	Prezzo (lire)	Prezzo per compressa (lire)
Alfa C	620	31,0
Ascor	610	30,5
Ascorbina	545	27,0
Ascorvit	470	23,5
Cebion Fortissimum	580	28,0
C Lisa	360	18,0
Vit. C Caber	450	22,5
Vit. C Cif.	510	25,5
Vit. C Farmitalia	610	30,5
Vit. C Marvin	610	30,5
Vit. C Padil	510	25,5
Vit. C Sais	610	30,5
Vit. C Vita	630	31,5

* o forme analoghe (discoidi, confetti, ecc.).

VITAMINA A - 1.000.000 U.I. - 6 FIALE DA 1 CC.

Nome del prodotto	Prezzo (lire)	Prezzo per fiala (lire)
Alfa SIR	450	7,5
Vit. A Rivettii	400	6,6
Vit. A Angelini	560	9,3
Vit. A Medix	400	6,6

VITAMINA B₁ - 50 MG - 5 FIALE DA 2 CC.

Nome del prodotto	Prezzo (lire)	Prezzo per fiala (lire)
Vit. B ₁ CIF	340	68
Vit. B ₁ Padil	225	45
Vit. B ₁ SALF	320	64
Vit. B ₁ Vis	350	70

7/8 Una ulteriore distorsione che, come vedremo, finisce per agire indirettamente sui costi di produzione è costituita dalla totale mancanza, nell'ordinamento vigente, di una tutela dell'invenzione nel settore farmaceutico.

La disciplina vigente — sostanzialmente quella del 1939 — riflette il clima preindustriale che caratterizzava la produzione dei farmaceutici, preparati nella maggior parte dei casi per via galenica su prescrizione magistrale, in laboratori male attrezzati, per lo più annessi alle stesse farmacie.

È superfluo rilevare quanto una situazione del genere differisca dall'attuale configurazione dell'industria farmaceutica. Ciò che preme invece sottolineare è che le caratteristiche strutturali dell'industria farmaceutica italiana sono tali da rendere estremamente pericoloso il per-

manere della presente situazione di assoluta mancanza di protezione brevettuale.

L'industria farmaceutica italiana è in effetti caratterizzata dalla presenza di tre gruppi di imprese di dimensioni e capacità produttive assai diverse fra loro:

Classi di ampiezza delle aziende	1951		1961		1966	
	Aziende	%	Aziende	%	Aziende	%
1001 e oltre . . .	1	0,1	4	0,4	4	0,4
501 a 1.000 . . .	8	0,8	5	0,5	8	0,8
101 a 500	44	4,4	52	4,8	60	5,8
51 a 100	50	5,1	55	5,2	60	5,8
meno di 51	871	89,6	945	89,1	899	87,2
Totale	974	100,0	1.061	100,0	1.031	100,0

— alcune grandi aziende industrialmente strutturate (comprese le straniere, non sono che una sessantina):

— un gruppo di medie industrie (un centinaio circa) che si dividono una buona parte del mercato;

— una pletora di piccole e piccolissime imprese (circa 900 unità) a struttura sotto-industriale che operano con grande elasticità e spregiudicatezza, ma a livelli di efficienza produttiva insoddisfacente le quali anziché dare un apporto positivo appesantiscono il mercato, trattandosi nella maggior parte dei casi di aziende a livello artigianale che non svolgono nemmeno una diretta attività di produzione, limitandosi esclusivamente alla combinazione e al confezionamento di sostanze chimiche acquistate presso terzi.

Ora la sopravvivenza di questa pletora di aziende sotto-industriali è legata alla mancanza nel nostro ordina-

mento di forme di brevettazione del farmaco (anche se non esclusivamente riconducibili ad essa): trattasi infatti di aziende che si limitano molto spesso a imitare e combinare sostanze prodotte dalle medie e grandi imprese.

L'azione negativa di questa miriade di aziende artigiane si esercita soprattutto nel senso di una moltiplicazione delle specialità simili messe in circolazione, anche se non va sopravvalutato il peso esercitato da queste piccole aziende nel fenomeno dell'eccessiva moltiplicazione di prodotti simili dal momento che esse controllano appena il 10% della produzione globale.²

Non c'è dubbio tuttavia che la immissione sul mer-

² Occorre infatti rilevare che in relazione al valore complessivo dei beni prodotti, il grado di dispersione produttivo del settore è notevolmente inferiore a quello che le cifre relative al numero di aziende operanti nel settore lascerebbero supporre.

Secondo alcune valutazioni non ufficiali circa il 90% del valore della produzione nazionale di farmaci è stata assicurata, nel 1951, dalle prime 200 aziende che compongono il settore, le più grandi delle quali assicurano l'intero ammontare della produzione di materie prime necessarie per la fabbricazione delle specialità farmaceutiche.

In particolare, l'incidenza percentuale di queste aziende sul mercato, in relazione al rispettivo fatturato, in via indicativa, risulta, per il 1965, dalla tabella seguente

Numero aziende	%
prime 5 aziende	15 circa
prime 10 aziende	25 circa
prime 20 aziende	38 circa
prime 40 aziende	55 circa
prime 75 aziende	70 circa
prime 100 aziende	77 circa
prime 150 aziende	85 circa
prime 200 aziende	90 circa

FONTE: CENSIS, Ricerca sanitaria e brevettabilità farmaceutica. Atti del convegno tenuto a Roma il 27-28 giugno 1966.

cato di prodotti simili appesantisce i costi di distribuzione (propaganda, campioni, ecc.) delle imprese per affermare il proprio prodotto fra la miriade di prodotti uguali.

In questo senso il fenomeno dell'eccessiva moltiplicazione di prodotti simili, e il conseguente sviluppo patologico di meccanismi di pubblicazione del prodotto stesso, non potrebbero verificarsi — almeno in misura così grave come nel recente passato — in presenza di un ordinato sistema di protezione brevettuale.

Possibili indirizzi di intervento

9. Nei capitoli precedenti abbiamo tentato di individuare i fattori per così dire patologici che oggi influenzano:

— da un lato l'entità della domanda di taluni servizi sanitari meno qualificati fra cui in primo luogo le prestazioni farmaceutiche;

— dall'altro i costi di produzione e i prezzi dei medicinali.

Rispetto all'interagire di questi fattori, che come abbiamo visto si riferiscono sia a difetti strutturali propri della nostra organizzazione sanitaria — che si riflettono sulla dilatazione del consumo farmaceutico — sia ad aspetti strutturali, economici e normativi del settore farmaceutico, che si riflettono sui costi e i prezzi dei medicinali, impostare un'azione che abbia come solo parametro di riferimento l'adozione di misure rivolte a frenare l'eccessiva o patologica espansione dei consumi farmaceutici e più in generale della domanda di taluni servizi sanitari

equivarrebbe con ogni probabilità ad accentuare le disfunzioni e le carenze esistenti nel sistema senza risolvere i problemi che oggi sono sul tappeto.

E in effetti, come abbiamo cercato di sottolineare nel presente testo, i problemi da risolvere su questo piano sono piuttosto complessi e interconnessi tali da non poter essere considerati disgiuntamente.

Di qui l'esigenza di una considerazione unitaria di tutti quegli interventi capaci di incidere da un lato sul consumo farmaceutico, dall'altro sui costi di produzione e distribuzione, attraverso un più spinto processo di razionalizzazione del settore e l'adozione di più adeguati strumenti di controllo da parte dei pubblici poteri.

In questo contesto nei paragrafi che seguono vengono elencate alcune linee di intervento di politica sanitaria, di politica legislativa e di politica economica che sembrano emergere dall'esame delle distorsioni analizzate nei documenti allegati e schematicamente richiamate nel presente rapporto.

10. Per quanto riguarda la dilatazione della domanda di taluni servizi meno differenziati (nei quali rientrano appunto le prestazioni medico-generiche e le prestazioni farmaceutiche) si è visto come questo fenomeno rifletta in gran parte i difetti strutturali della nostra organizzazione sanitaria. Una azione correttiva in questo senso non può quindi non avere che una portata generale e investire i contenuti e gli strumenti stessi dell'attuale sistema di pretezione sanitaria attraverso una generale riqualificazione delle prestazioni e dei servizi sanitari.

In questo senso gli obiettivi enunciati nel Programma di sviluppo economico per il quinquennio 1966-70 ci

sembrano abbastanza aderenti a quelle che sono le principali esigenze avvertite in questo settore.

Espressione di una esigenza di generale trasformazione e riqualificazione della nostra organizzazione sanitaria, sia nei contenuti che negli strumenti di intervento, possono essere considerati i seguenti obiettivi programmatici:

— l'unificazione di tutte le competenze sanitarie del Ministero della Sanità allo scopo di realizzare una direzione unitaria della politica sanitaria nazionale;

— l'estensione a tutta la popolazione dell'assistenza sanitaria e il conseguente svincolo del diritto alla prestazione da ogni formula assicurativa mediante la realizzazione di un servizio sanitario nazionale;

— il coordinamento e la razionalizzazione dei servizi sanitari di base mediante la costituzione delle unità sanitarie locali con compiti precipui di medicina preventiva, controllo igienico e educazione sanitaria;

— l'adeguamento della rete dei presidi ospedalieri secondo standards scaturiti dall'attenta osservazione della realtà italiana;

— la definizione dell'ambito operativo ottimale dei vari tipi di servizi e la loro conseguente articolazione a livello regionale, provinciale e comunale;

— la determinazione dei vari incentivi per incrementare la formazione di personale medico e ausiliario.

Le indicazioni che possono trarsi dal testo unificato del Programma quinquennale relativamente agli interventi da attuarsi nei prossimi anni sono destinate ad incidere profondamente sulla nostra organizzazione sanitaria costituendo la premessa indispensabile per la realizzazione di

un ordinato ed efficiente sistema di protezione sanitaria estesa a tutti i cittadini.

Naturalmente gli effetti dei provvedimenti in corso in questo settore non potranno registrarsi che a distanza di alcuni anni.

Tuttavia la prospettiva di un allargamento e potenziamento dell'impegno pubblico in questo campo non potrà non contribuire in larga misura al contenimento delle disfunzioni rilevate soprattutto per ciò che attiene alla prestazione medico-generica e farmaceutica.

In tale mutato contesto diventa allora attuale e anche, crediamo, politicamente proponibile, il problema della ricerca e della messa a punto di misure a breve termine dirette a contenere entro limiti per così dire fisiologici (aumento della popolazione assistibile, variazione nel tempo della frequenza di malattia, ecc.) espansione dei consumi di medicinali e più in generale della domanda di servizi sanitari.

Su questo piano da parte degli enti mutualistici e degli esperti della materia si sono avanzate più volte proposte intese a mettere freno all'incremento dei consumi farmaceutici ad eliminare quei margini — unanimemente riconosciuti assai larghi — di spreco e di consumo non giustificato. Le proposte effettuate in questo senso possono così riassumersi:

a) erogazione dell'assistenza farmaceutica in forma indiretta mediante rimborso « a posteriori » totale o parziale dell'assistito;

b) esclusione delle forme morbose minori — il cosiddetto piccolo rischio — dell'assistenza mutualistica e concentrazione di ogni intervento nell'ambito del grande rischio;

c) introduzione di un contributo — percentuale e fisso — dell'assistito per ogni prestazione medico-generica;

d) introduzione di un contributo — percentuale o fisso — dell'assistito per ogni medicinale prescritto (con eventuale erogazione gratuita dei soli farmaci considerati essenziali);

e) identificazione di un gruppo di farmaci da considerarsi « essenziali » ed ammissione alla libera prescrivibilità soltanto di questi.

È da notare subito che le più moderne concezioni in campo di organizzazione sanitaria portano a respingere tutte quelle soluzioni che apparentemente intese a limitare l'uso inconsulto dei farmaci stabiliscono nella pratica un ulteriore diaframma fra il cittadino e i servizi per la salute. Le proposte quindi di cui ai punti a, b, c, devono essere decisamente trascurate. Rimangono praticamente applicabili le ultime due ipotesi per ognuna delle quali appare utile tentare una definizione concettuale e pratica di farmaco essenziale.

La pratica identificazione di un gruppo di farmaci essenziali solleva una serie di problemi di non facile soluzione che devono essere ordinatamente affrontati nell'ambito di una coerente politica dell'assistenza farmaceutica.

Le difficoltà che si presentano quando si tenta di definire il carattere essenziale o meno di un farmaco o di un gruppo di farmaci possono essere così riassunte:

a) la classificazione dei prodotti farmaceutici può essere realizzata in base a criteri tra loro assai diversi d'ordine di volta in volta chimico, farmacologico o clinico.

La scelta di un criterio piuttosto che un altro condiziona notevolmente il risultato finale della ricerca;

b) l'azione terapeutica di uno stesso farmaco può essere assai diversa non solo in relazione alla dose e alle modalità di somministrazione ma anche in rapporto alla forma morbosa nella quale viene impiegato. Valga per tutti l'esempio della Vitamina B₁₂ la cui azione terapeutica si esercita in maniera generica in moltissime forme morbose (anemie secondarie, insufficienza epatica, ecc.) e in forma al contrario specifica e insostituibile nell'anemia perniciosa di Biemer;

c) la stessa risposta individuale all'azione dei farmaci è estremamente variabile e soggettiva si che talvolta uno stesso provvedimento terapeutico per una medesima forma morbosa può essere decisivo in un caso e insignificante in un altro;

d) l'importanza sempre maggiore che assumono le forme morbose a carattere psicosomatico rende necessario e spesso decisivo l'uso di farmaci per altri versi considerati sintomatici o secondari;

e) l'estendersi delle attività di prevenzione richiede un largo uso di prodotti medicinali ad azione non intensiva la cui somministrazione prolungata è però in grado di evitare l'insorgere di gravi forme morbose;

f) il progresso tecnologico in campo farmaceutico è tale da rendere sempre più accelerato il ricambio dei prodotti e quindi la loro obsolescenza. Di conseguenza farmaci ritenuti una volta fondamentali perdono a poco a poco questa loro caratteristica per essere sostituiti da altri il cui impiego clinico appare più facile e sicuro. D'altra parte l'immissione accelerata sul mercato farmaceutico di nuovi prodotti rende difficile una rapida identificazione dei farmaci veramente nuovi e importanti;

g) per alcune categorie di pazienti infine, come per i bambini e in particolare gli anziani, la zona di passaggio tra farmaci principali e secondari diviene estremamente sfumata e di difficile individuazione.

Ognuno dei problemi sopra elencati si presenta in misura maggiore o minore a seconda delle modalità che si intendono usare per l'identificazione dei farmaci essenziali.

In questo senso l'approccio ottimale sarebbe rappresentato dalla valutazione di tipo clinico, caso per caso, del carattere di essenzialità o meno del farmaco in rapporto al singolo stato morbososo e al singolo paziente. È evidente peraltro che questo sistema, che pure è stato da più parti proposto, non ha alcuna possibilità di trovare applicazione pratica in quanto si basa esclusivamente sul giudizio soggettivo, incontrollato e incontrollabile, del medico che, specie se inserito in un sistema di tipo assicurativo, subisce forti sollecitazioni nell'interesse dell'assistito.

È necessario quindi ripiegare se un metodo che senza pretendere di raggiungere nella totalità dei casi gli obiettivi che ci si prefiggono — e cioè la giustizia distributiva e l'eliminazione degli sprechi — possa tuttavia raggiungere risultati apprezzabili basandosi su criteri di natura insieme clinica e statistica secondo questi indirizzi generali:

a) la classificazione da adottare per distinguere i farmaci in gruppi e di ordine clinico-farmacologico. Tiene conto cioè della natura del farmaco nei limiti dell'azione terapeutica che questo esplica;

b) la scelta dei gruppi deve essere effettuata in base

ad un duplice parametro: clinico e statistico. Il parametro clinico consente di considerare essenziali tutti quei medicinali di uso anche raro o rarissimo ma che risultano indispensabili per combattere determinati stati morbosi. Il parametro statistico ci permette invece di identificare tutti quei farmaci che devono trovare impiego per combattere le forme morbose più diffuse o che quindi assumono notevole importanza sociale;

c) è necessario inoltre tener conto della necessità non solo di combattere malattie ma anche di eliminare gravi stati sintomatologici e di favorire per quanto possibile i processi di recupero funzionale. In una certa misura quindi è necessario ammettere nel gruppo dei farmaci essenziali anche molti cosiddetti « sintomatici »;

d) il problema della prevenzione deve essere affrontato a parte mediante l'erogazione senza intermediari, così come in parte oggi avviene nell'ONMI, dei farmaci ritenuti necessari;

e) forme duttili di integrazione devono essere previste per i minori e per gli anziani;

f) una volta definite le modalità di discriminazione del gruppo dei farmaci essenziali è necessario predisporre organi snelli e funzionali per il lavoro di aggiornamento che deve essere caratterizzato dalla massima tempestività.

In base a questi criteri e con i limiti cui in parte si è accennato è possibile formulare una definizione di « farmaco essenziale » che possa essere utilizzato praticamente in questi termini:

« Essenziale » può essere definito quel farmaco che

da solo o in associazione con altri esercita una azione terapeutica tale da influire in maniera decisiva sull'eliminazione o sull'attenuazione di fatti morbosi non insignificanti, di sintomi o di complessi sintomatologici importanti e sulla prevenzione specifica di malattie o di sequele morbose gravi.

Questa definizione non esaurisce ovviamente il problema ma può servire come base per una prima applicazione pratica che consenta di superare la necessità di enumerare i fatti morbosi, i sintomi e le sequele cui ci si riferisce. Si è già detto infatti che l'approccio puramente clinico non appare praticamente realizzabile.

Con tutte le riserve relative ad un tentativo di prima approssimazione e alla carenza di notizie relative all'attuale dinamica del consumo farmaceutico nell'ambito della mutualità è possibile a questo punto realizzare una prima discriminazione, prendendo come base il prontuario INAM, dei farmaci che potrebbero essere considerati essenziali.

Utilizzando la definizione che si è data sono stati considerati essenziali:

— tutti quei gruppi di farmaci dotati di azione terapeutica estremamente specifica per i quali non è ipotizzabile l'uso ingiustificato o fuori controllo del medico;

— i farmaci di uso comune in caso di forme morbose ad elevata letalità o a vasta incidenza. A questo proposito è da ricordare che non esiste una corrispondenza fra cause di mortalità e di morbosità.

Mentre infatti i due terzi dei casi di mortalità sono riferibili alle malattie cardio-vascolari, ai tumori e agli incidenti stradali del S.N.C. (ictus) le prime tre cause

di morbosità devono identificarsi, secondo stime attendibili, nelle malattie dell'apparato respiratorio, in quelle del sistema digerente e di quello arteo-articolare.

Sono stati esclusi al contrario i gruppi di farmaci ad azione polivalente e generica; tale esclusione è stata abbastanza allargata nell'intento di evitare un circolo vizioso che si verificherebbe se fosse consentito lo spostamento dei consumi su gruppi di medicinali ad azione analoga a quella dei farmaci esclusi.

Con questi criteri i gruppi che si proporrebbe di escludere dalla prescrivibilità, con riferimento al prontuario INAM, sono i seguenti:

- | | |
|-----------------------|----------------|
| — antireumatici | — sedativi |
| — balsamici e bechici | — vitamine |
| — epatoprotettori | — iodici |
| — eupeptici | — neurotrofici |

I gruppi di farmaci da considerarsi essenziali sono invece:

- | | |
|---------------------|--------------------------------|
| Analettici | Antilebbrosi |
| Analgesici | Antiparkinsoniani |
| Anestetici | Antisettici delle vie urinarie |
| Antiacidi | Chemioterapici |
| Antibiotici | Dermatologici |
| Antiblastici | Diuretici |
| Anticoagulanti | Emetici |
| Anticolinesterosici | Estratti d'organo |
| Antidotidi | Ginecologici |
| Antielmintici | Ipoglicemizzanti |
| Antiemorragici | Oculistici |
| Antiemmorroidali | |

Odontoiatrici	Simpaticominetici
Otorinolaringoiatrici	Vaccini
Plasma e succedanei	Vasodilatatori

Adottando questa distinzione verrebbero sottratte alla libera prescrivibilità circa ottomila specialità. Considerata inoltre la natura dei farmaci classificati come essenziali non dovrebbe verificarsi un incremento significativo nel consumo dei medicinali ammessi.

Rimane ovviamente il problema dei casi particolari da risolversi, come si è detto, mediante accorgimenti organizzativi che consentono di intervenire sollecitamente quando si verifichino stati di bisogno effettivo e documentato.

È quasi superfluo sottolineare infine come il problema dell'identificazione di un gruppo di farmaci essenziali non possa esaurirsi con la semplice distinzione in grandi categorie dei medicinali sul mercato ma debba al contrario essere approfondito mediante l'attenta valutazione delle prerogative d'ordine clinico e farmacologico dei singoli prodotti. Questo ulteriore momento di indagine infatti può garantire una più esatta corrispondenza tra l'esigenza d'ordine economico e le finalità di carattere sociale che l'organizzazione sanitaria pubblica — nell'ambito della mutualità oggi e in quello della sicurezza sociale domani — si propone.

Una tale prospettiva di limitazione dei farmaci prescrivibili in regime mutualistico, se in parte notevole agirà in senso compensativo spostando la spesa per consumi farmaceutici « non essenziali » dai bilanci degli enti mutualistici ai privati (i farmaci non essenziali andrebbero infatti posti a carico, in tutto o in parte degli assistiti),

in parte notevole potrà contribuire a contenere l'eccessivo uso di farmaci.

Per una azione diretta ad incidere sui costi di produzione occorrerebbe invece collegare la proposta di limitazione dei farmaci prescrivibili con la possibilità di stabilire un unico centro, a carattere pubblicistico, per l'acquisto e la distribuzione dei medicinali « essenziali » nel quadro di una manovra programmata, da parte degli enti mutualistici, della domanda di farmaci, che, come è noto, costituisce una quota decisiva della domanda globale. Su tale componente avremo modo di soffermarci nelle pagine seguenti in sede di esame delle possibili alternative che si aprono agli enti mutualistici per la utilizzazione programmata del proprio potere di mercato.

11. Per quanto riguarda le linee di intervento di politica legislativa e di politica economica queste possono essere sinteticamente schematizzate nel modo seguente:

a) Definizione legislativa della nozione di medicamento;

b) Semplificazione ed efficienza dei mezzi di controllo autoritativo;

c) Tutela brevettuale;

d) Manovra del potere monopsonistico degli enti mutualistici;

e) Intervento imprenditoriale in mano pubblica per la ricerca e la produzione nel settore farmaceutico.

11. 1. Le indagini della Commissione parlamentare di inchiesta sui limiti posti alla concorrenza in campo economico hanno posto in rilievo come la mancata defini-

zione della nozione di medicamento e la non sufficiente distinzione fra prodotti galenici e specialità medicinali sia alla radice di talune fra le più gravi disfunzioni della disciplina pubblicistica del settore farmaceutico.

La definizione legislativa rigorosa del concetto di « medicamento » è senza dubbio auspicabile. Si potrebbe utilmente adottare come punto di partenza la definizione francese.

11. 2. L'apporto dirigistico autoritativo potrebbe essere utilmente semplificato concentrando nel Ministero della Sanità tutti i poteri, anche quelli di revisione successiva dei prezzi affidati al C.I.P.

In realtà i problemi sono piuttosto di tipo organizzativo che attinenti alla messa in opera di vere e proprie riforme legislative, si tratta di configurare strutture operative dipendenti dal Ministero della Sanità da porre in grado di esercitare effettivamente i controlli qualitativi necessari.

L'Istituto Superiore di Sanità dovrebbe a tal fine essere posto in grado di destinare risorse umane e finanziarie sufficienti all'esercizio dei compiti di controllo ad esso affidati.

Una semplificazione potrebbe essere raggiunta, tuttavia, con la unificazione delle tre istruttorie tecniche concernenti i tre momenti di decisione autoritativa (autorizzazione – registrazione – revisione dei prezzi). Del resto i lavori della Commissione parlamentare di inchiesta sulla libera concorrenza hanno posto in rilievo come – almeno allo stato attuale delle cose – l'unico momento serio ed efficace del controllo è quello che ha ad oggetto il prodotto al momento della sua immissione in commercio

e della sua produzione su scala industriale (Interrogatorio del Dr. Emilio Tamborlini, Direttore generale del Servizio farmaceutico del Ministero della Sanità).

Le soluzioni procedurali ed organizzative debbono essere, naturalmente, approfondite e precisate; ma l'ipotesi di lavoro sembra precisabile con sufficiente chiarezza come quella della concentrazione in un solo atto (in sostanza un nuovo tipo di registrazione delle decisioni amministrative di controllo e, di conseguenza, della predisposizione di un unico strumento e di un unico procedimento di istruttoria tecnica).

11. 3. Il disegno di legge relativo alla brevettabilità dei farmaceutici (atto Senato n. 1278 della IV legislatura) sceglie la via della brevettabilità del farmaco, cioè del prodotto (art. 1 b).

L'art. 5 del disegno di legge precisa, inoltre, che « la descrizione di un nuovo procedimento per la fabbricazione di medicinali deve riferirsi a un solo procedimento ben definito o riproducibile, dal quale prende origine il medicamento, e non a formule chimiche generiche con costituenti variabili ». Il medesimo art. 5, comma secondo, dispone che « quando un nuovo procedimento conduce a più prodotti medicinali determinati, si dovranno chiedere tanti brevetti quanti sono i prodotti medicinali con esso ottenibili ».

Il CNEL (pronunciatosi in materia a proposito del disegno di legge governativo presentato nella passata legislatura, con parere del 16 dicembre 1963, n. 66/39) ritiene tale forma di tutela brevettuale insoddisfacente rispetto alla struttura dell'industria farmaceutica italiana e alle sue obiettive esigenze. « La scoperta di un processo di

produzione è, in pratica, il risultato dell'impiego di cospicui mezzi tecnici e finanziari. Tenendo conto delle attuali dimensioni dell'industria farmaceutica italiana, che può essere considerata di media importanza rispetto alle grandi case americane (che dedicano alla ricerca scientifica somme che superano l'intero fatturato della nostra produzione), l'interesse più evidente per le nostre imprese non è quello di tentare la concorrenza, sul piano mondiale, con quell'industria tanto più avanzata, nè quello di affrontare una competizione attraverso la ricerca dei nuovi processi per la produzione di medicinali « analoghi », quanto piuttosto quello di operare in campi di ricerca delimitati, mirando a prodotti ben definiti anche se di natura « competitiva » o dipendenti da altri, dei quali rappresentino un perfezionamento a contenuto inventivo ».³

L'esclusione del prodotto farmaceutico dal campo dei possibili oggetti di tutela brevettuale, restando la tutela circoscritta — in campo farmaceutico — al processo di produzione, non sembra in realtà dar vita a un meccanismo idoneo alla tutela dell'invenzione e, al tempo stesso, della concorrenza nel settore.

Non tanto ci sembrano valide le ragioni di politica economica addotte dal CNEL quanto la considerazione che, inserendosi nell'ambito della vigente disciplina brevettuale, le norme sulla brevettabilità del solo processo di produzione dei farmaceutici lascerebbero ampio margine di

³ Cfr. CNEL, *Parere sullo schema di disegno di legge concernente l'istituzione di un brevetto speciale nel settore dei medicinali e l'istituzione di una licenza nell'interesse della sanità per uso non esclusivo delle relative invenzioni brevettate*, Assemblea 16 dicembre 1963, n. 66/39.

incertezza, e probabilmente sortirebbero effetti di limitazione della concorrenza assai più esclusivi di quelli derivanti da una precisa misura di brevettazione del prodotto.

In principi richiamati in materia brevettuale generale intorno al rapporto fra tutela brevettuale del processo di produzione e tutela brevettuale del prodotto inducono a ritenere che non sarebbe possibile tener ferma la norma introdotta dal disegno di legge (art. 5, comma secondo), in virtù della quale « quando un nuovo procedimento conduce a più prodotti medicinali determinati, si dovranno chiedere tanti brevetti quanti sono i prodotti medicinali con esso ottenibili ». Tale disposizione contraddice i principi consueti in materia di brevetto di processo e, in sostanza, ne esclude la stessa esistenza.

Se ciò è vero,⁴ ne consegue che il brevetto di processo potrebbe, in una materia come quella farmaceutica e proprio a causa della mancanza di una tutela brevettuale del prodotto, assumere un valore preclusivo rilevante, tale da permettere ad alcune grandi imprese capaci di acquisire brevetti di procedimenti in organico legame fra loro il conseguimento di effettive posizioni monopolistiche.

Tali pericoli nell'adozione di un meccanismo di brevettabilità del solo procedimento sono stati posti in rilievo dal Prof. M. Roscioni (direttore dell'Ufficio Centrale dei Brevetti del Ministero dell'Industria e Commer-

⁴ Cfr. F. ARGAN, *Considerazioni sul disegno di legge governativo in tema di brevettabilità delle invenzioni nel settore dei medicamenti*, in « Cronache farmaceutiche », marzo-aprile 1966, p. 74 seg.

cio) nell'interrogatorio reso alla Commissione di Inchiesta sui Limiti alla Concorrenza, sottolineando come un brevetto concernente il procedimento di fabbricazione che si fondasse su una formula generica con costituenti variabili, possa condurre « praticamente a bloccare un intero sistema produttivo ». Tipico è in questo senso — secondo il Roscioni — « il caso di un brevetto inglese che, con questo sistema, veniva praticamente a monopolizzare nelle mani del titolare del brevetto oltre 36 prodotti con una sola domanda: il che è assurdo ».

L'introduzione di una norma analoga a quella contenuta nell'art. 5 del presente disegno di legge governativo sembra indispensabile se si introduce accanto al brevetto di processo il brevetto di medicamento. Esso circoscrive, infatti, il valore del brevetto di processo limitandone la naturale portata e lasciando più ampio margine alla protezione del prodotto in sé considerato.

Una norma analoga (e inversa) dovrebbe precisare che, se un prodotto è ottenibile con più di un procedimento, il brevetto di prodotto deve ritenersi circoscritto al solo procedimento tipico con il quale è stato conseguito; e che è necessario chiedere, per la brevettazione dei processi, tanti brevetti quanti sono i processi diversi e originali che danno luogo al prodotto considerato.

Tale disciplina ambivalente, volta a limitare il campo dell'esclusiva brevettuale, sembra garantire nel modo più efficace la possibilità di creare sbarramenti al sorgere di situazioni monopolistiche non giustificabili.

11. 4. Gli enti mutualistici si pongono in Italia, in sostanza, in posizione di monopsonio coprendo una quota decisiva della domanda. Si pone così, nei fatti, il proble-

ma della utilizzazione di tale potere, della elaborazione di una « politica monopsonistica ».

Contro tale possibilità si è obiettato, da parte degli stessi enti mutualistici, che si darebbe luogo, con una manovra programmata della domanda, a una situazione di disparità fra imprese private non facilmente giustificabile e, soprattutto, che si favorirebbe la specializzazione di una unica impresa per un unico prodotto, determinando una struttura dell'offerta rigidamente monopolistica.

Ma, come è stato osservato molto giustamente, il timore di creare un monopolio per certi farmaci non è giustificato. Il monopolio ha potere di mercato nella misura in cui si opponga a un sistema di domanda prevalentemente concorrenziale. Nel nostro caso ci si muoverebbe verso forme di monopolio bilaterale. Inoltre esiste un prezzo fissato ab-origine dal Ministero della Sanità e controllabile in ogni momento dal C.I.P. È evidente che le mutue non possono avere una politica di prezzo totalmente difforme rispetto alle decisioni del Ministero. In ogni modo la revisione del contratto fra Ente e produttore dovrebbe essere periodica per maggiore garanzia sulla qualità del farmaco. L'Ente può riservarsi sempre il ricorso in merito al Consiglio Superiore di Sanità.

La politica « monopsonistica » non tanto mira ad eliminare il profitto dei produttori, quanto a ridurre le spese di propaganda e di intermediazione che incidono vistosamente sul prezzo finale. I produttori non hanno alcun motivo di temere l'applicazione della legge del 1955, anzi una concentrazione dell'industria dovrebbe essere auspicabile e comunque non evitabile con l'introduzione della brevettabilità dei farmaci.

La via possibile per la utilizzazione programmata del

potere di mercato degli enti mutualistici è quella rappresentata dalla costituzione di una azienda per l'acquisto e la distribuzione dei medicinali « essenziali ». I vantaggi potenziali di una tale struttura sono numerosi: una maggiore salvaguardia della salute pubblica attraverso la selezione e il controllo dei medicinali prodotti; un'azione volta alla standardizzazione delle confezioni (con prevalenza ai prodotti galenici industriali); l'eliminazione del costo per pubblicità almeno nei medicinali essenziali; un maggiore controllo sulle prescrizioni mediche che dovranno attenersi ai prodotti acquistati e distribuiti dell'Azienda; uno stimolo alla concentrazione della produzione, e quindi agendo al fine di ridurre i costi di vera e propria produzione.

Gli enti mutualistici potrebbero fornire all'Azienda il personale necessario all'amministrazione attraverso riduzione del proprio personale attualmente addetto ai rimborsi, non più necessario; dovrebbero fornire all'Azienda anche il capitale iniziale di impianto e d'esercizio; quest'ultimo non costituirebbe aggravio per l'ente in quanto sarebbe commisurato alla massa dei pagamenti per medicinali che essi effettueranno annualmente. L'organizzazione degli Enti risulterebbe più snella e quindi più rapida ed efficace e potrebbe essere maggiormente volta all'assistenza diretta e alla prevenzione.

Il personale attualmente addetto alla distribuzione dei medicinali nella fase dell'ingrosso potrebbe essere, anche se parzialmente, assorbito dall'Azienda.

Nessun problema sembra sorgere, sul terreno costituzionale, se l'Azienda limita la propria intermediazione agli enti mutualistici. Ma sembra corretto ipotizzare l'at-

tribuzione di una « esclusiva » all'Azienda per l'attività di intermediazione commerciale, di « grossista ».

Tale proposta — tendente a stabilire un unico centro di distribuzione dei farmaci in mano ai pubblici poteri e i cui rapporti con la produzione sarebbero strutturati sulla base di « commesse » per la fornitura di farmaci « essenziali » — solleva delicati problemi di costituzionalità, dei quali è bene tener conto sia ai fini di una accorta formulazione della proposta stessa, sia per vagliare la stessa possibilità ed opportunità di muoversi nella direzione indicata.

In sostanza — allo stato attuale dell'elaborazione — una tale proposta sembra potersi riassumere nei punti seguenti:

1. attribuzione della esclusiva ad un unico ente pubblico erogatore del compito di distribuire taluni farmaci essenziali;

2. affidamento del compito di produrre i farmaci stessi ad imprese private italiane o straniere, attraverso « commesse » che possono configurarsi vuoi quali strumenti puramente contrattuali privatistici, vuoi come « convenzioni » inerenti ad un rapporto di concessione.

Una legge che si articolasse sui punti indicati verrebbe a porsi come direttamente attuativa della norma costituzionale dell'articolo 43 della Costituzione (in virtù del quale « ai fini di utilità generale la legge può riservare originariamente o trasferire, mediante espropriazione e salvo indennizzo, allo Stato, ad enti pubblici o a comunità di lavoratori o di utenti, determinate imprese o categorie di imprese che si riferiscono a servizi pubblici essenziali, o a fonti di energia o a situazioni di monopolio che abbia-

no carattere di preminente interesse generale »), da considerarsi nei suoi nessi con l'art. 32 comma primo (in virtù del quale « la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti »).

È anzitutto da rilevare che l'industria farmaceutica (intesa come comprensiva dell'attività di produzione e distribuzione dei farmaci) rientra senza dubbio fra quelle costituenti « servizio pubblico essenziale », come tale suscettibile di essere oggetto di « riserva ».

Neppure sembra possibile porre il dubbio sulla legittimità della misura che fissa la esclusiva sotto il profilo della presenza dell'interesse sociale, apparendo evidente che tale interesse sussiste, in quanto si collega alle finalità tutelate dall'art. 32.

I dubbi di legittimità costituzionale possono sorgere relativamente ai « limiti » della esclusiva.

Il primo limite oggettivo è dato dalla necessità di circoscrivere un elenco di « farmaci essenziali ». Tale apprezzamento — se tecnicamente possibile con sufficiente rigore — può costituire una limitazione ammissibile, rimessa alla discrezionalità del legislatore, al quale solo compete, nell'ambito della potestà legislativa e di indirizzo politico, l'ulteriore determinazione e precisazione dei principi costituzionali. La legge stessa, dunque, e non un successivo atto amministrativo dovrà individuare i farmaci essenziali.

Il secondo limite è rappresentato dal fatto che la produzione resta affidata, dal sistema delle « commesse » ad imprenditori privati. In sostanza la esclusiva in tal modo si ripercuote verso la produzione; infatti pur senza dar luogo ad una gestione diretta dell'attività in mano pub-

blica tale esclusiva costituisce la premessa per l'affidamento della produzione a soggetti scelti dal potere pubblico, con qualche affinità con il regime di concessione.

Tale meccanismo potrebbe lasciare dubbi notevoli soprattutto se riguardato sotto il profilo dell'art. 3 della Costituzione (che sancisce il principio di eguaglianza) in quanto suscettibile di dar luogo facilmente a posizioni di favore e di supremazia di imprenditori determinati.

Ma tali dubbi potrebbero essere superati sia attraverso una disciplina procedimentale adeguata ed aperta dell'affidamento di commesse, sia attraverso la chiara sottoposizione alle regole del diritto privato, di tali commesse. In realtà, in tal modo, la esclusiva resta chiaramente confermata nel momento dell'intermediazione commerciale (« grossista ») e non tocca la produzione.

Le osservazioni ora svolte per quanto riguarda possibili misure di razionalizzazione della struttura distributiva del settore farmaceutico, non debbono tuttavia indurre in erronee valutazioni: è infatti evidente che qualunque provvedimento che incidesse sulla fase distributiva senza darsi carico di modificare preliminarmente l'apparato produttivo sarebbe privo di senso — in effetti le distorsioni che si rilevano sulla struttura distributiva del settore costituiscono molto spesso un immediato riflesso della situazione caotica esistente nella fase produttiva. —

11. 5. Restano quindi aperti (anche una volta formulata l'ipotesi della manovra programmata del potere di mercato degli enti previdenziali e della costituzione di una Azienda gestrice in esclusiva della distribuzione all'ingrosso) i problemi sostanziali di intervento di politica industriale farmaceutica.

Come è stato giustamente osservato la proposta di nazionalizzazione del settore industriale farmaceutico non sembra adeguata. La proposta è drastica e non accettabile in termini economici, mentre un prodotto di base come l'acciaio e l'energia elettrica, può essere portato facilmente nelle mani pubbliche dato che si tratta prevalentemente di pochi complessi e di poche imprese e di limitate tecnologie, in un settore come i farmaceutici il solo conto dei rimborsi agli espropriati e le contestazioni durerebbero secoli. La gestione sarebbe problematica per un lungo periodo, le conseguenze negative. La partecipazione di imprese pubbliche all'industria — secondo la formula italiana di successo — è di gran lunga più sensata dal punto di vista dell'efficienza economica.

Tale intervento imprenditoriale pubblico in regime di concorrenza (e in posizione di assoluta parità anche nei confronti dell'Azienda grossista) si collegherebbe utilmente alla presenza delle imprese a partecipazione statale nel settore chimico.

Dopo l'introduzione della brevettabilità tale intervento appare un elemento essenziale per garantire la capacità di costruzione di una industria farmaceutica italiana.

Le imprese italiane, — salvo limitate eccezioni — non investono nella ricerca. Non hanno interesse a farlo: il prezzo è remunerativo ed è molto più profittevole spendere in pubblicità gonfiando la domanda che rischiare di sprecare capitali in ricerche per prodotti che poi sarebbero immediatamente imitati dai concorrenti.

Nel settore chimico il « gap » tecnologico fra l'Italia e U.S.A. non è molto rilevante, in parte per merito dei grossi gruppi che operano in questo ramo. La creazione di un'impresa pubblica che si accompagni all'introduzione

del brevetto consentirebbe una immediata ripresa del settore della ricerca farmaceutica.

In conclusione, la creazione di una società pubblica per la ricerca e la produzione di farmaci comporterebbe i seguenti vantaggi:

— arginerebbe i capitali monopolistici alleati con l'investimento estero;

— potrebbe giovare al mantenimento di certe posizioni sul terreno della concorrenza tecnologica;

— consentirebbe l'utilizzazione industriale di ritrovamenti scientifici italiani realizzati nell'Istituto Superiore di Sanità;

— tutelerebbe meglio il mercato italiano dalla concorrenza europea;

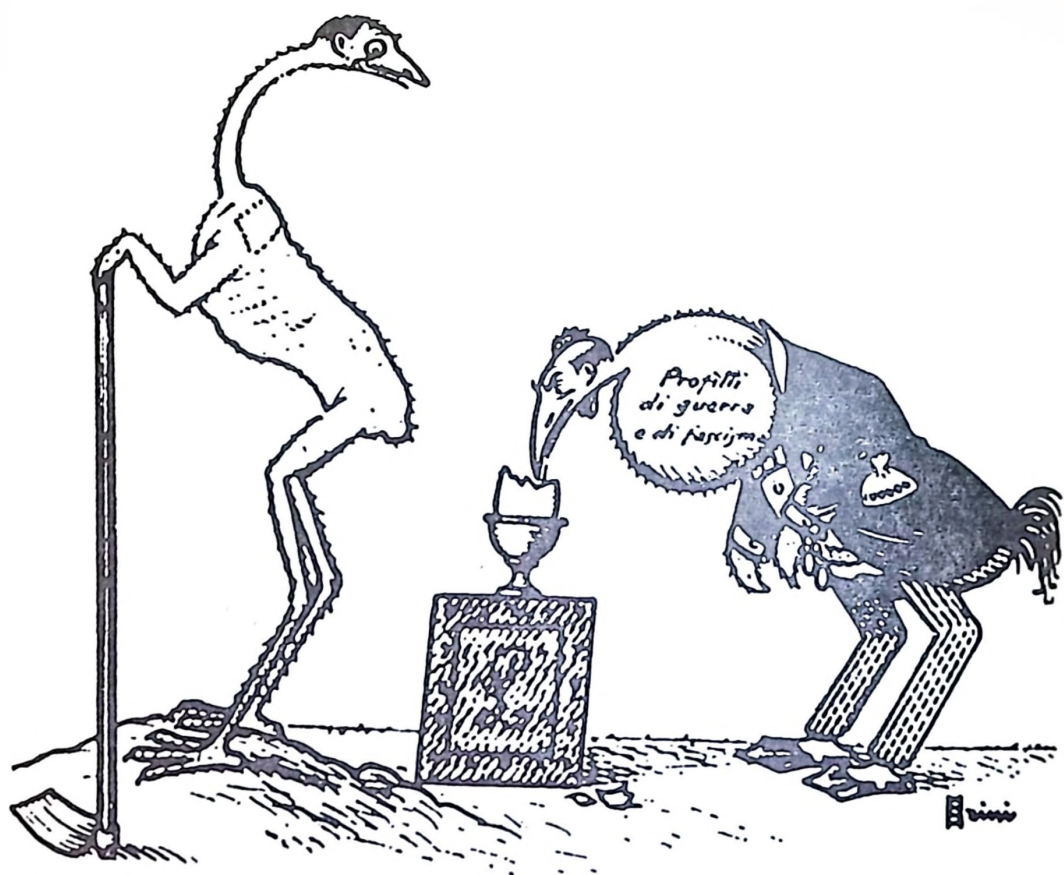
— consentirebbe un utile metro di confronto per i costi di produzione e di confezione, garantendo un'azione di accertamento in materia da parte del Ministero della Sanità;

— consentirebbe un miglior controllo qualitativo;

— sarebbe la risposta migliore in termini di efficienza, alla proposta di nazionalizzazione totale del settore.

La creazione di imprese pubbliche, inoltre, potrebbe avere interessanti effetti economici generali. Uno dei maggiori problemi dello sviluppo industriale del Mezzogiorno è la lentezza nella nascita di medie imprese intorno ai grandi complessi moderni; ove esiste l'impresa chimica pubblica (Gela, Ferrandina) il processo di « diffusione » può essere notevolmente agevolato con la costruzione di impianti per la produzione di farmaci.

GIUSEPPE MEDUSA



L'uovo qualunque. Sempre avanti 1946.

il settore farmaceutico:

strutture produttive, produzione e ruolo dell'impresa pubblica

1. INTRODUZIONE

Nel 1965 le spese per farmaci costituiscono il 30,6% del totale della spesa per l'assistenza sanitaria in Italia. Nello stesso anno nel Regno Unito tale voce incideva soltanto del 10,2%. In termini assoluti, pur essendo il numero degli assistibili maggiore nel Regno Unito che in Italia, la spesa per farmaci nel nostro paese era pari a 284,2 miliardi di lire contro i 231,4 miliardi nel Regno Unito.¹

Fra le varie prestazioni della assistenza obbligatoria contro le malattie dal 1960 al 1965 il saggio di incremento delle spese per farmaci è secondo soltanto all'aumento delle spese per la retta ospedaliera. In numeri indice, facendo base al 1960 = 100, la spesa per farmaci raggiunge nel 1965 l'indice 172,4 e quella relativa alle spese per i ricoveri ospedalieri fa registrare un indice di 211,8.² Tuttavia il minore incremento della spesa per farmaci rispetto alla spesa di ricovero ospedaliero non deve indurre alla facile conclusione che il problema del deficit degli enti mutualistici derivi essenzialmente dall'in-

¹ Italia: Relazione Generale sulla situazione economica del Paese 1965.

Regno Unito: Central Office of Information (1964-1965).

² Si include nelle spese per i farmaci il 12% di spese sottratte alle rette ospedaliere per spese farmaceutiche.

cremento delle spese di ricovero e solo in via subordinata dalla voce relativa ai prodotti farmaceutici. È necessario tener conto del diverso peso che su queste due voci di spesa hanno le componenti dinamiche della produttività e del movimento dei prezzi relativi.

Un aumento del costo della vita e dei salari induce un aumento proporzionale nella spesa di gestione ospedaliera non bilanciato da alcun aumento di « produttività ». ³ Al contrario, nell'industria farmaceutica l'aumento del costo di lavoro può essere ampiamente bilanciato sia dall'incremento di produttività sia dalla riduzione del costo delle materie prime.

Le componenti da cui deriva l'incremento della spesa per farmaci sono molteplici:

- aumento nel numero delle ricettazioni;
- aumento nel peso delle ricettazioni (nel senso che ogni prescrizione contiene un numero crescente di farmaci);
- aumento delle prescrizioni di farmaci di prezzo elevato;
- assenza di riduzioni di prezzo rispetto alla riduzione dei costi a causa dell'incremento di produttività e di riduzione del costo delle materie prime;
- aumento del numero delle specialità che aggrava la spesa di distribuzione, o non consente una riduzione di esse.

Non è nostra intenzione prendere in considerazione tutte le cause che incidono nella spesa per i prodotti far-

³ È difficile pensare in termini di produttività aziendale riferendosi ad un ospedale. Sebbene un ammodernamento degli impianti possa indubbiamente incrementare il grado di efficienza di un ospedale, tuttavia l'attività medica non è meccanizzabile. Si tratta sempre di un servizio e non di una produzione di beni.

maceutici da parte degli enti. Una politica di riduzione di tale spesa non può prescindere da una modifica sostanziale della struttura del settore produttivo. Accenneremo brevemente a quelle che sono le caratteristiche economiche che possono ridurre i costi di produzione, di distribuzione — o almeno frenarne la crescita rapida —.

2. LA STRUTTURA DELLA PRODUZIONE

La caratteristica dell'industria farmaceutica nazionale è l'alto numero di imprese che in essa operano, e la divisione in due gruppi: imprese di grande dimensione e piccole imprese. Le grandi e le medie imprese che coprono con la loro produzione quasi tutto il mercato nazionale sono circa centosessanta; la rimanente quota della domanda è coperta da una pletora di piccole imprese semi-artigianali che spesso si limitano alla pura confezione del prodotto.

Tale struttura è palesemente in contrasto con le tendenze che si verificano in tutti i settori della moderna produzione industriale, particolarmente nei settori più dinamici. Dove l'espansione dei consumi è rapida — e nel settore dei farmaci lo è certamente — il mercato si caratterizza attraverso il consolidamento di strutture oligopolistiche che, se possono dar luogo a problemi dal lato della fissazione dei prezzi, garantiscono certamente una maggiore efficienza all'industria nel suo complesso. I problemi connessi con i prezzi in regime di oligopolio non riguardano il caso in esame. I prezzi dei farmaci, infatti, sono fissati dal Ministero della Sanità e, almeno in teoria, sono soggetti alla revisione periodica del C.I.P.

L'aumento di efficienza derivante dalla concentrazione è un punto centrale nel nostro discorso.

La polverizzazione delle aziende deriva da due ragioni: l'assenza di brevettabilità e la struttura del tutto particolare della domanda di farmaci specie quanto tale domanda è coperta per oltre il 60% da pazienti assicurati totalmente dall'ente mutualistico.

3. LA DOMANDA E LE CONSEGUENZE DELL'ASSENZA DI BREVETTO

Per qualunque bene economico il soggetto che domanda è nello stesso tempo quello che sente un determinato bisogno, che decide di soddisfarlo e che paga un prezzo — ossia che si priva di una parte di moneta che egli stima avere un valore pari all'« utilità » soggettiva del bene acquistato.

Per il farmaco il consumatore non è un'unica persona: l'ammalato è titolare del bisogno che genera la domanda; il medico decide con quale farmaco, e in che dose, il bisogno può essere soddisfatto; l'ente paga il prezzo del farmaco.

Tutto ciò ha conseguenze assai rilevanti. L'aumento di prezzo di un bene normale riduce la domanda di esso; (sempre che il grado di elasticità della domanda non sia pari a zero) le variazioni del prezzo del farmaco non incidono minimamente sul comportamento del malato nè del medico prescrivente dato che non sono essi che pagano.

La quantità globale della domanda dipende essenzialmente dai medici poichè la spesa necessaria per coprire la domanda non tocca i prescrittori ma gli enti, i medici non possono che trarre vantaggio dal moltiplicare le prescrizioni. Se essi ricevono un compenso per ogni visita trovano conveniente frazionare la loro opera (valutata a prez-

zo irrisorio in confronto alla dignità del medico stesso e al livello esistente sul mercato libero) in più visite e quindi in più prescrizioni.

Il fatto che l'azione del medico sia determinante per la dinamica della domanda dei farmaci non sfugge ai produttori i quali premono sul medico perché ampli, anche in modo illogico, il numero delle prescrizioni.

La posizione non razionale del medico nei confronti dell'ente e l'assenza del brevetto favoriscono l'azione delle case produttrici volta a moltiplicare fittiziamente la domanda di farmaci.

La struttura di mercato diviene quella dell'oligopolio differenziato. Con questa forma di mercato si intende descrivere un settore della produzione nel quale non esistono forti barriere tecnologiche che impediscono l'ingresso di nuove unità produttive (come può essere il caso della industria metallurgica, meccanica o chimica di base) ma dove il maggiore ostacolo contro le imprese concorrenti è dato da una barriera fittizia delle spese pubblicitarie mediante le quali ogni impresa mantiene la sua « fetta » di mercato; (è il caso dei detersivi, dei saponi, di molti alimentari).

Nei casi normali il prezzo è però variabile, per cui potere di manovra sul livello del prezzo e spesa di pubblicità sono le due armi con cui l'imprenditore mantiene, o migliora, la propria posizione sul mercato.

Nel settore farmaceutico il prezzo è fissato dal Ministero della Sanità e soggetto alla revisione del C.I.P. La azione di manovra sul prezzo da parte del produttore cessa dopo presentazione dello standard dei costi alla commissione ministeriale. Oltre a tutto, per prodotti riuniti, gli scarti di prezzo tollerati dai funzionari del ministero sono

elevatissimi. ⁴ Il controllo dei costi è del tutto inadeguato e comunque pochissimo significativo al momento delle richieste di autorizzazione a porre in commercio una nuova specialità; infatti il costo unitario è funzione della qualità prodotta e quest'ultima dipende dal successo della campagna di vendita che a sua volta dipende dallo sforzo propagandistico presso i medici. Il prezzo fissato dal ministero è quindi puramente indicativo. Nella lotta per la conquista di una quota di mercato che renda quanto più remunerativa possibile l'attività di produzione, l'unica arma di cui il produttore dispone è la propaganda. Essa deve essere spinta al massimo ed il suo costo — molto spesso ben superiore a quello del puro farmaco — deve essere incluso nel prezzo. La barriera pubblicitaria è l'unica arma che le ditte, che iniziano la produzione di una nuova specialità, dispongono contro la fittissima e immediata concorrenza delle altre imprese. Per questo, in assenza di brevettibilità, l'impresa che introduce per prima una specialità nuova deve essere in grado di coprire immediatamente — al momento del « lancio » del nuovo prodotto — una grossa fetta di mercato e ciò presuppone uno sforzo pubblicitario intensissimo. Le imprese imitatrici, a loro volta, se vogliono inserirsi in un mercato ormai semi-monopolizzato, devono superare in propaganda e campionamento l'impresa innovatrice. Di fatto le spese di propaganda tendono a divenire la quota più sensibile dei costi finali ed incidono notevolmente sulla formazione dei prezzi.

⁴ Gli esempi in materia possono essere innumerevoli. Si prenda ad esempio la vitamina A in unità di una fiala da 1 cc: il primo varia da 9,3 lire a 6,6 lire. Per la vitamina B₁ (in confezioni da 5 fiale da 2 cc) da lire 70 a lire 45. Per la vitamina C (prezzo per compressa) da lire 31,5 a lire 18,0.

Le piccole imprese — spesso semplici etichettatrici di prodotti altrui — possono vivere al margine di tale struttura di mercato, principalmente perché non oberate da alcuna spesa di ricerca ed anche perché sfruttano una « corrente » di gusto terapeutico stimolato dalle grandi imprese (basta vedere il flusso di pseudo specialità a base di acido glutamico apparse negli ultimi anni). Non esistono, per le grandi imprese, possibilità di manovre di esclusione mediante riduzione del prezzo. Il livello dei prezzi può essere modificato unicamente dal C.I.P.

Non vi sono quindi automatismi di sorta che possano indurre a sperare in una riduzione spontanea e tendenziale del numero delle imprese, o della fusione di piccole imprese in imprese maggiori. Anzi, la presenza di un nugolo di piccoli concorrenti induce le grandi società ad ampliare la gamma dei loro prodotti per non rimanere assenti in nessun campo della farmacopea; non vi è ditta che non abbia il suo sciroppo per la tosse o il suo ricostituente o il suo antidolorifico; ciò consente di sfruttare meglio lo sforzo pubblicitario prodotto per accaparrarsi il mercato con una o due specialità base. Le grandi imprese sarebbero ben liete di concentrare la loro attività produttiva intorno ad alcuni « generi » farmaceutici di grande prestigio, ma la logica della struttura del mercato impedisce uno spontaneo movimento di specializzazione. Ciò ha conseguenze gravissime che devono essere tenute presenti nella elaborazione di suggerimenti di politica economica.

4. POSSIBILITÀ DI RIDUZIONE DEL NUMERO DEI FARMACI

Viste le condizioni della struttura produttiva, da una angolazione che pone in risalto la forma di mercato pre-

valente, esaminiamo alcune proposte di politica economica che possono servire a razionalizzare il processo produttivo nel settore farmaceutico.

La prima domanda a cui deve darsi risposta è la seguente: le diciottomila specialità esistenti in Italia hanno tutte un effettivo valore terapeutico? Non sussiste il caso che gli enti spendano somme sproporzionate per rimborsare medicinali che non hanno effetto — o hanno effetto limitato — sulla salute degli assicurati?

È evidente che una risposta a questa domanda non può essere data in questa sede. Solo un qualificato collegio medico può decidere quale farmaco è o non è utile. Si tratta di una via da battere perché una riduzione del numero dei farmaci in prontuario può immediatamente condurre ad una riduzione della spesa. È necessario tenere presente i seguenti punti:

— Recenti decisioni del National Health Service nel Regno Unito e di qualificate commissioni mediche negli Stati Uniti hanno manifestato dubbi sulla efficacia terapeutica di farmaci che costituiscono una ampia fetta dei comuni farmaceutici italiani ammessi a totale rimborso.⁵

— Non esiste correlazione frà andamento nosologico e consumo dei farmaci. Ciò significa che la maggior parte dei farmaci non sono destinati a terapia di mali effettivi, ma hanno funzione additiva o preventiva. Si tratta infatti di ricostituenti, tranquillanti, stimolanti, ecc.

⁵ Ci si riferisce in particolare all'uso degli estratti epatici. Tali farmaci vengono in genere prescritti come coadiutori. Il N.H.S. suggerisce ai medici di motivare in modo più specifico la prescrizione evitando di somministrare tali farmaci in modo indiscriminato.

Anche in questo caso solo un autorevole parere medico può stabilire se sia possibile e sensata la distinzione fra farmaci di prima necessità ed altri. Noi possiamo limitarci ad esemplificare alcuni consumi, a nostro avviso, poco sensati. Il « boom » dei prodotti a base di acido glutammico degli ultimi anni dovrebbe garantire alla popolazione italiana un livello di intelligenza fantascientifico. In verità si vendono — e si rimborsano — specialità che — contrassegnate da un prezzo elevatissimo — contengono una quantità di acido glutammico pari a quello contenuto in un dado di brodo di pollo del prezzo di lire 50!

Il secondo provvedimento deve riguardare la formazione e la revisione del prezzo dei farmaci. La polverizzazione delle imprese e l'assenza di brevetti complicano enormemente il processo di formazione e revisione dei prezzi. Il Ministero della Sanità è letteralmente bombardato dalla presentazione di innumerevoli specialità affini. La plethora rende difficoltoso sia il procedimento sull'accertamento della validità terapeutica sia l'indagine sui costi di produzione. L'organico del Ministero non può materialmente seguire ogni fase del processo produttivo di tutti i farmaci presentati per l'omologazione. Ovviamente non si tratta di adeguare la struttura burocratica di controllo al numero delle specialità, ma di ridurre il numero dei farmaci in modo che l'opera di controllo possa essere svolta in maniera efficace.

Un discorso simile vale per il C.I.P. la cui opera, fino ad oggi è stata irrilevante.

È un buon criterio quello di indicare nuove linee di politica economica evitando di suggerire la creazione di strumenti di controllo che finirebbero per appesantire il

funzionamento in un settore della produzione già caratterizzato da una estrema macchinosità.

Sebbene il numero dei medicinali in commercio sia enorme, un numero ridotto di specialità coprono una altissima percentuale dei consumi. Su tali specialità deve concentrarsi l'azione del C.I.P. in modo da ottenere una « casistica campione » sullo standard dei costi di produzione e sulle modificazioni di costo che intervengono, sia per la variazione dei costi delle materie prime e degli altri fattori variabili, sia per la riduzione che sul costo unitario determina la scala della produzione. Gli organi del C.I.P. devono quindi esaminare, per tipi di imprese, l'incidenza del costo della ricerca scientifica sul costo totale di produzione al fine di arrivare alla discriminazione fra imprese ricercatrici ed imprese imitatrici. Il sistema di revisione dei prezzi deve quindi tenere conto della quota di profitti da reinvestire nella ricerca in modo che sia lo stesso sistema di prezzi a favorire le imprese ricercatrici e a mettere « fuori gioco » le imprese imitatrici. Il ruolo dell'Istituto Superiore di Sanità in un simile processo è fondamentale. Il C.I.P. e l'Istituto debbono agire insieme non potendosi scindere l'aspetto puramente economico da quello sanitario. L'ampliamento delle funzioni del C.I.P. e il potenziamento dell'Istituto Superiore sono premesse indispensabili per la razionalizzazione del processo di produzione dei farmaci in Italia.

5. LA DISTRIBUZIONE

Un ulteriore provvedimento potrebbe essere quello di condizionare il mercato dei farmaci dal lato della domanda.

Oltre il 60% della produzione nazionale di farmaci viene acquistata da enti assistenziali. L'acquisto tuttavia è effettuato dall'assistito e non dall'ente e per ciò il prezzo finale del farmaco deve contenere sia la spesa pubblicitaria che le quote di costo di distribuzione.

Da un punto di vista teorico, quando una merce su un mercato è acquistata principalmente da un solo acquirente è inevitabile che si stabiliscano condizioni di « monopronio » e che quindi il prezzo del bene sia condizionato fortemente dal lato della domanda. Nel caso dei farmaci ci si deve domandare come mai gli enti non tagliano via tutti i margini di intermediazione assumendo direttamente la distribuzione dei farmaci.

Proponemmo, qualche tempo fa, la costituzione di un ente di distribuzione.⁶ La nostra proposta ha trovato consensi e critiche. Non contentandoci della semplice formulazione di una proposta abbiamo cercato di vedere come fosse possibile dare forma pratica di una proposta che era teoricamente valida. Dobbiamo riconoscere che, in pratica, esistono notevoli difficoltà.

Alcuni appunti critici riguardavano il criterio con cui l'ente acquirente avrebbe dovuto scegliere il fornitore di un determinato farmaco. Si sarebbero dovuti indire pubbliche gare e — secondo l'opinione del prof. Coppini — si sarebbe corso il rischio di creare posizioni di monopolio per farmaci di importanza fondamentale. A nostro avviso le posizioni di monopolio alla produzione non devono preoccupare per un prodotto che viene acquistato da un

⁶ Vedasi A. SABA, *Impieghi sociali del reddito e sviluppo: problemi economici dell'assistenza sanitaria in Italia* - in *Rivista Italiana di sicurezza sociale*. Roma 1967, n. 1.

cliente potente come l'INAM; il prezzo viene fissato dalla pubblica autorità e da essa controllato e, se necessario, revisionato in ogni momento della produzione.

Anche riguardo a questo aspetto del problema le difficoltà maggiori nascono non da posizioni di monopolio, ma dalla particolare struttura del sistema produttivo.

Un ente di distribuzione dovrebbe avere lo scopo di ridurre il margine che oggi va ai grossisti e ai farmacisti. Tale margine in verità, non è particolarmente elevato ai costi di distribuzione, i quali quindi rimarrebbero sostanzialmente immutati se l'ente di distribuzione si sostituisse alle due citate categorie di intermediari.

Le componenti fondamentali della spesa di distribuzione sono:

- a) magazzinaggio e conservazione dei prodotti;
- b) aggiornamento delle scadenze
- c) sprechi dipendenti dalle scadenze dei farmaci
- d) la sostituzione rapida delle specialità e quindi l'obsolescenza dei prodotti.

Le spese concernenti il primo punto dipendono dal numero eccessivo delle specialità. Come si è detto la struttura della produzione induce quasi tutte le imprese a dedicarsi ad una gamma amplissima di prodotti anziché concentrare l'attività su specialità frutto della ricerca dei propri laboratori.

Il grossista, ed anche il farmacista in una certa misura, debbono tener scorta di quante più specialità possibili. La domanda deriva dalle prescrizioni dei medici, i quali hanno convinzioni disparatissime sulla efficacia dei farmaci. La gamma delle prescrizioni è quindi abnormemente estesa. I grossisti hanno bisogno di locali molto vasti,

di scaffalatura complessa e di costi di gestione elevati.

Il costo di aggiornamento delle scadenze, deriva dalle considerazioni esposte precedentemente. Una alta percentuale di specialità sono soggette a scadenza. L'enorme numero dei preparati richiede una revisione continua delle scadenze; ciò impegna l'opera di personale qualificato con conseguente aggravio dei costi.

Ovviamente una grande parte di farmaci vengono tenuti in deposito unicamente « perché esistono » e qualcuno potrebbe richiederli. Tanto maggiore è il numero delle specialità tanto maggiore è il numero di quelle che, scadendo, devono essere eliminate. Dalla pletora di farmaci deriva quindi un margine di spreco costante e non eliminabile.

Nello stesso senso agisce la voce dei costi derivanti dall'obsolescenza. In assenza di brevetto il mutare delle specialità preferite dai medici dipende più dallo sforzo pubblicitario delle imprese produttrici che da un effettivo progresso dei farmaci. Molti farmaci, pur non essendo superati tecnicamente, lo divengono, nel « gusto » del consumatore, nel giro di pochi anni. Sciroppi per la tosse, antinfluenzali, ricostituenti, tranquillanti ecc. si avvicinano con una rapidità che ha uguali solo nel campo della moda femminile. Però le specialità « superate » non possono venire eliminate dalla distribuzione perché rimane un margine di clienti fedeli o di medici meno sensibili al richiamo pubblicitario che continuano le prescrizioni di farmaci che sono superati soltanto formalmente.

La situazione è resa più complessa da un effettivo progresso tecnico rapidissimo nel campo della chimica farmaceutica, che realmente crea un problema di rapido avvicendamento dei prodotti.

Ne consegue che la distribuzione deve essere attentissima alle variazioni della domanda, deve essere prontissima ad adeguarsi e deve mantenere in vita un complesso sistema di magazzino per non venir meno alle sollecitazioni della richiesta.

In queste condizioni di dinamismo composito della domanda l'azione di un ente pubblico di distribuzione troverebbe ostacoli gravissimi. Dovrebbe esservi una organizzazione burocratica troppo complessa le cui spese di gestione non sarebbero minori rispetto al margine che oggi si destina ai grossisti e ai farmacisti.

Il « punctum dolens » della gestione sta nella struttura produttiva; la situazione della distribuzione appare caotica e patologica unicamente perché si è modellata su un tipo di struttura sbagliato. Provvedimenti che incidessero sulla fase distributiva senza andare più a monte, fallirebbero il loro scopo riformatore. Un ente di distribuzione che leghi la produzione, agli enti e al consumo, potrà aver senso quando l'apparato produttivo sia stato reso più svelto e più semplice. In questa ultima ipotesi però, la riduzione dei costi di distribuzione potrebbe indurre facilmente i grossisti e i farmacisti a concedere sconti sensibili, con vantaggi proporzionali per il bilancio degli enti, senza che si debba ricorrere alla creazione di un ente di distribuzione.

Ancora una volta il discorso ritorna al problema della brevettabilità dei farmaci. È vero che l'introduzione del brevetto non può oggi essere intesa come un tocca-sana dato che esplicherebbe la sua efficacia soltanto sui farmaci di futura produzione. È vero però che si parla di brevetto sin dal 1948 e se esso fosse stato adottato venti anni or sono la struttura dell'industria, oggi sarebbe diversa

e noi non dovremmo lottare contro le conseguenze di un processo degenerativo che ha prodotto un tipo di industria fortemente patologica.

Tuttavia, il progresso tecnico è rapido. I farmaci nuovi si accavallano con un ritmo tale che l'introduzione della brevettabilità si estenderebbe in pochi anni alla maggioranza dei farmaci prodotti.

6. L'INTERVENTO DELL'IMPRESA PUBBLICA

Vi è ancora un punto sul quale ci pare opportuno soffermarci. Il ruolo che l'impresa pubblica può avere nel processo di semplificazione della struttura dell'industria farmaceutica.

L'impresa pubblica è stata indubbiamente uno degli strumenti più efficaci nella politica economica italiana del dopoguerra. La presenza dell'azione dell'impresa pubblica ha garantito dei margini di competitività in un sistema economico che minacciava di essere soffocato dalla pressione monopolistica dei gruppi privati. L'azione dell'IRI e dell'ENI è stata ben più efficace di qualunque legislazione anti-monopolistica; essa incideva direttamente sulla struttura produttiva introducendo in essa un elemento dialettico che ha frenato lo sfruttamento monopolistico del mercato italiano creando uno stimolo continuo per l'impresa privata verso una efficienza maggiore.

È possibile che l'intervento dell'impresa pubblica possa dimostrarsi altrettanto utile nel processo di razionalizzazione dell'industria farmaceutica?

Certi aspetti consentono una risposta affermativa; altri negativa. Esamineremo gli aspetti principali della questione.

Il primo aspetto è quello connesso con il declino della ricerca scientifica in campo farmaceutico. Si parla di divario tecnologico con gli U.S.A. e si tengono fitti dibattiti per trovare soluzioni; forse in nessun altro settore come in quello farmaceutico il progresso scientifico italiano è carente. Vi è quindi un elemento di pubblica utilità che richiede un pubblico intervento.

Un secondo elemento positivo può essere ricercato nella necessità che l'impresa pubblica, specie in campo chimico, solleciti gli effetti diffusivi per i suoi massicci investimenti nelle aree meridionali.

L'altissima intensità di capitale che caratterizza i complessi chimici non ha consentito che intorno alle aree oggetto dell'intervento pubblico nel Sud si verificassero effetti di diffusione. Se fosse possibile realizzare accanto ai grandi complessi petrol-chimici, iniziative di produzione medie imprese operanti nel settore farmaceutico, l'effetto di irradiazione nelle aree meridionali verrebbe indubbiamente accelerato.

Vi sono però una serie di ostacoli che rendono problematico l'intervento dell'impresa pubblica nel settore farmaceutico.

Come abbiamo premesso, l'impresa pubblica ha svolto una funzione positiva in settori dominati dal monopolio privato. La posizione monopolistica consentiva dei margini di profitto elevati, tali che l'impresa pubblica, pur vendendo a prezzi minori, poteva ottenere margini sufficienti per il proprio auto-finanziamento.

Nel settore farmaceutico non si pone il problema della rottura di una situazione monopolistica. I margini di profitto delle imprese farmaceutiche non sono elevati, come nel caso dell'esistenza di una posizione di monopolio.

Questa affermazione potrà stupire quando ci si limiti soltanto al confronto fra costi di produzione di taluni farmaci con i prezzi di vendita. Di fatto la struttura eccessivamente concorrenziale del settore comporta *un accrescimento degli sprechi piú che un aumento dei margini di profitto*. Il fatto stesso che tutte le grandi imprese siano costrette a produrre una gamma piú vasta di prodotti anziché specializzarsi in pochi prodotti di base è un segno certo che i margini di profitto non sono poi troppo elevati e l'impresa cerca di realizzare utili su tutta la gamma dei farmaceutici per sfruttare meglio le spese pubblicitarie sostenute per lanciare nuove specialità.

L'impresa pubblica, dunque, si trova di fronte ad un aspetto relativamente nuovo e diverso rispetto ai modi con cui si è verificato l'intervento pubblico nelle attività produttive in Italia. Non si tratta di combattere il monopolio privato, ma di ridurre lo spreco. Soltanto in seguito all'introduzione del brevetto ci può essere spazio per l'iniziativa pubblica. Il primo passo dovrebbe essere quello di creare dei dipartimenti per la ricerca scientifica operanti nell'ambito del settore petrolchimico per vedere quali nuove possibilità possono derivare da questo settore per la produzione di farmaci. Qualche esperienza in proposito è stata fatta recentemente dalla Dupont de Nemours dal gruppo Hocchst. Secondo il parere degli esperti non pare tuttavia che esistano margini ampi di sviluppo dell'attività petrolchimica nel settore farmaceutico.

Un secondo tipo di intervento pubblico potrebbe riguardare la produzione di materie di base per la produzione di farmaci. In questo settore l'Italia è largamente importatrice. Le imprese nazionali non trovano conveniente specializzarsi nella produzione di prodotti di base

che hanno un prezzo fortemente competitivo da parte dell'industria tedesca, polacca e americana. D'altra parte l'intervento pubblico non può ridursi ad iniziative di piccola dimensione; in questi termini l'impresa pubblica non farebbe altro che infittire un settore già troppo affollato. Nel campo dei prodotti di base un costo unitario competitivo è solo possibile attraverso le grandi dimensioni aziendali. Tali dimensioni si giustificano rispetto ad un mercato più ampio di quello italiano. L'impresa pubblica che decidesse di entrare in questo settore dovrebbe, non solo eliminare le concorrenze estere dall'Italia, ma espandersi su un'area di azione già controllata da produttori che da anni si sono specializzati e radicati. È perciò assai problematico pronosticare il successo di un'iniziativa pubblica su questo terreno.

Con l'introduzione del brevetto verrebbe stimolato il processo di concentrazione. Tale processo può essere accelerato dall'intervento dell'impresa pubbliche che si sostituisce, incorporandole, ad alcune delle imprese che agiscono nel settore. In sostanza *l'intervento dell'impresa pubblica dovrebbe avere due fini simmetricamente perseguibili: la creazione di un centro attivo di ricerca scientifica e l'accelerazione del processo di concentrazione.*

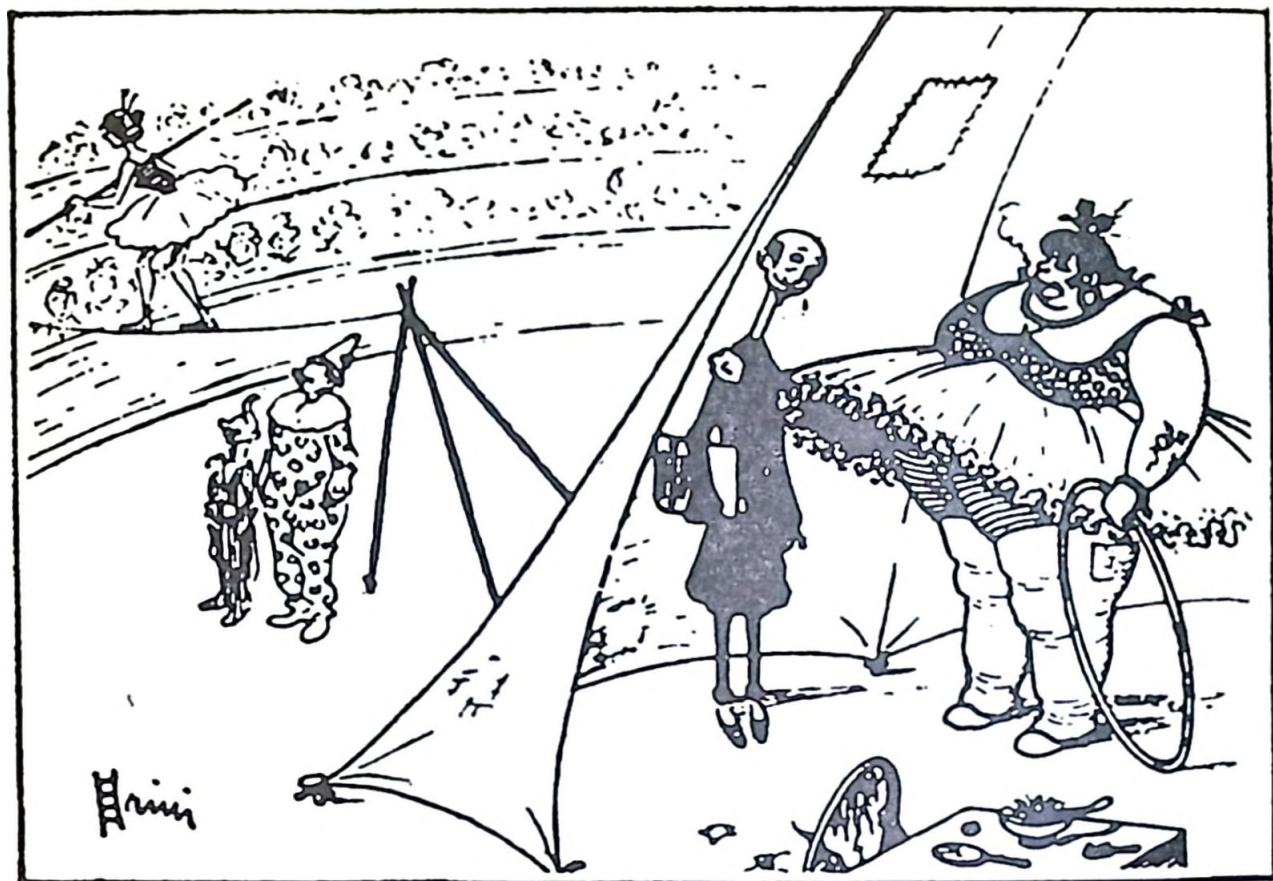
L'introduzione del brevetto l'ingresso dell'impresa pubblica ed una azione volta ad eliminare le piccolissime unità produttive modificherebbero in breve la struttura del settore. Una tendenza monopolistica si connette infatti con la brevettabilità del farmaco. Sebbene il prezzo sia controllato e modificabile in ogni momento da parte del C.I.P., è probabile che i margini di spreco attuali derivanti dalle spese di pubblicità e di campionamento si trasformino in elevati margini di profitto per l'impresa detentri-

ce del brevetto. La presenza di una impresa pubblica che agisca nei principali rami della produzione farmaceutica costituirebbe un punto di confronto per lo standard dei costi di produzione e di riferimento qualitativo.

Il progressivo regredire della ricerca scientifica in campo farmaceutico in Italia potrebbe essere arrestato mediante la creazione di un centro di ricerca farmacologica d'intesa con l'Istituto Superiore di Sanità e col Consiglio Nazionale delle Ricerche. Il fine dovrebbe essere quello di entrare nell'attività produttiva con specialità proprie tutelate da brevetto.

Un'impresa pubblica utilizzatrice dei frutti della ricerca altrui non avrebbe senso, non risponderebbe ai fini di pubblica utilità che devono stare alla base dell'attività dello stato imprenditore.

ANDREA SABA



D'Annunzio. Pasquino 1911.

patologia del problema farmaceutico italiano*

Il recente rapporto sugli investimenti esteri nell'industria italiana svolto dalla SORIS di Torino per il CNEL e il Ministero del Bilancio¹ ha posto in luce, fra l'altro, le gravi condizioni ed i grossi problemi dell'industria farmaceutica. La situazione di questo settore è paradossale. Il maggiore cliente del settore può definirsi lo Stato, attraverso gli enti previdenziali, in quanto l'acquisto di farmaci effettuato da mutuatari si aggira sul 60 per cento del valore totale delle vendite dell'intero settore farmaceutico italiano, per un importo complessivo che è stato, nel 1967, attorno ai 350 miliardi di lire. Esso aumenta da un anno all'altro in misura fortissima; ancora nel 1965 la spesa per farmaci a carico degli enti mutualistici era di 284 miliardi di lire mentre nel 1951 era stata di 32 miliardi, sicché in quindici anni si è accresciuta di oltre quindici volte.

Nello stesso tempo, nessun altro settore dell'economia italiana vede una presenza di investimento estero paragonabile a quello farmaceutico, ove delle dieci società più importanti del settore ben sette sono straniere, e la quota del fatturato delle imprese a partecipazione estera sul fatturato delle prime quaranta imprese del settore risulta addirittura dello 87,8 per cento. I dati si riferiscono al

¹ Ora pubblicato a cura della Etas & Kompass, Milano (Mdr).

* Il presente articolo riproduce - per gentile concessione - quello pubblicato dall'A. in « L'astrolavio » del novembre 1968 col titolo « Le medicine tutte d'oro ».

1965, ma da allora in poi vi è motivo di ritenere che la situazione non sia sostanzialmente mutata, salvo forse una ulteriore accentuazione del fatturato delle ditte con capitale straniero. Per giunta, a livello internazionale il settore è dominato da imprese monopolistiche, che sono fra quelle la cui condotta ha dato luogo agli abusi e alle critiche più acerbe da parte degli stessi organi di controllo sui monopoli degli USA. A completare il quadro, si deve aggiungere che fra tali imprese con vocazione monopolistica ve ne sono alcune la cui sede centrale è negli altri paesi del MEC: sicché, data la notoria scarsa energia che si è ora esplicata, a livello di MEC, nei riguardi delle politiche monopolistiche (soprattutto quando provengano da partner forti come la Germania e la Francia), si può ben dire che abbiamo i monopoli farmaceutici internazionali e sull'uscio di casa e — per quel che concerne oltre i tre quarti della nostra produzione — in casa.

UN MECCANISMO ABERRANTE

Il paradosso a cui ci si riferiva all'inizio consiste nel fatto che questo è uno dei settori nei quali lo Stato interviene di più, e nello stesso tempo interviene di meno; la sua presenza è massiccia sul lato della domanda, irrisoria sul lato dell'offerta. L'offerta è largamente controllata dal capitale straniero, come produttore e come esportatore verso l'Italia dall'estero, spesso con connessioni fra le due forme, mentre la domanda è largamente alimentata dal nostro Stato, cioè dai contribuenti parafiscali e fiscali, attraverso i pesanti oneri rappresentati dai contributi sociali e dai disavanzi degli enti previdenziali.

Quando sul lato dell'offerta opera un meccanismo monopolistico e sul lato della domanda vi è la spesa pubblica,

che rende al cittadino completamente gratuito l'acquisto del bene, quale sia il suo prezzo di offerta, allora credo che — veramente — ogni possibile giustificazione di preferenza per il meccanismo di libero mercato venga meno. Vale la pena di osservare per un attimo a quali aberrazioni può condurre un siffatto meccanismo. Il fatto che il termine « monopolio estero di offerta » sia un po' semplificato rispetto alla realtà, che vede, nel settore farmaceutico, diversi monopli operanti per differenti prodotti e oligopolii e formazioni paramonopolistiche per altri, non altera la validità generale del ragionamento e delle conclusioni. Si sa che in un mercato ove il consumatore paga di tasca propria il monopolista non è « libero di fare il prezzo massimo », bensì solo di portare il prezzo al massimo compatibile con la persistenza degli acquisti. se l'aumento di prezzo è accompagnato da riduzioni di vendite così accentuate da intaccare i profitti globali del venditore, egli dovrà rassegnarsi a porre un limite al margine di profitto unitario per salvaguardare quello globale, che è il suo vero obbiettivo. Analogamente, quando il monopolista miri a massimizzare non il profitto ma il fatturato, se l'acquirente paga di tasca propria, il rincaro troppo accentuato del prezzo porta a una flessione del fatturato. Nel caso di prodotti a domanda molto rigida, come sono i farmaci, le possibilità di accrescimento del prezzo prima che si sorpassi il punto di massimo profitto (o di massimo fatturato) sono molto rilevanti anche per la massa degli acquirenti a basso reddito e tanto più lo sono per gli acquirenti abbienti.

Ebbene, il quadro cambia totalmente quando, sul lato della domanda, intervenga lo Stato a pagare il prezzo di acquisto con il meccanismo mutualistico. A questo punto,

il mercato si sdoppia. Da un lato la sua fetta maggiore (in Italia oggi il 60 per cento) è sovvenzionata dalla mano pubblica, pur riferendosi a compratori a basso reddito. Quindi viene meno ogni remora agli aumenti del prezzo, sia per quanto concerne l'effetto specifico « di prezzo » e sia per quel che riguarda l'« effetto di reddito » implicito nell'effetto di prezzo, (cioè la riduzione del reddito dell'acquirente dovuta all'incidenza su di lui della spesa considerata). Poiché lo Stato ha possibilità — che, relativamente a un singolo mercato, come quello dei medicinali mutuati, sono praticamente illimitate — di finanziare gli acquisti, la parte di domanda in questione non rivela più una qualche elasticità. Qui il prezzo, dal punto di vista puramente economico, può salire quanto si vuole, senza che la domanda reagisca, salvo un certo limite psicologico rappresentato dalle possibili reazioni pubbliche contro troppo scandalose operazioni di sfruttamento del mercato. La seconda classe di compratori, quelli che possono pagare di tasca propria (e che occupano il 40 per cento del nostro mercato) sono invece direttamente sensibili al prezzo. Ma la loro reazione è relativamente limitata di fronte a beni di prima necessità (o ritenuti tali) come i farmaci.

Questo è, allo stato puro, lo schema operante in Italia. Vi sono peraltro alcuni elementi di contorno che completano il quadro. Il primo è costituito dal fatto che non tutti i cittadini in condizioni di povertà sono coperti da mutue, e che non tutte le mutue realizzano la copertura al 100 per cento della spesa per i farmaci, sebbene questa sia la regola per la maggiore istituzione (l'INAM) e per altre molto importanti. La fascia dei non coperti da mutue non costituisce certo una componente quantitativamente molto rilevante della domanda attuale, anche se

il loro bisogno (come distinto dalla loro effettiva domanda ai prezzi di mercato) è grande. L'iniquità particolare dell'attuale meccanismo, nei loro confronti, è evidente.

Il secondo elemento di contorno è costituito dal fatto che esiste una sorta di controllo dei prezzi sulle specialità medicinali, effettuato dal CIP. Il sistema di controllo dei prezzi del CIP è tuttavia notoriamente debole e lo è, in misura macroscopica, per questo settore. Innanzitutto, il costo dei farmaci è di per sé difficilmente controllabile, anche disponendo di organi tecnici di alta specializzazione di cui il CIP è sprovvisto. Le materie prime importanti sono una miriade e i procedimenti di produzione non si prestano ad agevoli analisi tecniche. Per di più le materie prime farmaceutiche per cui non esiste il sospetto di un mercato artefatto per opera di meccanismi monopolistici e di fattori brevettuali, sono una parte molto secondaria del quadro. Accanto a materiali correnti che poco influiscono sul costo ufficiale, sono impiegate sostanze particolari, per le quali le compagnie internazionali hanno organizzato, all'ombra di brevetti di esclusive di sfruttamento, di manovre di cartello e di speculazioni (nel senso tecnico di questa parola), prezzi artificiosi.

LA CONGIURA DEL CHININO

Valga, per tutti l'esempio del chinino, che è stato oggetto di una gigantesca « congiura » (nel senso proprio di questa parola) da parte di alcune grandi compagnie farmaceutiche in prevalenza europee, le quali si sono accordate per spartirsi i mercati e per fare salire i prezzi di parecchie volte rispetto al prezzo iniziale, dando vita ad un cartello monopolistico che può far scuola nella teoria dei cartelli. Questa congiura è stata scoperta, quasi per caso,

nel 1966, dalla autorità antitrust degli Stati Uniti. Una impresa industriale americana interessata al settore chimico (ma estranea, generalmente, a quello farmaceutico), avendo rilevato una ditta chimico-farmaceutica USA non molto grande per l'interesse che presentavano certe sue produzioni e competenze, aveva rinvenuto nei suoi cassette un pacco di incartamenti relativi agli accordi del cartello europeo del chinino a cui tale ditta aveva aderito. Spaventata dalle possibili responsabilità, la compagnia acquirente, che dopotutto non aveva alcun interesse specifico nel settore farmaceutico, passò l'incartamento agli organi federali anti-frust. Così questi hanno potuto appurare (e la notizia è stata diffusa dai maggiori quotidiani e settimanali USA) che il cartello era formalmente costituito con un regolare organo di presidenza, che teneva sedute regolari (di cui si tenevano precisi verbali) per trattare della spartizione dei mercati e dell'andamento del cartello, che aveva avuto tanto successo da portare il prezzo alle stelle. Risultò tra l'altro che il governo americano, che aveva acquistato chinino come scorta strategica in ingenti quantitativi, aveva pagato prezzi del tutto artificiali, fruttando al cartello luci enormi. I verbali delle riunioni del cartello contenevano dettagli impressionanti e, a volte, anche particolari curiosamente umoristici, come quelli sui « diritti » che i vari potentati industriali accampavano sulle « nazioni » dominate e sulle contese tra inglesi, olandesi e francesi sui mercati controllati e « invasi » dall'uno o dall'altro dei partecipanti.

Ma la patologia del nostro settore farmaceutico non finisce qui. Vi sono altre ragioni per cui il controllo dei prezzi, qui, è inefficiente. Vi è, innanzitutto, la polverizzazione del settore accanto alle imprese importanti (che

sono nella grande maggioranza sotto controllo straniero: Farmitalia, Ciba, Sandoz, Bayer, Squibb, American Cyanamid, Parke Davis, Richardson, Merrel, Merk, Home Products), dodici delle quali hanno più di cinquecento addetti, mentre 60 hanno fra i 100 e i 500 addetti, 60 fra 50 e 100 e 900 altre dispongono di meno di 50 addetti. Il che, per un settore che ha 450 miliardi di fatturato e 40 mila addetti, ed in cui la produzione richiede molta manodopera, è indice di un grande frazionamento. Ovviamente, la dispersione di costi è, in queste condizioni, vastissima e i produttori marginali possono produrre a costi che sono multipli di quelli dei produttori sovramarginali. Così, anche su mercati ove questi hanno la fetta di gran lunga maggiore, la mera esistenza di modeste aliquote di produzione a più alto costo è sufficiente a consentire che i prezzi di calmiera siano calcolati con riferimento a costi che consentono in realtà agli operatori validi profitti elevatissimi.

Il settore farmaceutico poi è caratterizzato da un meccanismo commerciale pletorico e basato su metodi, spesso notoriamente spregiudicati di promozione delle vendite (campioni gratuiti, ma anche veri e propri regali di privata utilità per accaparrarsi i medici), il cui pesante onere finisce per ricadere, in larga misura, sul contribuente italiano.

Fra le tante spese superflue e le esosità di prezzi, del settore farmaceutico, figurano almeno delle spese di ricerca scientifica? La massiccia presenza dell'investimento estero, che assorbe quasi il 90 per cento del fatturato delle ottanta imprese maggiori, è almeno veicolo di una corrente di progresso tecnologico? Purtroppo la risposta non è positiva. Meritorie imprese nazionali hanno realizzato

e stanno realizzando risultati di ricerca notevoli rispetto alla loro dimensione di medie o piccole imprese, ma non sono certamente in grado di svolgere programmi di vasto respiro, che richiedono ingenti capitali e molto personale specializzato. Le compagnie estere in Italia svolgono scarsa attività di ricerca scientifica. Alcune imprese estere effettuano essenzialmente il confezionamento importando dalle case madri i prodotti o al più i principi attivi, cosicchè non hanno una base tecnico-industriale in Italia a cui collegare eventuali attività di ricerca. Altre fabbricano qui anche i principi attivi, sulla base di un rapporto di concessione e di relative royalties e non hanno motivo di impostare, in Italia, una attività di ricerca.

TRE ECCEZIONI

Vi sono solo tre eccezioni: la Ciba, che è impostata secondo criteri di decentramento organizzato e di espansione delle produzioni locali e che, dunque, « potrebbe » avere motivi aziendali per svolgere una rilevante attività di ricerca in Italia, ma tuttavia non la compie; la Farmitalia e la Lepetit, che invece svolgono notevoli attività di ricerca, per ragioni particolari. Nella Farmitalia capitale italiano e capitale straniero si trovano in rapporti paritetici, in una situazione che ha consentito al *partner* italiano di riservare non più del 15 per cento del fatturato complessivo a prodotti brevettati e studiati dell'associato straniero (la Rhône-Poulenc) sviluppando per conto proprio importanti ed autonomi centri di ricerca.

Nel caso della Lepetit, il fatto che sia attualmente passata sotto il controllo di un forte investitore estero dipende proprio dalla eccellente attività di ricerca che

essa originariamente svolgeva. Al gruppo americano interessava infatti entrare, in modo specialistico, in un settore da cui era prima praticamente assente.

Come si nota, anche questa eccezione conferma la regola del normale disinteresse della grande industria straniera farmaceutica fortemente sviluppata ad organizzare in Italia nuovi centri di ricerca, affidando alle filiazioni in Italia solo compiti di fabbricazione su licenza dei principi attivi, quando non meramente di lavorazione di materie prime o di merci già importate. Che questo sia logico per quelle compagnie e che questo sia nell'interesse delle nazioni di cui sono originarie, è ovvio: né ci si potrebbe dolere del fatto che, non facendo noi in Italia nulla (o poco) in questo campo, esse siano venute non per surrogare quello che noi non facciamo.

La spesa di ricerca nel settore farmaceutico in Italia, come risultato dello stato di cose che si è descritto è solo del 2 per cento rispetto al fatturato, mentre raggiunge il 10 per cento in USA, in Germania, in Olanda e il 5-6 per cento in Francia e in Gran Bretagna. Il divario è, come si nota, di 3-5 volte. Il deficit brevettuale complessivo della nostra industria chimica (dati del 1965) è costituito per circa il 50 per cento da pagamenti relativi al settore farmaceutico. E si noti che in Italia non esiste ancora il brevetto farmaceutico sicché queste importazioni a pagamento di conoscenze tecniche sono minori di quelle complessive che dovremmo fare ove il brevetto esistesse. Nello stesso tempo la mancanza del brevetto farmaceutico in Italia ci consente di esportare una certa quantità di medicinali, al di fuori delle regole brevettuali, in paesi ove il brevetto non esiste (Sud America ecc.): operando, come si comprende, soprattutto con l'abilità nel-

l'imitare ciò che è altrove brevettato. Questo fa sí che la bilancia commerciale del settore farmaceutico non sia passiva. Ma si tratta di una impostazione che non ha basi solide.

L'introduzione, in Italia, della legislazione brevettuale nel settore farmaceutico da un lato potrebbe forse incoraggiare le ricerche in Italia, dall'altro potrebbe favorire la concentrazione del settore in imprese di maggiori dimensioni capaci di accrescere la propria produttività. Potrebbe anche servire, per questa via, a ridurre l'onere e il dispendio delle campagne promozionali e delle pratiche di quasi-comparaggio o di tentato comparaggio dei medici che vi si riconnettono facendo diminuire il numero di specialità praticamente identiche, che cercano di emergere o di sopravvivere grazie a quei sistemi. Tuttavia, con il regime brevettuale, in assenza di altri interventi pubblici, i pericoli di dominio da parte del capitale straniero si accrescerebbero ulteriormente. Vi è un settore, analogo a questo, che può servire da esempio istruttivo: si tratta del settore petrolifero. Se in esso non vi fosse l'ENI, l'Italia sarebbe virtualmente soggetta al controllo, in questo vitale settore, da parte del capitale estero. Nel settore petrolifero la fase condizionante è costituita dalla ricerca mineraria, che dà accesso alla materia prima su cui si svolge poi tutto il ciclo: solo se si riesce ad arrivare alle basi del ciclo, alla materia prima, è possibile ottenere una effettiva indipendenza, nel gioco dei grossi oligopolii internazionali. Nel campo farmaceutico, l'elemento condizionante, che sta alla base del ciclo, è la ricerca scientifica che dà accesso ai principi attivi da impiegare nella produzione di medicinali.

Nelle presenti condizioni della nostra industria farma-

ceutica, in cui non vi è praticamente nessuna impresa nazionale di dimensioni tali da competere con le grandi compagnie internazionali, vi è da temere che la istituzione del brevetto anche se accompagnata dalla cautela dell'istituto della licenza obbligatoria, mentre porterà al dominio internazionale, ma non all'espansione dell'attività di ricerca, potrà rendere ben difficile la condizione delle rimanenti imprese nazionali. E la crescente spesa pubblica e privata, che con qualche esagerazione consumistica non assente in questo settore è destinata ad arrivare ai mille miliardi, andrà a prevalente beneficio del capitale estero. Anche l'esportazione potrebbe esser resa per noi più accessibile e più stabile attraverso una maggior qualificazione scientifica e tecnica ai fini della quale non mancano da noi capacità ed esperienze nel campo chimico e medico (basti ricordare l'opera dell'Istituto Superiore di sanità). Corriamo il rischio insomma di sprecare un grande patrimonio intellettuale oltreché grosse opportunità industriali ed occupazionali.

UNA RIFORMA INDEROGABILE

Che fare allora? A mio parere le cose da fare sono principalmente tre. La prima è di dare l'avvio a una importante impresa a partecipazione statale, eventualmente con formule di cooperazione che possono risultare interessanti per le piccole e medie imprese italiane che soprattutto dopo la istituzione del brevetto, comunque con l'accentuarsi del progresso tecnologico, potranno trovarsi in difficoltà, mentre energie e competenze che non mancano, attrezzature e esperienze, mediante opportune riorganizzazioni, possono essere valorizzate anziché disperse.

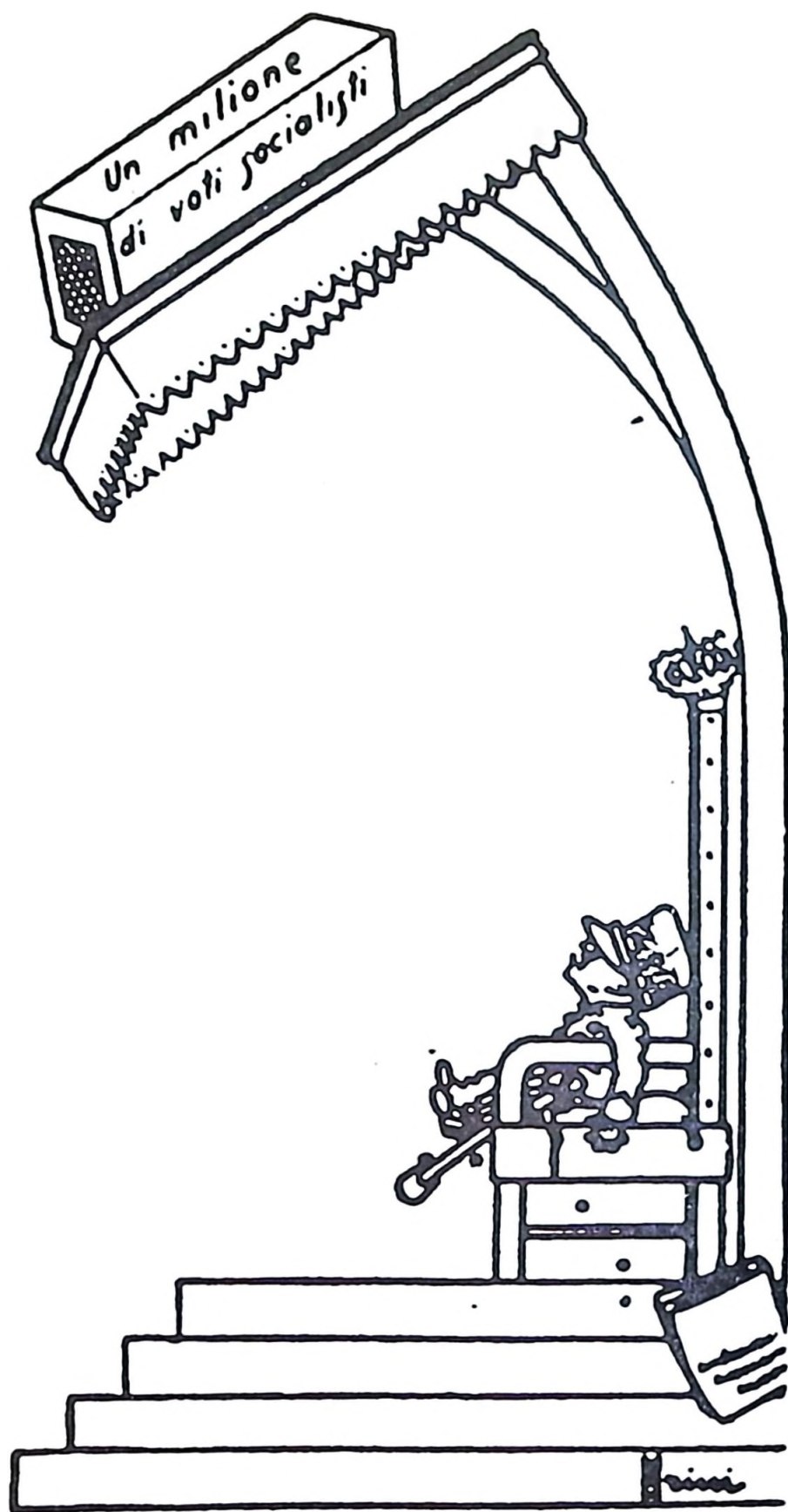
Provvediamo a non trovarci addosso un altro settore obsoleto, come sta accadendo per il tessile, senza tempestivi provvedimenti. Come seconda cosa importa avviare organici piani di ricerca scientifica a carico degli stanziamenti previsti dalla programmazione economica nazionale.

La terza cosa da fare è di impostare una razionale politica di acquisti da parte degli operatori pubblici interessati all'approvvigionamento dei medicinali per l'assistenza sociale e la rete ospedaliera. Non è necessario aspettare, per far ciò, che si attui l'auspicabile riforma del sistema mutuo-previdenziale e che si attui l'altrettanto auspicabile regime di sicurezza nazionale nel settore sanitario. Già oggi il problema si pone con urgenza. Non ha senso che uno Stato che spende, per una via o per l'altra, 350 miliardi in farmaci, e che ben presto ne spenderà 400, non abbia un proprio sistema di acquisti e lasci che tutto il meccanismo di fornitura ai consumatori si svolga attraverso l'attuale anacronistico sistema di distribuzione e di aggressive campagne promozionali. Man mano che il settore sul lato della produzione si concentrerà, l'esigenza di questa politica pubblica di acquisti, diventerà sempre più evidente e la sua attuazione sarà, sul terreno tecnico, più agevole. Se sorgeranno difficoltà e pressioni da parte dei grandi gruppi questo sarà un altro argomento per sottolineare l'importanza del primo punto: la creazione di efficienti imprese a partecipazione statale atte a consentire un regime più razionale e sistematico di approvvigionamento di medicinali.

Aggiungo che l'industria farmaceutica è un settore ove l'occupazione di manodopera è elevata per unità di capitale investito, sicché vi è una buona occasione per investimenti nel Mezzogiorno, ad alta occupazione, quali sono

quelli che ora occorrono. Aggiungo ancora che, di fronte alla crescente legittima richiesta di qualificazione tecnologica e di diversificazione del nostro apparato produttivo, questo settore è aperto alle maggiori possibilità, non punta su un mercato nuovo o artificioso rispondendo ad un bisogno crescente sul piano nazionale e mondiale: la richiesta mondiale è ora valutata a 6.000 miliardi di lire. Ma perché questa industria abbia un avvenire — è necessario insistervi — occorre spendere di più per la ricerca. Questa è cioè tipicamente una « industria di cervelli ». Coloro che in Italia sostengono, giustamente, che bisogna rendere effettivo l'accesso delle classi popolari all'istruzione superiore, che è oggi soprattutto appannaggio delle classi medie e ricche, non vedono altrettanto chiaro che, se la nostra struttura produttiva non si diversifica, non si arricchisce di nuovo contenuto tecnologico e di nuovi centri di ricerca, sarà arduo impiegare i nuovi laureati, anche sulla base della dinamica di offerta di laureati attualmente in atto. La realtà di oggi, per restare al settore farmaceutico, è che sono molti i chimici, i medici, i biologi, i dottori in chimica farmaceutica impiegati in attività commerciali promozionali o amministrative; pochi quelli che trovano in essa, una collocazione qualificata. E questo per non parlare dei diplomati (i periti industriali) i quali, spesso, per ottenere un posto debbono accontentarsi di degradare la propria effettiva qualifica. I problemi dell'industria e quelli dell'istruzione sono strettamente connessi e vanno affrontati agendo su entrambi i capi della matassa.

FRANCESCO FORTE



Avanti 1913.

mutualità, spesa farmaceutica ed intervento pubblico

Sembra opportuno precisare subito che il contenuto di questa nota trae motivo e materia di osservazioni, di rilievi e di talune riserve critiche di fondo, dal saggio « Aspetti e problemi dell'assistenza farmaceutica in Italia » di G. Medusa, nel quadro del dibattito con il quale la Rivista « Economia e Lavoro » ha inteso affrontare, pubblicamente da parte sua, i problemi dell'assistenza farmaceutica, nell'« ambito di un sistema di sicurezza sociale ».

È chiaro che il citato saggio, si presterebbe per molti aspetti ad un ampio ed articolato esame da parte nostra. Non mancano in verità gli elementi, in questo caso, per una approfondita dialogazione. Ma l'evidente necessità di una equa ripartizione dello spazio messo a disposizione da « Economia e Lavoro » tra coloro che sono stati chiamati a collaborare a questo numero della Rivista, ci consente solo di svolgere, in sintesi, alcune considerazioni di carattere generale sui temi toccati dalla Relazione e di far conoscere il nostro punto di vista sui problemi particolari, verso i quali è stata direttamente richiamata la nostra attenzione.

Non può sfuggire la immediata constatazione che questa iniziativa di « Economia e Lavoro », che rappresenta un utile contributo al dibattito sempre aperto sulla « mutualità », si trova a coincidere con un momento eccezionale della nostra vita nazionale, momento che potremmo definire, in un certo senso, di « interludio politico ». Vale

a dire con un momento che nel giudizio generale viene considerato di transizione: momento di passaggio dalla prima fase di un esperimento governativo già concluso, ad una seconda fase, della quale si rimane in « attesa », che dovrebbe costituire nelle previsioni, una « ripresa » più caratterizzata della formula politica già posta in essere durante la passata legislatura.

Non dovremmo dolerci, a nostro avviso, per questa coincidenza. Perché il periodo di pausa di programmata volontà politica che contrassegna la nostra attuale situazione, può consentire, e dobbiamo augurarcelo, anche nel settore della « sicurezza sociale », di cui l'assistenza farmaceutica costituisce certo, nell'ambito della nostra Organizzazione mutualistica, una componente essenziale, una più attenta riflessione, insieme ad una più meditata valutazione di quello che si può fare e di quello che non si può fare. Soprattutto, in ordine alle numerose soluzioni di fondo che da più parti vengono suggerite e proposte, per superare le incontestabili difficoltà entro le quali si muove il meccanismo della mutualità, nel nostro Paese.

Affrontando per quanto ci concerne la materia mutualistica-farmaceutica, alla quale è interamente dedicato il presente numero di « Economia e Lavoro », non possiamo tralasciare dal ricordare e sottolineare, quale elemento di valutazione della « realtà » italiana con la quale occorre fare i conti, che la IV Legislatura si è chiusa nel vivo di un lungo dibattito sulla nostra situazione mutualistica. Dibattito appena attenuato in fase preelettorale, dalla misura di emergenza presa dal Governo con il noto decreto del 30 ottobre 1967. Con esso si è inteso risollevare le sorti finanziarie dei principali Istituti, messi a mal partito da un crescente disavanzo di bilancio non più comprimibile

con i mezzi ordinari. Abbiamo detto, e ripetiamo, misura di emergenza: quindi di carattere eccezionale, che, giustamente, è stata da qualcuno definita, un « pannicello caldo ».

Il dibattito mutualistico, ricordiamo ancora, ha raggiunto le vette di un'autentica ed aspra polemica politica, alla quale non sono rimasti estranei esponenti della compagine governativa.

Risalendo a ritroso nel tempo, si può rilevare che questa polemica — diciamo ad alto livello — ha avuto due momenti particolarmente significativi, durante i quali si sono rivelate chiaramente le divergenti impostazioni politiche esistenti nella stessa coalizione di centro sinistra. Il primo di questi momenti si può individuare nel « nulla di fatto » che ha caratterizzato i lavori della Commissione Tecnico-Interministeriale (Lavoro e Sanità) istituita il 10 luglio 1965 dall'allora Presidente del Consiglio On.le Moro, con il preciso compito di studiare i « problemi connessi con la organizzazione ed il controllo degli Enti Mutualistici », in rapporto alle direttive del Piano Quinquennale. La Commissione, dopo 14 riunioni, interruppe i suoi lavori con due Relazioni distinte, elaborate dai rappresentanti delle Amministrazioni della Sanità e del Lavoro. A quanto risulta la Commissione non è stata sciolta e di essa non si è saputo più nulla.

Il secondo « momento » si è avuto, a distanza di tempo più ravvicinato, con le conclusioni dei lavori di una altra importante Commissione: quella cui era stato affidato l'esame della « riforma sanitaria di base », da attuare in applicazione alle indicazioni programmatiche del Piano. Anche in questo caso, su un problema veramente sostanziale qual è quello della « riforma sanitaria », sono

stati elaborati due documenti diversi, « ciascuno dei quali ha interpretato il pensiero di una parte della Commissione ».

Abbiamo voluto citare due casi che, se possono essere considerati episodi, nella lunga e movimentata vicenda mutualistica e sanitaria del nostro Paese, acquistano un loro evidente significato, perché mettono in viva luce divergenze sostanziali di posizioni e di atteggiamenti a livello di responsabilità decisionali. Divergenze che proiettano le loro pesanti ombre su qualsiasi previsione si tenti di fare oggi nei confronti del futuro della nostra situazione mutualistica, sia a breve che a lungo termine. Divergenze che qui di proposito abbiamo voluto evidenziare perché esse saranno inevitabilmente presenti, quando, dopo la « attesa », si dovrà riprendere il cammino con una politica programmata e concordata, nella quale anche i provvedimenti e le misure che riguardano il campo mutualistico, al di là del contingente e del transitorio, dovranno trovare la loro legittima ed organica sistemazione.

Conclusa questa necessaria premessa, riassumeremo ora schematicamente qui di seguito osservazioni e considerazioni con le quali si cercherà di esprimere il punto di vista del settore produttivo farmaceutico — naturalmente per quella larga parte di esso che aderisce all'Assofarma — in merito ai temi trattati nella Relazione introduttiva, alla quale faremo diretto riferimento.

1. Appare chiaro al momento attuale che il documento orientativo per il settore economico della produzione farmaceutica, per quel che riguarda i suoi problemi e le prospettive che ad essi si ricollegano, è, e rimane, il Piano Quinquennale, divenuto Legge dello Stato.

Con ciò non si vuol dire che vengono accettate tutte le indicazioni programmatiche contenute nel Cap. VII del Piano, ai paragrafi 76, 77 e 78. Infatti, mentre consideriamo validi, in quanto corrispondono a nostre vecchie istanze, gli enunciati programmatici relativi alla « brevettabilità » ed alla « ricerca scientifica » — dobbiamo sottolineare che essi sono rimasti per ora solo enunciati e la passata Legislatura ha lasciato persino cadere il progetto governativo per la protezione brevettuale » — riconosciamo che alcune formulazioni, di natura piuttosto generica ed approssimativa, hanno creato uno stato di perplessità nelle categorie produttrici. Ci riferiamo in modo particolare alla formula « disciplina globale della produzione e della distribuzione del medicamento » che in attesa di capire bene che cosa contiene, dà adito a giustificate incertezze ed inquietudini nel nostro campo.

2. La necessità di una « riforma mutualistica » appare ovvia, ed essa è da tempo nelle aspettative di molti settori della pubblica opinione. Per quanto la « mutualità » abbia fatto nel nostro Paese un lungo percorso ed abbia raggiunto traguardi ai quali sarebbe ingiusto non riconoscere significato ed importanza di natura sociale, è anche vero che è giunto il momento di « coordinare » o di « rivedere » il sistema per renderlo più efficiente, più aderente alle esigenze sempre crescenti della società nazionale e fare in modo che gli obiettivi raggiunti, o da raggiungere, siano più « economicamente » aderenti all'enorme massa finanziaria di manovra messa a disposizione dei numerosi Istituti, tra i quali è attualmente frazionata la assistenza sanitaria e previdenziale.

Il problema che si pone oggi non è tanto quello della

scelta degli obiettivi ultimi sui quali attestarsi, quanto quello della scelta della strada da percorrere per raggiungerli, e quello dei « tempi » da assegnare alla lunga marcia che occorre comunque affrontare. Opinioni diverse e contrastanti sono state espresse a tutti i livelli in questi ultimi tempi, da ciò il dibattito talvolta molto aspro al quale abbiamo accennato più sopra. Dibattito che è destinato ad essere ripreso con gli stessi toni, quando si dovrà scendere sul terreno delle decisioni concrete.

Il Piano ha tracciato le sue direttive. Indicando come obiettivo finale « l'attuazione di un compiuto sistema di sicurezza sociale », per quanto riguarda il settore sanitario, esso ne ha individuato il principale strumento operativo, come è noto, nel « servizio sanitario nazionale ».

A nostro avviso, qualunque siano le scelte che verranno fatte, esse non potranno non tener conto di un elemento fondamentale: quello del « costo ». Qualsiasi avventata misura in questo campo che oltrepassi le possibilità del reddito nazionale italiano, si risolverà in un'arma pericolosa che, rompendo l'indispensabile equilibrio economico del Paese, si rivelerà inevitabilmente controproducente anche sul terreno sociale.

3. Diamo atto che un notevole sforzo è stato compiuto con la indagine svolta da G. Medusa. Riconosciamo altresì sostanzialmente esatta la diagnosi della situazione farmaceutica esistente in Italia, per quanto concerne la strutturazione industriale e la normativa che regola il processo produttivo del medicamento. Si possono considerare, però, già superati molti dei dati statistici presi come parametri indicativi. Ciò ha condotto ad apprezzamenti ed

a valutazioni che talvolta risultano sfasati e non piú rispondenti alla realtà della nostra situazione.

Per quanto concerne in modo particolare la « spesa farmaceutica » dell'INAM — Istituto preso logicamente come riferimento, in quanto esso non solo è il maggiore Ente mutualistico italiano, ma eroga in forma diretta le prestazioni farmaceutiche — sarebbe stato, a nostro avviso, quanto mai opportuno, scendere piú al concreto sul terreno della verità delle cifre citate, ricordando quanto i produttori ed i farmacisti versano a questo Ente per lo sconto del 17%, riconosciuto a suo favore, e a favore di altri Istituti, dalla legge n. 692 del 1955.

Basterà ricordare e sottolineare, a questo riguardo, che per il solo anno in corso 1968, l'INAM prevede di incassare circa 49 miliardi per tale sconto, miliardi che vanno a decurtazione della spesa farmaceutica, prevista per lo stesso anno, in poco piú di 291 miliardi. È noto che nel bilancio dell'Istituto questa piú che notevole massa di miliardi viene messa sotto la voce « proventi diversi e straordinari », mentre essa deve essere considerata, e va considerata, come una partita di entrata, non straordinaria, ma « ordinaria », che ha una notevole incidenza ai fini della valutazione della « effettiva » spesa farmaceutica che viene sopportata da questo Istituto. Ed il discorso vale anche per gli altri Enti, cui, a termine di legge, industriali e farmacisti hanno l'obbligo di versare lo sconto del 17% sul prezzo di vendita dei medicinali.

Ma, pure accettando le cifre della spesa farmaceutica mutualistica al « lordo » del citato sconto, non è esatto affermare che tale « spesa » tenda a diventare « il piú rilevante capitolo di spesa dei bilanci degli Enti Mutualistici ». È esatto il contrario. Anche tenendo conto della spe-

sa « lorda », riportata nei bilanci, è facile constatare come già da qualche anno, in testa alle « prestazioni sanitarie » si trovi la « spesa ospedaliera », che sopravanza quella « farmaceutica », sia in cifra assoluta sia come indice di incremento.

Tale argomento meriterebbe anche in questa sede una più larga trattazione, perché è solamente da una fotografica presentazione dei dati statistici a disposizione, che si possono trarre deduzioni non deformate.

Per concludere su questo punto, dobbiamo dire che non possiamo condividere l'opinione espressa che le « prestazioni farmaceutiche » possono essere inserite tra i « servizi sanitari meno qualificati ». Tale giudizio ci sembra in evidente contrasto non solo con le dimensioni finanziarie di tale tipo di prestazione — si può rilevare che queste « dimensioni » hanno aperto la strada a quel dibattito nel quale ha ritenuto giustamente opportuno di inserirsi « Economia e Lavoro » — ma anche con l'alto significato terapeutico di questa insostituibile prestazione sanitaria.

4. Altra constatazione che occorre ancora una volta mettere nella giusta evidenza. I problemi della « sicurezza sociale » in termini di assistenza sanitaria e più particolarmente in termini di « assistenza farmaceutica », non sono solo italiani, e non costituiscono una particolare manifestazione della situazione mutualistica del nostro Paese. Questi problemi vengono affrontati e dibattuti in Italia così come avviene in tutti gli altri Paesi. Si può dire, negli stessi termini, nei confini delle medesime preoccupazioni che essi suscitano e dei medesimi interrogativi che essi impongono. Naturalmente il confronto vale con quei Paesi che hanno un regime sociale eguale al nostro, nei quali la

libera iniziativa rappresenta ancora la protagonista della scena economica.

Se una differenza esiste, essa si può notare nel fatto che da noi il « problema farmaceutico » viene esasperato in virtù di una specie di « emotività sociale », la cui carica è determinata dalla estrema politicizzazione cui esso viene sottoposto. Altrove, questo problema viene considerato in termini di distaccata valutazione tecnica e nel contesto di una più pacata visione delle esigenze imposte dall'incessante progredire della società.

Siamo convinti che quando la « riforma ospedaliera » avrà trovato piena applicazione, soprattutto con la creazione di un'efficiente attrezzatura di « ricoveri », anche in Italia si guarderà al fenomeno della spesa farmaceutica, la cui espansione potrà essere allora ricondotta nell'ambito delle sue normali variabili fisiologiche, con minore drammaticità di quanto si faccia oggi. Comunque, certo, con un minore spirito critico ed aggressivo.

5. Senza andare più oltre con le nostre sommarie osservazioni e precisazioni, e decollando dal terreno notevolmente mosso dei « difetti strutturali del settore farmaceutico » e delle « disfunzioni e carenze » dell'assistenza farmaceutica, che, a quanto si legge nel saggio di G. Medusa, sono il « riflesso di distorsioni esistenti a monte » (vale a dire « nell'assetto tecnico-istituzionale del nostro sistema di protezione, nel nostro assetto economico-produttivo e nell'assetto giuridico-amministrativo più direttamente interessante l'attività produttiva ») cerchiamo ora di atterrare, senza guasti, sul campo dove siamo attesi con le cosiddette « linee di intervento ». Si vuol intendere con ciò, ovviamente, linee di « intervento pubblico ».

È chiaro che tutto il discorso, diciamo diagnostico ed illustrativo della Relazione, è fatto in funzione di questi « indirizzi di intervento », che vengono tradotti in alcune proposte che noi ci proponiamo di esaminare alla luce della nostra posizione e delle gravi responsabilità che noi ci riconosciamo, in quanto operatori economici del settore farmaceutico.

Vale la pena di osservare, a questo punto, che, considerando, come abbiamo fatto all'inizio di questa schematica elencazione, il Piano Quinquennale come il solo documento, sul quale sia possibile oggi, e, vorremmo aggiungere, realistico, impostare qualunque discorso in materia mutualistica-farmaceutica, e non trovando nessun accenno nel citato documento alle « linee di intervento », di cui molto concretamente si parla nella Relazione, potremmo chiudere qui il nostro intervento.

6. Ma al di là delle formulazioni programmatiche — che d'altra parte, occorre ammetterlo, si prestano per una certa loro ambiguità, ad interpretazioni diverse — noi siamo sempre pronti a riconoscere la validità di tutte le idee e di tutti i suggerimenti che possano dare un contributo di chiarimento e di approfondimento alla complessa e controversa materia mutualistica. Soprattutto per quel che riguarda, naturalmente, la sua componente farmaceutica.

Per cui non abbiamo nessuna difficoltà di entrare nel merito delle proposte, attraverso le quali vengono concretati gli « indirizzi di intervento », che costituiscono la parte caratterizzante della Relazione, proposte per le quali è stato particolarmente sollecitato il punto di vista del settore produttivo.

Affrontando questa parte del nostro intervento è evidente che chi scrive esprime e puntualizza la posizione dell'Associazione industriale che ha l'onore di presiedere.

7. Le tre ipotesi-proposte avanzate da Medusa vengono così riassunte:

a) la possibilità di identificare un gruppo di farmaci da considerare « essenziali », da ammettere alla libera prescrivibilità;

b) la possibilità di una manovra del cosiddetto « potere monopsonistico » degli Enti Mutualistici che conduca alla costituzione di una « agenzia » per l'acquisto e la distribuzione dei farmaci essenziali;

c) la possibilità di un intervento imprenditoriale pubblico a regime di concorrenza nel settore farmaceutico.

Cerchiamo di esprimere il nostro punto di vista, nel modo più chiaro possibile su questi tre problemi.

Ma prima ci corre obbligo di contestare esplicitamente l'affermazione fatta da G. Medusa, che attualmente, nel campo della produzione ci si trovi alla presenza di una situazione « di scarsa efficacia dell'azione dirigitica pubblica che riesce ad incidere solo marginalmente con gli strumenti in suo potere (« l'autorizzazione », « registrazione », « meccanismi di fissazione e revisione dei prezzi ») sulle politiche produttive e commerciali delle imprese operanti nel settore ».

Questa affermazione può essere solo consentita a coloro che ignorano, dall'interno, la vita delle Aziende farmaceutiche ed il meccanismo produttivo e commerciale che le caratterizza. Solo ad essi può sfuggire infatti l'importanza di quanto, nel momento attuale, nel nostro Paese,

il « potere pubblico », proprio con gli strumenti di intervento piú sopra citati, condizioni ed è in grado di condizionare in maniera massiccia, la « politica » delle imprese del nostro settore.

Non esiste nel nostro Paese nessun altro settore produttivo in cui l'« azione dirigistica pubblica » eserciti una piú stretta, continua e permanente vigilanza, vigilanza che si stende sull'intero arco della vita aziendale: dal momento della « autorizzazione » a produrre, al « controllo » del prodotto, sino alla « registrazione » del prodotto stesso che costituisce l'atto finale di una lunga e complessa serie di adempimenti. E la vigilanza non si arresta qui: essa segue le sorti del farmaco, anche dopo, nel suo incerto cammino, dalla distribuzione al consumo.

Dopo avere riaffermato, in aderenza alla realtà, il peso attuale dell'« intervento pubblico » nel nostro campo produttivo, consideriamo ora le tre proposte enucleate nella Relazione, a conclusione di un ampio esame della situazione farmaceutica italiana, condotta soprattutto in funzione del problema mutualistico e della riconosciuta necessità di affrontare ormai tale problema con radicali soluzioni. Proposte, lo si può aggiungere subito, che, nel loro complesso, mirano ad allargare in modo drastico le dimensioni del « pubblico intervento ». In modo tale, aggiungiamo, da sconvolgere l'intero sistema produttivo e distributivo che regola oggi il settore del medicinale.

Il problema dei « farmaci essenziali », non è certamente nuovo. Su di esso è aperto da molto tempo un largo ed elevato dibattito in tutti i Paesi in cui la produzione « specialistica » del medicinale ha raggiunto le piú prestigiose vette del progresso terapeutico.

In Italia, si deve constatare che tale problema è venuto alla ribalta, quando si è trovato inserito nella polemica nata ed alimentata dalla ben nota grave situazione finanziaria, determinatasi nella gestione dei più importanti Enti Mutualistici.

Sotto la spinta delle preoccupazioni generali provocate da questa situazione, si è guardato al delicato problema dei farmaci « essenziali », più come ad una misura di emergenza, atta a tamponare provvisoriamente le falle dei bilanci degli Enti, che come ad una questione che investe molti seri aspetti di qualificazione tecnica e scientifica, sui quali è estremamente difficile poter esprimere definitive convinzioni ed ottenere uniformità di consensi da parte di coloro che, a livello di docenza medica, possono avere voce decisiva in tale materia.

L'interrogativo al quale è stato sinora quasi impossibile dare una precisa risposta è questo: quali sono i medicinali che possono essere considerati veramente « essenziali » e quali debbono essere i « criteri », correttamente accettabili, con i quali giungere ad una così grave discriminazione nel campo terapeutico?

Riconosciamo che allo stato attuale delle cose il problema resta tuttora aperto.

Nello studio di G. Medusa, pur mettendo in larga evidenza le obiettive difficoltà che esistono per giungere ad una scelta, viene accolto il principio che alla formazione di un elenco di medicinali « essenziali » si possa e si debba giungere. Ma anche l'accoglimento di tale principio, viene presentato dal Medusa con molta cautela.

Non c'è dubbio che, considerato sotto il profilo delle esigenze finanziarie della Mutualità, un elenco di medicinali « essenziali », per i quali unicamente dovrebbe va-

lere la norma della totale gratuità, costituirebbe una misura idonea a mitigare il consumo dei medicinali, da parte degli assistiti.

Ma dobbiamo ricordare che allorchè il problema è affiorato, non molto tempo fa, in forma concreta nelle sedi ministeriali competenti, nel pieno della polemica mutualistica, esso ha urtato contro ostacoli e difficoltà che sono stati considerati tanto insormontabili da far accantonare anche qualche progetto che aveva già assunto una certa articolazione.

In quel momento, ed in quella occasione la rappresentanza industriale si dichiarò immediatamente disponibile per un approfondito esame di tutta la difficile materia, entro la quale il problema andava collocato. Le Delegazioni delle Associazioni industriali chiesero soltanto che la questione venisse affrontata e discussa nella più larga sede collegiale, con la partecipazione non solo delle tre Amministrazioni statali interessate, Lavoro, Sanità e Industria, ma di tutta le categorie del settore sanitario. A tale esame non poteva mancare, come non potrà mai mancare, ove in avvenire la questione dovesse essere portata ancora sul tappeto, il pensiero della classe medica, che, a nostro avviso, su questo terreno, non può non essere considerato determinante.

È chiaro che allora, come oggi, come domani, il problema dei farmaci « essenziali » deve richiamare su di sè, in sede decisionale, tutte, e apertamente, le responsabilità, che su di esso hanno il dovere, più che il diritto, di convergere.

Vogliamo sottolineare e concludere su questo argomento, affermando che il principio di una « discriminazione » dei medicinali, per la complessità e la diversità

degli elementi dei quali deve tener conto, e dai quali non può prescindere (si pensi per un momento alla applicazione di tale principio nel campo ancora aperto ed ancora tanto controverso della « medicina preventiva ») solo in linea marginale, può avere riferimento a quella « componente economica » alla quale il principio stesso verrebbe sottoposto, ove esso venisse accettato, sotto la perdurante e crescente pressione delle necessità finanziarie delle Mutue.

Alla ipotesi, considerata come attuabile, di un ristretto elenco di medicinali « essenziali », da usare come strumento limitativo e correttivo del consumo dei farmaci da parte degli assistiti, nella ricerca di G. Medusa vengono agganciate immediatamente ed in ordine di consequenzialità, al dichiarato scopo di esercitare un'« azione diretta ad incidere sui costi di produzione ». Le altre due proposte più sopra menzionate. Vale a dire la « costituzione di una Azienda per l'acquisto e la distribuzione dei « medicinali essenziali » e la « partecipazione di imprese pubbliche alla industria « farmaceutica secondo la formula italiana di successo ».

Abbiamo riportate le due ipotesi-proposte, così come esse sono state formulate.

Sia consentito che, a questo punto, venga inserita da parte nostra, da parte cioè degli operatori economici di tale industria, una ovvia osservazione.

Questa. Sino a quando le idee e i suggerimenti manifestati nel sagigo di Medusa, dopo avere sviscerata la situazione farmaceutica italiana in chiave mutualistica, si sono mantenuti nell'ambito che potremmo definire « tecnico » delle possibili soluzioni cui andare incontro — come nel caso della « discriminazione » dei farmaci — il discorso è

accettabile e comprensibile da parte nostra ed il dialogo possibile ed utile. Ma quando si passa a proporre la costituzione di un nuovo Ente, al quale affidare compiti e funzioni che sono oggi riconosciuti a tutti gli effetti al meccanismo produttivo e distributivo privato; quando, andando ancora oltre, si propone un intervento delle « imprese pubbliche » nel campo produttivo, il linguaggio cambia natura, perché tutto il discorso viene riportato su un terreno squisitamente politico.

Non per nulla, le proposte di cui sopra, riecheggiano sostanzialmente, idee e propositi programmatici diffusi durante l'ultima campagna elettorale.

Appare evidente che il punto di vista del settore produttivo privato è esplicitamente negativo sia verso l'una che verso l'altra proposta. È ovvio, d'altra parte, che coloro che hanno operato ed operano sulle barricate della libertà economica e si sono battuti e si battono, accettandone tutti i rischi, sotto l'insegna della iniziativa privata, non possono avere un diverso atteggiamento.

A nostro giudizio le due proposte rappresentano una dilatazione pericolosa dell'« intervento pubblico », che non solo non è previsto dal Piano Quinquennale, non solo è in contrasto con tutti gli impegni di Governo finora ufficialmente assunti, ma non corrisponde nemmeno ad uno stato di « necessità » della presente situazione italiana.

Ma al di là di questa nostra posizione di principio, non mancano certamente le argomentazioni concrete che rendono le due soluzioni proposte non adeguate agli obiettivi di fondo che vorrebbero raggiungere. Obiettivi che sono del resto già fissati nell'ambito di quel « compiuto sistema di sicurezza sociale », che costituisce, oggi, il traguardo finale della nostra programmazione.

Il problema degli « acquisti diretti » che si vorrebbe affidare al previsto Ente di nuova costituzione, è già previsto dalla Legge 692 del 1955, con la quale, in alternativa a tali « acquisti diretti », è stato previsto e fissato anche lo sconto che da quell'epoca produttori e farmacisti pagano alle Mutue. Tale problema è stato preso in esame, in varie occasioni, dall'Amministrazione del Lavoro, ma è stato sempre accantonato per una quantità di motivi, tra i quali non secondario, quello della antieconomicità del servizio di « distribuzione » che esso renderebbe inevitabile. L'accentramento dell'intera operazione « acquisto e distribuzione » in un unico Ente statale o parastatale che sia, si risolverebbe fatalmente nella creazione di un nuovo « mostro burocratico » il cui onere finanziario verrebbe a superare di gran lunga il possibile risparmio derivante dall'acquisto diretto dei medicinali.

Ripetiamo comunque che la questione è stata già portata in sede competente ed esaminata a livello di valutazione tecnica. Non sono mancati gli studi appropriati che hanno messo in evidenza la mancanza di un rilevante interesse economico nella attuazione di una iniziativa del genere.

È appena il caso di notare che la costituzione di questo Ente di gestione per l'acquisto e la distribuzione della enorme massa di medicinali, sia pure solamente « essenziali », consumata oggi dai 4/5 della popolazione italiana, domani dall'intera nostra collettività nazionale, pone una serie di altri delicatissimi problemi, non certo destinati a facilitare la strada verso quella riforma mutualistica, per la quale elemento caratterizzante dovrebbe essere, nelle previsioni e nelle attese, una concentrazione sia pure graduale degli Enti ed uno snellimento nell'intero meccanismo delle prestazioni.

Rimane infine la questione dell'inserimento delle « partecipazioni Statali » nel settore della produzione farmaceutica, secondo la così detta « formula italiana di successo », con la quale, come è noto, si vuole fare riferimento alla « formula IRI ».

A questa « possibilità », che viene posta nel saggio di G. Medusa, come proposta conclusiva del lungo discorso fatto sul rapporto mutue-assistenza farmaceutica, discorso portato sul filo di un ragionamento viziato lungo l'intero percorso da una ben chiara propensione ideologica, noi vogliamo porre da parte nostra una sola, semplice domanda.

Questa: esistono attualmente nella situazione farmaceutica del nostro Paese ragioni obiettivamente valide che rendano utile e necessario un intervento pubblico a « livello imprenditoriale » nel campo della produzione?

Questa è la domanda corretta che, a nostro avviso, si deve porre prima di arrivare a delle conclusioni che se possono essere legittime e rispettabili sul piano di una precisa impostazione politica del problema che si è affrontato, non trovano però corrispondenza nella solida realtà della nostra situazione industriale.

Per parte nostra, a prescindere dalle molte altre considerazioni critiche che potremmo elencare su questo « intervento imprenditoriale » dello Stato nel nostro campo produttivo — considerazioni per le quali purtroppo ci manca qui la necessaria disponibilità di spazio — siamo in grado di rispondere tranquillamente di no alla domanda da noi posta.

Neghiamo, perché senza fondamento, e perché in contrasto con la realtà dell'attuale stadio di sviluppo produttivo del nostro settore, quanto viene affermato nel Saggio

là dove si scrive che « dopo l'introduzione della brevettabilità tale intervento (statale) appare un elemento essenziale per garantire la capacità di costruzione di una industria farmaceutica italiana »!

Ci sia consentito di ricordare, e con ciò concludere anche questa nostra nota, che « una industria farmaceutica italiana » esiste già da tempo, che essa opera con coraggio, in tenace concorrenza con tutte le altre industrie straniere su quasi tutti i mercati del mondo e che essa è oggi quella che è, per solo merito della « capacità di costruzione » dimostrata dagli operatori economici privati che ad essa hanno dedicato ogni loro sforzo e tutte le loro energie, non solo economiche.

FULVIO BRACCO

Presidente Assofarma



La nascita del 1921 « Pasquino ».

un'industria da nazionalizzare

L'industria farmaceutica viene sempre più a trovarsi al centro di un'attenzione vivissima che la pone sotto accusa nei paesi industrializzati, talché istituzioni e studiosi che, fino a non molti anni fa, la consideravano una delle tante branche industriali e quantitativamente non delle più importanti sono tratti oggi ad occuparsene.

I motivi attuali di questa situazione sono da collegarsi principalmente al crescere e all'estendersi dell'assistenza sanitaria, a sua volta fondati sullo sviluppo dell'assistenza sociale in questo campo. Tale crescita va facendo del problema della spesa farmaceutica un nodo da sciogliere; e questo nodo non si scioglie ignorando la questione della struttura della produzione e della distribuzione dei farmaci.

Per stare all'esempio italiano, si può dire che il problema, presente da tempo, abbia assunto aspetto acutissimo solo nel momento in cui ha creato problemi di bilancio agli Istituti mutualistici e allo Stato col drammatico deficit dell'INAM e con il dato di una spesa farmaceutica mutualistica di 350 milioni annui in continua crescita complessiva. Si può dire, infatti, che in quel dato macroscopico è visibile per tutti lo sfruttamento operato sulla salute pubblica dalla struttura capitalistica della industria farmaceutica e delle strutture distributive, il che, in caso di assenza di una struttura assistenziale, non sarebbe stato rintracciabile se non dagli esperti statistici.

In verità, il dato di cui si parla non ha impressionato sotto questo aspetto i gestori e i tecnici degli Istituti; ma li ha impressionati per le difficoltà ch'esso creava ai loro

bilanci e per la sua tendenza a un'ulteriore crescita impetuosa. Di qui la ricerca affannosa di strade per uscire dalla difficile situazione e per salvarsi dagli effetti di tendenza futuri.

Va detto con chiarezza che questa ricerca ha dimostrato e dimostra negli organi responsabili degli Istituti e dello Stato il prevalere di un deteriore empirismo e l'incapacità di dare soluzioni che rispondano realmente all'interesse degli assistiti e della collettività nel suo insieme.

Quando, infatti, si sentono avanzare proposte assurde come quelle di far partecipare il lavoratore mutuato al pagamento dei medicinali, di distinguere i farmaci in « essenziali e non essenziali » o di risolvere tutto con l'istituzione del brevetto non si può che concludere che si procede a caso, senza minimamente approfondire i problemi reali dell'industria farmaceutica, nei suoi rapporti con il divenire sociale del mondo attuale, il tutto affrontando sulla scorta di luoghi comuni dell'economia volgare non aventi, comunque, alcuna possibilità di fondamento nel ramo di cui trattasi.

Se si guarda alla realtà, la prima constatazione che salta agli occhi di chi studia l'industria farmaceutica è che un « mercato » dei farmaci, nel senso normale che si deve dare alla parola « mercato », non è mai esistito.¹

¹ Per una più ampia trattazione di questo argomento mi permetto di ricordare lo scritto « *Alcuni problemi dell'industria farmaceutica* » pubblicato in G. B. ALDO TRESPIDI, « Realtà e Prospettive dell'industria chimica in Italia » editrice E.S.I. - Roma, 1967.

A conclusioni simili a quelle riportate nel testo sono giunti pure ARNALDO CHERUBINI: « *Le conclusioni dell'inchiesta parlamentare sulle concorrenze nel settore farmaceutico* » in I problemi della sicurezza sociale, n. 4 - 1967; e, più recentemente FRANCESCO FORTE: « *Le medicine tutte d'oro* » in L'Astrolabio, n. 37 del 22/9/68.

I medicinali sono evidentemente beni a domanda rigida. Non si cerca un medicinale se non ne esiste il bisogno; quando ne esiste il bisogno non se ne può fare a meno, perché dal suo consumo dipende il ripristino o la conservazione della nostra salute o della nostra vita. Il fatto che ci siano dei pazienti che, in un mercato « libero » delle medicine, non possano acquistare il farmaco di cui hanno bisogno per mancanza di denaro disponibile non sfiora il carattere di rigidità della domanda più di quanto il fatto che vi siano uomini costretti a morire di fame non muti il carattere rigido della domanda di cibo.

Ma, detto questo, il fatto rilevante per la domanda di medicinali è che essa è una domanda mediata e non diretta. Anche in una situazione dove non esista mutualità o servizio sanitario nazionale, la domanda di farmaci non è fatta da chi compra i medicinali per consumarli. La scelta della qualità e della quantità da comprare è sottratta fin dall'inizio, logicamente, al compratore e consumatore del prodotto. Il paziente acquista i farmaci che gli vengono ordinati dal medico. È l'insieme delle prescrizioni fatte dai medici che costituisce la cosiddetta « domanda di mercato » per l'industria farmaceutica.

Se questo fatto chiarissimo fosse stato minimamente presente a coloro che si sono permessi di avanzare proposte su di una partecipazione diretta degli attuali mutuati all'acquisto della medicina (dimenticando che sono poi i mutuati quelli che già ne pagano l'intero prezzo, sostenendo come lavoratori soprattutto e, quindi, per la loro parte come contribuenti, tutte le spese degli Istituti mutualistici), avrebbero dovuto comprendere, ove lo avessero voluto, l'assoluta vacuità e inutilità pratica della loro proposta stessa. La quale se *un'utilità* poteva avere, era la di-

fesa degli alti prezzi dei prodotti a vantaggio degli industriali.

Il carattere *mediato* della domanda di prodotti farmaceutici genera effetti ancora più ampi, che escludono del tutto ogni carattere di « economia di mercato » in questo ramo, quando, come avviene in tutti i paesi industrialmente progrediti, esistono le assicurazioni di malattia e i servizi sanitari pubblici.

In questo caso, che è ormai anche quello italiano,² il medico dice quante e quali medicine occorrono al paziente e chi le compra, a nome e per conto dell'assistito, è l'Istituto che provvede all'assistenza di malattia. Anche le eventuali valutazioni del medico (a parità di prodotto, scegliere il meno costoso) sulla medicina da acquistare, quando è il paziente che deve comprare, qui scompaiono ed è in linea di massima da ritenersi che la scelta del sanitario si orienti sulla medicina più efficace (o di cui egli è più sicuro), indipendentemente dal prezzo.³

Qualcuno potrebbe a prima vista ritenere che il fatto che il compratore è l'Istituto mutualistico o il Servizio Sanitario nazionale e che questo compratore tende a diventare l'unico sul mercato gli dia, con il carattere di mono-

² L'assistenza mutualistica assorbe già in Italia la larga maggioranza dei prodotti farmaceutici venduti. Inoltre, in prospettiva, il Piano di Sviluppo prevede l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

³ In tutto il nostro ragionamento abbiamo ritenuto essenziale riferirci a un comportamento del Corpo Medico rispondente alla sua funzione professionale. L'incidenza dei comportamenti anormali — quale possa essere giudicata la loro ampiezza — è da noi trascurata non già perché l'eliminazione di tali anomalie non interessi; ma perché i comportamenti anormali sono a nostro avviso effetto e non causa delle distorsioni e del negativo funzionamento della struttura attuale. Ciò pur ammettendo che, data la carenza strutturale, le anomalie che ne sono l'effetto ne acquiscono ulteriormente i risultati negativi.

psonista, la facoltà di premere efficacemente per prezzi più bassi di fronte all'industria privata.⁴

Ma questo non è, per il fatto molto semplice che la domanda dell'Istituto è una domanda rigida, in qualità e quantità, che è determinata dalle scelte del Corpo Medico e che non può, di conseguenza, essere contratta da chichessia allo scopo di influenzare il prezzo.

Davanti all'insieme dell'industria, perciò, la domanda è certa e ha tendenza fortemente crescente con lo sviluppo della scienza e del grado di assistenza sociale.

Ma vi è di più: questa domanda si determina, attraverso le scelte dei sanitari, in un ambito qualitativo che è quello stabilito dall'industria privata, attraverso i tipi di prodotti ch'essa rende disponibili. Perciò anche riguardo alla *qualità* dei farmaci, il rapporto fra la domanda e l'offerta dei prodotti per una reciproca influenza sui prezzi è di fatto inesistente.⁵

⁴ Una concezione del genere pare sia stata presente in chi ha proposto il sistema delle « aste », per cui le forniture dovrebbero essere offerte alla ditta o alle ditte che, in pubbliche aste, forniscono agli Istituti i medicinali ai prezzi più bassi.

⁵ « Tecnicamente, tale "domanda" è qualitativamente e quantitativamente determinata dalle scelte terapeutiche dei sanitari, in relazione alle affezioni morbose o alle esigenze preventive che si manifestano nella comunità... Tale "scelta", in generale, si opera, da parte dei medici, su di un'offerta qualitativamente definita dai tipi di prodotti disponibili sul mercato. Il medico, come richiedente la medicina per il suo paziente, non esercita influenza alcuna sulla modifica dei prodotti esistenti, i quali sono determinati dalle scelte dei fabbricanti... Con le sue "scelte" il medico può determinare un indirizzo per le successive disponibilità di medicinali, nel senso che le medicine preferite dalla maggioranza per determinate affezioni sono quelle più richieste e per le quali si può avere una scelta anche da parte dei produttori... In questo caso, la farmacopea verrebbe ad essere orientata dal medico sul terreno industriale, senza che, peraltro, si stabilisca alcun legame diretto tra la domanda di questo

In queste condizioni, che hanno un carattere obiettivo e legato alle peculiarità del ramo, l'Istituto mutualistico (e, domani, il Servizio Sanitario Nazionale) è assolutamente impotente a discutere la qualità e la quantità dei farmaci e non può premere sul prezzo, malgrado la sua posizione di monopsonista, perché la domanda è rigida: i prezzi non vi agiscono ed essa non può venir manovrata per agire sui prezzi. Da tale realtà deriva che: « ... l'industria farmaceutica, nelle cui mani sta oggi la produzione dei farmaci, la determinazione della loro qualità, la ricerca dei tipi di prodotto da smerciare, impone al « mercato » il tipo di domanda e condiziona in un certo senso anche le scelte terapeutiche. Deriva da questo anche la facoltà di determinare i livelli dei prezzi secondo le proprie esigenze di profitto, al di fuori di ogni diretto condizionamento della domanda di « mercato » sui prezzi. Il problema di tale condizionamento e la stessa lotta delle aziende per impedirlo si spostano sul terreno più tipicamente « politico ».

Questa particolare situazione dà luogo nel settore farmaceutico a una realtà strutturale di tipo anormale. Questo campo produttivo sembra il più adatto a garantire comunque alti livelli di profitto, ad assicurare il massimo sfruttamento monopolistico di ogni nuovo prodotto che viene da un produttore posto sul mercato, consentendo la creazione di posizioni monopolistiche sempre nuove anche indipendentemente dallo sviluppo tecnico scientifico della farmacopea ». ⁶

Anche in un'industria in cui le classiche intese di mo-

professionista e la ricerca di farmaci di migliore efficacia » (Cfr. TRESPIDI: *Alcuni problemi...* cit. pag. 117-118).

⁶ *Ibidem*, pag. 222-23.

nopolio o le posizioni di oligopolio fossero assenti, il potere dell'offerta nei confronti della domanda sarebbe pressoché assoluto e gli effetti competitivi si eserciterebbero in una gara « non sui prezzi » di prodotti simili; fatto, questo, nel quale ha la sua base l'abberrante aspetto della propaganda farmaceutica che colpisce i più e cui spesso si tende a dare carattere di « causa ». ⁷

Ma l'industria farmaceutica è ben lontana dall'offrire un quadro esente da posizioni monopolistiche o di oligopolio. L'esistenza in Italia di quella miriade di aziende (ancora oggi non lontane dal migliaio, 1076 nel 1963) che fanno gridare a molti che « bisogna porre ordine nel settore » e che sono argomento di forza nei fautori del brevetto, è semplicemente una dimostrazione del fatto che, lasciato alla iniziativa privata, questo ramo diventa un ricchissimo *pascolo abusivo*, nel quale tutti quelli che ne hanno la minima possibilità vanno a far pascolare la propria mandria, piccola o grande che sia.

E in questo pascolo abusivo, dove tutti possono mangiare senza timore di carestie, vi è però chi mangia quasi tutto quello che c'è e che, con intese più o meno tacite, determina prezzi e qualità delle medicine, tutto dominando dalla ricerca alla vendita.

Già nel 1965, su di un migliaio di industrie farmaceutiche, solo 125 avevano un capitale sociale di almeno 100 milioni (quota esigua, oggi, anche per questo tipo di industria) e la distribuzione di queste per classi di capitale era la seguente:

⁷ *Ibidem*, pag. 219, nota 3.

Classe di capitale	n. aziende	% sul totale
oltre i 10 miliardi	1	12.32%
fra 5 e 10 miliardi	2	13.88%
fra 1 e 4,9 miliardi	16	41.05%
fra 500 e 999 milioni	23	15.05%
fra 100 e 499 milioni	83	17.60%
	125	100.00%

Ossia, le aziende con capitale di almeno 1 miliardo sono solo 19 e totalizzano insieme il 67,28% del capitale impiegato dalle 125 aziende, che sono quelle definibili come industrie farmaceutiche vere e proprie.

La distribuzione di queste 125 per gruppi industriali è, poi, la seguente:

	n. società	cap. soc. in miliardi	% sul totale
Montecatini Edison (Farmitalia)	1	12.0	12.34
Lepetit	2	10.5	10.80
Carlo Erba	2	7.7	7.92
Ciba	1	4.7	4.85
Squibb	1	3.8	3.90
Sandoz	1	3.1	3.19
Pfizer	1	52.4	53.92
Altri	116	3.0	3.08
	125	97.2	100.00

Ossia, 7 gruppi, di cui 5 stranieri, controllano il 48,8% dell'intero capitale dell'insieme considerato e costituiscono, con poche altre aziende, le forze che realmente

guidano e dominano il settore dell'industria farmaceutica italiana.

Va, inoltre, rilevato che in questo settore è stato sempre fortemente presente il capitale straniero e che tale presenza è oggi diventata fortissima. Nel suo articolo su l'Astrolabio, Francesco Forte ne parla con queste espressioni: « ... nessun altro settore dell'economia italiana vede una presenza di investimento estero paragonabile a quello farmaceutico, dove delle dieci società più importanti del settore, ben sette sono straniere, e la quota del fatturato delle imprese a partecipazione estera sul fatturato delle prime quaranta imprese del settore risulta addirittura dello 87,8 per cento. I dati si riferiscono al 1965, ma da allora in poi vi è motivo di ritenere che la situazione non sia sostanzialmente mutata, salvo forse una ulteriore accentuazione del fatturato delle ditte con capitale straniero. Per giunta, a livello internazionale il settore è dominato da imprese monopolistiche, che sono quelle la cui condotta ha dato luogo agli abusi e alle critiche più acerbe da parte degli stessi organi di controllo sui monopoli degli USA. A completare il quadro, si deve aggiungere che fra tali imprese con vocazione monopolistica ve ne sono alcune la cui sede centrale è negli altri paesi del MEC: sicché, data la notoria scarsa energia che si è ora esplicata, a livello di MEC, nei riguardi di politiche monopolistiche (soprattutto quando provengano da partner forti come la Germania e la Francia), si può ben dire che abbiamo i monopoli farmaceutici internazionali sull'uscio di casa e — per quel che concerne oltre i tre quarti della nostra produzione — in casa ». ⁸

⁸ Cfr. FRANCESCO FORTE, cit. pag. 30.

Ora, questa crescente presenza di capitale straniero in Italia nel settore farmaceutico ha avuto, tra l'altro, il risultato di ridurre ulteriormente lo sviluppo della ricerca, pur limitatissimo, che si era fino a un certo momento avuto in alcune aziende, in quanto, la struttura principale dei gruppi stranieri essendo all'estero, i problemi della ricerca e della creazione di nuovi farmaci vengono colà risolti, dando solo alla nostra industria il compito di produrre le specialità della ditta per il mercato italiano.

Questo fatto aggrava in modo notevole le conseguenze della realtà peculiare alla produzione dei farmaci che abbiamo già rilevato, nonché l'assoluta impossibilità di un valido controllo dei prezzi. I limiti che si possono opporre ai prezzi farmaceutici possono nascere solo da potenti pressioni della collettività in sede politica. Del resto, se si controlla l'andamento delle serie storiche dei prezzi dei prodotti farmaceutici, si rileva come le diminuzioni verificatesi siano dipese da movimenti d'opinione pubblica sollevatisi contro gli alti prezzi.⁹

Ora, di fronte a tutte queste considerazioni, che parlano da sole contro il velleitarismo o l'assurdo di proposte già ricordate, vi è l'obiettivo cui deve tendere la società in materia sanitaria.

In termini concreti, questo obiettivo è dato da esigenze molto elementari: la salute del cittadino deve essere salvaguardata e migliorata; ogni cittadino colpito da malattia deve essere curato coi mezzi terapeutici più moderni esistenti in campo medico e farmaceutico.

⁹ Sul carattere monopolistico dell'industria e sugli effetti di quello che egli chiama « monopolio estero di offerta », vedi ancora, a conferma di quanto sostenuto nel testo, le considerazioni di FRANCESCO FORTE, *op. cit.* pag. 30 e 31.

Tale obiettivo è diventato non solo patrimonio comune della sensibilità umana, ma ha trovato sede nella stessa prospettiva di costituzione del Servizio Sanitario Nazionale fissata nel Piano di Sviluppo. E dal momento che si accettano la difesa e il miglioramento della salute umana come obiettivi sociali fondamentali, non vi è certo alcun dubbio che l'organizzazione sanitaria nazionale debba disporre di farmaci della migliore qualità possibile e ai prezzi più bassi possibili.

Se si affronta la questione su questa linea, si fa rapida giustizia di tutte le tendenze che fanno della tesi sulle « malattie iatrogene » o del « comparaggio », le *cause* dell'incremento della spesa farmaceutica. Nessuno vuole escludere che vi siano situazioni di abuso anche gravi, ma esse sono l'effetto e non già la causa delle distorsioni esistenti.

In verità, nella sostanza, l'aumento del consumo di prodotti farmaceutici è espressione dello sviluppo civile del Paese. La domanda di prodotti farmaceutici dipende certamente dallo stato della salute pubblica e, pertanto, dalla diffusione delle affezioni morbose. Ma questo dato già dominante — che, peraltro, richiama appunto la questione dell'efficienza dell'apparato sanitario e di quello igienico — va integrato da altri elementi che concorrono oggi potentemente allo sviluppo del consumo di medicinali. Essi sono la crescente conoscenza della esigenza della salute umana da parte della popolazione e il grado di sviluppo dell'assistenza sanitaria. Con l'avanzare della civiltà moderna nella sua accezione più valida, il « bisogno di curarsi » che è alla base del consumo di medicine, si sposta in avanti e dalla « medicina curativa » passa alla « medicina preventiva ». E c'è da notare che questo passaggio è appunto quello che apre la strada a un crescente controllo

sanitario dell'ambiente in cui vive e lavora la popolazione.

L'aumento dei consumi di prodotti farmaceutici è, pertanto, un fatto positivo ed è grottesco che ci siano proposte rivolte al suo freno.

Tutti i tentativi affacciati in questo senso, dalla assurda pretesa di far partecipare il lavoratore all'acquisto di medicinali fino al più recente tentativo di stabilire un nuovo prontuario INAM, continuando a dividere le medicine fra quelle da *passare*, quelle in cui il mutuato deve pagare una quota e quelle, infine, che dovrebbero essere pagate totalmente, sono una inaccettabile ricerca della via di minore resistenza che Governo ed Enti perseguono nella strana illusione che questa via sia facile trovarla sulle spalle dei lavoratori, dato che non esiste il coraggio di affrontare, con la realtà, i padroni dell'industria farmaceutica.

Per tutte le ragioni sopradette, il Sindacato della CGIL, che fin dal 1955 aveva affrontato, primo fra tutti in Italia, il problema dell'alto prezzo dei prodotti farmaceutici, ha fondato la sua analisi sulla realtà dell'industria farmaceutica e del suo carattere di fronte alle esigenze sociali attuali del problema sanitario, nel quadro delle prospettive future. Ed è sulla base di tali valutazioni che la FILCEP-CGIL e il Sindacato farmaceutici in essa federato (SILFC) hanno fino dal 1966 individuato nella nazionalizzazione dell'industria farmaceutica l'unica soluzione economicamente logica e socialmente rispondente.

A questa posizione, la FILCEP-CGIL non è giunta affatto per preferenze ideologiche, ma sulla scorta di valutazioni economiche come quelle richiamate sopra e dopo aver esaminato le soluzioni, anche impegnative, ma tuttavia parziali, che da più parti si sono avanzate.

Alcune di queste soluzioni richiedevano, peraltro, un

tale impegno politico che, se esplicito, poteva senz'altro rendere possibile anche la soluzione globale della nazionalizzazione. Fra quelle proposte vi erano: quella del « piano Giolitti », poi abbandonata nel « piano Pieraccini », secondo la quale si prospettava la nazionalizzazione delle branche di valore sociale dell'industria farmaceutica; quella del P.C.I., che prevedeva anch'essa una nazionalizzazione che escludesse però la fabbricazione di certi prodotti (galenici e altri); quella, avanzata da varie parti, per cui lo Stato dovrebbe assumere la decisione circa i farmaci da produrre, dando poi ad imprese private l'appalto per realizzarli, mediante gare di selezione; e, infine, quella di fare entrare lo Stato con una forte iniziativa industriale nel ramo farmaceutico.¹⁰

Secondo l'analisi che la FILCEP fece di queste e di altre soluzioni, essa si è convinta che nessuna di esse poteva avere valore risolutivo per tutti i problemi che si pongono oggi per l'industria farmaceutica. Non possibile, infatti, una distinzione tra farmaci di valore sociale o non, in quanto, nel quadro di un'efficiente difesa della salute pubblica, *ogni farmaco ha valore sociale*; così come è difficilissimo pensare ad aziende farmaceutiche attuali, siano piccole o grandi, che non producano specialità. Nel caso, poi, che lo Stato si assumesse il compito di decidere i farmaci da produrre, prendendo su di sé, logicamente, tutta la spesa della ricerca di base e applicata, l'appalto alle ditte private riporterebbe in ballo quasi tutte le distorsioni esistenti, magari sostituendo con delle nuove qualcuna delle attuali. E, infine, non ci pare risolutiva neppure l'ipotesi

¹⁰ Su questa proposta ritorna il prof. FORTE (cfr. cit. pag. 32).

di un intervento competitivo dello Stato nell'industria così come è oggi e le ragioni sono ampiamente espresse nella risoluzione FILCEP che viene pubblicata sotto. A questo riguardo, le stesse ragioni che recentemente Francesco Forte ha voluto portare a vantaggio di questa tesi ci sembra non modifichino la validità delle nostre valutazioni e che, in sostanza, militino, semmai più a favore di una completa nazionalizzazione che di un intervento competitivo dello Stato.

Sulla scorta di questa analisi vennero fuori le decisioni di Rimini, che vale la pena di riportare qui di seguito nei tratti essenziali. Diceva, la risoluzione del Congresso di Rimini (febbraio 1966): « Nell'industria farmaceutica, l'intervento dello Stato, finora manifestatosi, ma in termini meramente formali, solo sul piano del controllo della qualità e della formazione dei prezzi, non ha avuto efficacia alcuna nel garantire alla popolazione farmaci di sicuro potere terapeutico, a basso prezzo. Né è pensabile che un suo perfezionamento (così come il « piano » indica), possa mutare la situazione, la quale ha radici nella distorta struttura produttiva e distributiva. Ma anche un intervento integrativo dello Stato nella produzione, con una sua industria farmaceutica non riuscirebbe a esercitare condizionamenti efficienti senza contare che, nelle condizioni presenti, si dovrebbero non solo costruire dal nulla nuove attrezzature materiali, formare i quadri e le maestranze necessarie per tale attività, ma anche lontana risulterebbe la capacità di competizione con i grandi gruppi — in particolare con quelli stranieri — e, quindi, di ogni politica calmieratrice... » Dopo aver rilevato che un tale intervento non risulterebbe di per sé molto efficace nel settore farmaceutico « dove una miriade di piccole e picco-

lissime aziende... spesso mancanti dei necessari requisiti igienici, oltreché tecnici, coesistono con le poche grandi aziende che spadroneggiano sul mercato solo a causa dell'attuale assurda struttura (assenza di controlli pubblici, irrilevanza del prezzo come fattore concorrenziale, « promozione » pubblicitaria del prodotto, posizioni di rendita assicurate dal semplice ingresso negli elenchi dei medicinali prescrivibili ».

« Stando così le cose — continua il documento FIL-CEP — bisogna esaminare se l'unica soluzione valida non sia invece quella di un intervento statale globale, e cioè *la nazionalizzazione dell'industria dei farmaci come componente organica e necessaria della Riforma Sanitaria*.

Solo affidando ad un Ente statale il compito di produrre *tutti* i farmaci necessari al Paese e la esclusiva del commercio con l'estero in questo settore, è possibile, infatti, risanare in modo graduale l'attuale struttura industriale, avendo di mira la massima utilizzazione di tutte le capacità tecniche e professionali esistenti, ad ogni livello, e garantendo così i livelli di occupazione in atto.

La ricerca scientifica potrebbe, inoltre, essere potenziata — più precisamente: impiantata — con la creazione di un Istituto collegato a tutti i centri di ricerca (Università, ospedali, lo stesso Ente produttore, ecc.), realizzando un unico coordinamento tra ricerca teorica, sperimentale e applicata, tra terapia e profilassi, in ogni ambiente sociale e in particolare negli ambienti di lavoro.

In questo quadro potrà altresì essere ampiamente utilizzato il patrimonio di capacità professionali esistenti, sia dei ricercatori già impiegati nella produzione, sia di buona parte di quei tecnici e laureati che sono oggi adibiti a un avvilente lavoro di propaganda.

Infine, con la nazionalizzazione verrebbe a cadere il falso problema della *brevettabilità*; perché l'Ente sarebbe il detentore di ogni formula o procedimento e, quindi, in grado di garantire la più alta valorizzazione e tangibili riconoscimenti ai ricercatori. E sul terreno internazionale lo Stato italiano potrebbe sostenere la generale abolizione — dietro accordi di reciprocità e di compensazione a livello statale — dei diritti di brevettabilità nel campo dei farmaci, in modo da consentire in ogni Paese la produzione di qualsiasi farmaco, dovunque sia ritrovato.

I lavoratori del settore — concludeva la risoluzione — devono quindi assumere fin da oggi un ruolo di protagonisti non secondari nella ristrutturazione e creazione di un'industria farmaceutica al servizio del Paese, ponendo a base e a prospettiva della loro stessa azione rivendicativa il superamento dell'attuale situazione, negativa anche sul terreno produttivo, ch'essi vivono nelle aziende ».

Le linee di questo documento, che sono state portate avanti nelle varie sedi dalla FILCEP e dal Sindacato Farmaceutici ad essa aderente,¹¹ non hanno ricevuto né smentite, né superamenti da quanto si è verificato in questi due anni e mezzo. Anzi, la realtà ha confermato pienamente la validità dell'ipotesi di soluzione che il Sindacato della CGIL aveva avanzato.

Il problema si è venuto ingigantendo: le storture dell'assetto produttivo e distributivo hanno portato al pet-

¹¹ Ricordiamo in particolare l'intervento della Segretaria Responsabile del SILFC-FILCEP, BARBARA PEPITONI al Convegno del CENSIS, tenuto il 27 e 28 giugno 1966 a Roma sul tema « *Ricerca sanitaria e farmaceutica in Italia e disegno di legge sulla brevettabilità farmaceutica* » e la relazione presentata dal Segretario Generale della FILCEP al Convegno di Reggio Emilia.

tine della realtà tutti i loro nodi, mentre l'industria è andata sempre più verso una struttura che ha aggravato la situazione, sia per il livello dei prezzi, sia per il controllo pubblico nella qualità dei farmaci e, soprattutto, per quanto riguarda la ricerca, cui l'intervento estero è venuto a troncargli praticamente buona parte di ogni possibile sviluppo. Le cose sono venute aggravandosi fino al punto di imporre allo Stato la sanatoria di enormi disavanzi dell'INAM a vantaggio delle società industriali che dominano il settore.

In questi ultimi tempi, la questione dell'industria farmaceutica ha investito a fondo anche altri paesi industrializzati. Negli stessi USA gli altri prezzi dei prodotti farmaceutici hanno fatto mettere sotto inchiesta l'industria. La tendenza della collettività a difendersi ha riproposto anche fuori d'Italia l'esigenza della nazionalizzazione; l'ha riproposta in Svezia, dove il problema sembra ormai decisamente posto; l'ha riproposta anche in Inghilterra, dove la Commissione Parlamentare incaricata di esaminare la situazione, pur escludendo la nazionalizzazione e avanzando l'ipotesi dell'intervento statale in senso competitivo, l'ha tuttavia minacciata come rimedio estremo se l'industria non « farà il suo dovere » verso la Società.

Più cose ci rendono perciò convinti della validità di una linea che trova certo fortissimi ostacoli, ma che la FILCEP è decisa a portare avanti. Ed è in questo spirito che il Sindacato della CGIL ha ribadito fermamente la sua posizione, precisando che è giunto ormai il tempo di passare all'azione, nella sua Conferenza Nazionale sulle Industrie Chimiche e la Programmazione, tenuta a Roma il 7 e 8 giugno di quest'anno. In tale Conferenza, dopo aver richiamato brevemente le considerazioni qui ampia-

mente svolte, si è affermato che: « L'unica via logica e realmente risolutiva è quella di affidare allo Stato la produzione dei farmaci e, naturalmente, la ricerca relativa. Ossia, in termini correnti, l'industria farmaceutica deve essere nazionalizzata. L'esame da noi fatto ci dice che questo è possibile e recherebbe, se ben attuato, al risanamento di tutte le storture che oggi esistono nel problema dei medicinali, dalla ricerca, al controllo, ai prezzi e alla cosiddetta "promozione delle vendite", fino alla recente trovata del "brevetto", che ci trova nettamente contrari. Nel riaffermare la nostra posizione, per la quale intendiamo lottare concretamente, dobbiamo anche dire che respingiamo in modo netto tutti i tentativi di risolvere il problema dell'aumento delle spese farmaceutiche sulle spalle dei lavoratori e della loro assistenza. Tutti i medicinali riconosciuti dalla farmacopea devono essere forniti gratuitamente ai lavoratori e devono essere quelli più adatti e di qualità ineccepibile ». ¹²

A questa linea dava in quella sede pieno appoggio la CGIL. L'on. Vittorio Foa, Segretario della CGIL, si esprimeva al riguardo con le seguenti parole: « Io sono molto d'accordo con le tesi relative alla nazionalizzazione dell'industria farmaceutica. Di fronte a una domanda che è sempre più pubblica o solo pubblica oppure mediata da enti pubblici, è chiaro che la gestione privata della produzione è un assurdo, è uno sperpero netto e un puro alimento a una struttura parassitaria. Essa va eliminata non soltanto per le economie dirette che si realizzano, ma an-

¹² Vedi Atti della Conferenza Nazionale sulle Industrie Chimiche e la Programmazione, Roma 7, 8 giugno 1968 - pag. 18.

che per le economie indirette, eliminando una serie di incentivazioni allo spreco che la caratteristica della industria privata consente. E' questo un problema... su cui bisognerà che a livello confederale assumiamo degli impegni precisi ». ¹³

Precisiamo altresí che ogni volta che ha definito le sue linee di politica per il problema dei medicinali, la FILCEP ha altresí dichiarato di essere disposta a discutere tutte le altre posizioni, per ricercare un indirizzo che comunque si muova verso le esigenze poste dalla realtà attuale e dalla prospettiva del Servizio Sanitario Nazionale. L'unica condizione che la FILCEP pone è data dalla inammissibilità di quelle posizioni che vogliono spingere indietro l'attuale livello di sicurezza sociale raggiunto.

E la FILCEP è convinta che quello che l'economia e le esigenze sociali indicano come logico è anche possibile ed è possibile oggi, purché si sviluppi un movimento animato dalla necessaria volontà politica che sempre si richiede per la rimozione di potenti interessi privati. Solo, infatti, interessi privati di gruppi ristretti e potenti si oppongono qui a un'operazione che potrebbe essere realizzata con grande beneficio di tutto il Paese, con un positivo sviluppo della occupazione e delle possibilità professionali dei lavoratori del ramo e con la creazione di un rapporto finora mai esistito fra Corpo Medico e ricerca farmaceutica, il quale darebbe alla ricerca teorica e applicata di tutta la scienza sanitaria una libertà e un impulso di amplissime proporzioni.

¹³ *Ibidem*, pag. 57.

Con la loro posizione, i lavoratori chimici e farmaceutici della CGIL dichiarano con sempre maggior forza che sono decisi a battersi per superare il muro creato da quegli interessi e indicano a tutta la collettività italiana l'obiettivo che bisogna riuscire a realizzare: la nazionalizzazione dell'industria farmaceutica.

G. B. ALDO TRESPIDI

Segretario generale della FILCEP-CGIL

necessità di interventi organici

La dimensione della spesa farmaceutica rapportata al costo totale delle prestazioni sanitarie degli Enti Mutualistici tende ad aumentare. Questa considerazione non può lasciare indifferenti le organizzazioni sindacali dei lavoratori non solo per le responsabilità che esse hanno in seno ai vari Istituti preposti alla assistenza sanitaria ma, soprattutto, se si considerano questi rappresentanti di mutuatisti che sono anche prestatori d'opera.

Il problema presenta dunque per il movimento operaio un duplice aspetto: il primo concerne i riflessi che l'espandersi della spesa farmaceutica ha sul miglioramento, delle prestazioni degli Enti, il secondo le conseguenze che tale espansione, insieme ad altri fenomeni simili, può provocare sugli stessi salari a seguito della scarsa produttività degli oneri contributivi.

Le cifre sono impressionanti: nel 1967 la spesa farmaceutica dei ventuno Enti Assistenziali è stata di ben 375 miliardi circa, contro i 327 circa del 1966. I 375 miliardi rappresentano il 30% circa del totale delle spese per prestazioni sanitarie dei suddetti enti. Solo l'INAM è passato, tra il 1966 e il 1967, da 263 miliardi a 303 miliardi circa. Sempre per l'INAM, la spesa farmaceutica, per mutuatisti, negli ultimi anni è stata la seguente:

1963 = L. 7.046	1966 = L. 10.164
1964 = L. 7.553	1967 = L. 11.362
1965 = L. 8.867	

Quali le ragioni di tale fenomeno? A nostro parere esistono motivi obiettivi ed altri che non lo sono. Tra i primi è certamente da includere l'affermarsi nel nostro Paese di una più ampia coscienza sanitaria, determinata anche dall'espandersi quantitativo e qualitativo dell'intervento mutualistico. Forse in Italia non siamo giunti ancora, in questo campo, ad una condizione di equilibrio e certamente dobbiamo considerare scontato, almeno per qualche tempo, il permanere di una spinta al maggior consumo farmaceutico per un simile fattore di squilibrio.

Coesistono, però, altri motivi che rendono necessario un intervento della collettività (Stato, Enti Mutualistici, Sindacati, ecc.) in maniera efficace. Questi sono l'incitamento al consumo realizzato con forme pubblicitarie palesi o meno, la registrazione di farmaci a più alto costo, il mancato funzionamento degli organi pubblici preposti al controllo dei prezzi dei prodotti, il formarsi di monopoli nella produzione di prodotti di base, la mancata approvazione della legge sulla brevettabilità, la « ricetta facile » da parte dei medici, la antiquata struttura distributiva ed infine la scarsa responsabilizzazione dei lavoratori nell'ambito della mutualità.

Da questa situazione, che mette in luce un settore bisognoso di interventi urgenti e radicali, capaci di renderlo rispondente alle esigenze di una società moderna ed alla generalizzazione dell'intervento sanitario pubblico, hanno potuto e saputo approfittarne l'industria farmaceutica del nostro Paese ed i gruppi finanziari stranieri.

Infatti la produzione farmaceutica italiana si è notevolmente estesa. Ecco i dati:

Fatturato industriale rapportato al prezzo al pubblico
(esclusi i dietetici ed i lattici)

Anno	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967
Miliardi	343	375	421	484	523	562	625	624

Da notare che le 78 ditte italiane a capitale straniero hanno avuto, nel 1967, un fatturato industriale di 365 miliardi, pari al 54% del fatturato totale nazionale. Queste stesse ditte hanno assorbito circa il 60% delle spese INAM per l'assistenza farmaceutica.

Un quadro, come quello sopra delineato, pone problemi complessi che investono la ricerca nel settore scientifico, le norme per la brevettabilità dei farmaci, la condizione tecnica ed economica in cui si svolge la fabbricazione dei prodotti, il modo in cui vengono a determinarsi i prezzi di vendita, le strozzature che si creano nella distribuzione, le realtà psicologiche e sociali che influenzano i comportamenti dei consumatori.

★

L'insufficiente ricerca scientifica nel settore farmaceutico risulta in modo chiaro dai dati relativi alla spesa sostenuta dall'industria nel 1963 (6916 milioni di lire), pari al 2% del fatturato dello stesso anno — percentuale irrisoria nei confronti di quella della Germania Federale (10%), Francia (5%), Gran Bretagna (6%), Stati Uniti (9%). Indiscutibilmente concorre a determinare questo scarso impegno nella ricerca, la massima presenza nel settore del capitale straniero.

Tale stato di cose comporta una scarsa competitività

delle nostre industrie in campo internazionale e la insufficiente formazione di quadri tecnici specializzati che rappresentano il patrimonio più cospicuo ed indispensabile per lo sviluppo ed il progresso di una industria moderna.

Uno sforzo in questo campo è indispensabile per incentivare una attività associativa settoriale ed intersettoriale ed aziendale, attraverso contratti di ricerca, la politica dei brevetti, la concessione di agevolazioni ed incentivi tratti dal Fondo per lo Sviluppo Economico e Sociale, tenuto conto anche delle norme Comunitarie sulla materia.

Non può però essere assente nella ricerca farmaceutica una iniziativa pubblica, se si vuole evitare l'attuale indirizzo prevalente nel settore privato che tende a sviluppare l'attività di ricerca verso quei farmaci che possono garantire maggiori prospettive economiche e, quindi, non sempre legata ai bisogni prioritari della collettività.



Da vari anni, la manipolazione galemica viene effettuata nelle farmacie con carattere di marginalità, e la produzione dei medicinali ha dato vita ad una industria con una propria individualità, distinta dalla industria chimica. D'altra parte il ritmo veloce con il quale si succedono le scoperte ed il necessario adeguamento al progresso scientifico mondiale, creano l'esigenza di tutelare i risultati della ricerca scientifica e le stesse iniziative industriali capaci di mettere a punto l'intero ciclo, dal prelievo dei campioni allo studio dei micro-organismi, dalla separazione e dalla concentrazione del principio attivo fino alla realizzazione del prodotto.

Anche in Italia si è ormai fatta strada la convinzione che occorre superare la *fase passiva della riproduzione* di

prodotti altrui per sviluppare una attività inventiva originale sul piano internazionale, in un clima di competitività e di reciprocità. L'adozione del brevetto, previsto dal Piano Quinquennale, diventa quindi una necessità anche in considerazione degli impegni presi dal nostro Paese in sede C.E.E. D'altronde siamo gli unici membri della Comunità a non avere stabilito la brevettabilità che è prevista anche in gran parte delle Nazioni dell'Occidente oltre che in Russia ed in Jugoslavia.

Tenendo conto delle obiezioni che possono essere fatte al « regime di brevetto » è possibile affermare che se è vero che la mancanza di tutela brevettuale consentirebbe, in astratto, di copiare liberamente e gratuitamente prodotti stranieri, la conseguenza sarebbe però sempre quella di produrre prodotti di qualità inferiore e limitare ogni impegno nella ricerca.

La nuova legge sui brevetti dovrà inoltre essere articolata in modo da non permettere situazioni di monopolio, prevedendo la concessione di licenze obbligatorie che consentano anche le modifiche e la produzione del prodotto principale ed il brevetto differenziato per il medicinale e per il procedimento di fabbricazione. La durata del brevetto non dovrebbe superare i 5 anni.



Nella determinazione del prezzo al pubblico, effettuata dal Ministero della Sanità, assume notevole incidenza, in caso di primo prezzo, il costo della materia prima, il più delle volte incontrollabile quando si tratta di nuovi prodotti di sintesi. Dette sintesi, in molti casi, possono configurarsi come modesti miglioramenti di sostanze note, al solo scopo di elevare il prezzo della materia prima. Nel nostro Paese

la produzione di materia prima è molto limitata e le iniziative avutesi nel dopo guerra sono andate, via via, perdendo importanza per la concorrenza straniera. Oggi alcune industrie producono solo per il proprio fabbisogno, ma incidono solo marginalmente sul consumo che è stato, nel 1967, pari a circa 90 miliardi.

Una iniziativa pubblica, in questo campo, attraverso una azienda a partecipazione statale, è non solo concepibile, ma necessaria se vogliamo partecipare competitivamente allo sviluppo del settore e realizzare per tale via, una opera di calmiera e di guida dei prezzi di prodotti farmaceutici. Scartata l'ipotesi di una nazionalizzazione dell'industria dei farmaci, resta valida invece la previsione di un intervento diretto della collettività attraverso la produzione dei prodotti base.

★

La convinzione, molto diffusa, che causa della espansione della spesa farmaceutica sia la molteplicità dei prodotti e delle aziende è quanto mai errata.

Infatti il grosso della spesa INAM è concentrato in circa 5.000 prodotti, sui 17.000 inseriti nel prontuario terapeutico. Questi prodotti hanno tutti costi oltre le lire 800 ed esattamente

da L. 801 a 900	n. 1.101
da L. 901 a 1.000	n. 856
da L. 1.001 a 1.200	n. 948
da L. 1.201 a 1.500	n. 948
da L. 1.501 a 2.000	n. 697
oltre 2.001	n. 617
Totale	5.167 prodotti

Analoga considerazione vale per le aziende (dati 1967):

n.	10 ditte hanno assorbito il 25% della spesa INAM
n.	33 ditte hanno assorbito il 50% della spesa INAM
n.	48 ditte hanno assorbito il 60% della spesa INAM
n.	71 ditte hanno assorbito il 70% della spesa INAM
n.	115 ditte hanno assorbito il 80% della spesa INAM
n.	193 ditte hanno assorbito il 90% della spesa INAM

Nello stesso anno le ditte che hanno venduto prodotti a mutuati INAM sono state 1.278.

Quanto sopra sta a dimostrare, a nostro parere, che il problema non è quello della proliferazione dei prodotti, né quello dell'accrescersi del numero delle aziende, ma la ragione della espansione della spesa farmaceutica è da ricercarsi, assieme al maggior consumo, nell'alto prezzo dei prodotti. E ciò dipende da precise responsabilità del potere pubblico che non ha messo in movimento lo strumento fondamentale di una politica dello Stato in questo campo. I ritardi, le insufficienze, e le contraddizioni del C.I.P. sono ormai a conoscenza di tutti e lo stesso piano quinquennale al paragrafo 78 del capitolo VII — sicurezza sociale — afferma testualmente: « *si dovrà procedere ad una generale revisione dei prezzi e delle autorizzazioni dei farmaci esistenti sul mercato* ».

Si tratta di una precisa indicazione che è al tempo stesso una denuncia delle cose non fatte. Purtroppo c'è da dire che la situazione a tutt'oggi non sembra cambiare. Malgrado lo studio di una Commissione, presieduta dal Prof. Tagliacarne, nessun intervento si è verificato, creandosi così l'anacronismo di interventi autonomi dell'INAM in sede di Prontuario terapeutico o assurde trattative tra

Enti mutualistici e ditte farmaceutiche per sconti globali sul fatturato.

Le ragioni della richiesta delle organizzazioni sindacali per un efficace funzionamento del CIP sono chiare. Ogni intervento INAM per la fissazione di quote di spesa inferiori al prezzo ufficiale significa la determinazione di oneri a carico dell'assistito al quale viene prescritto il medicinale; quindi, in pratica, o il rifiuto da parte del lavoratore del medicinale o l'esborso di altro denaro oltre quello già versato attraverso la contribuzione di legge.

Legittima, quindi, la nostra richiesta di concretizzare al più presto quei provvedimenti a breve termine che la legge di Piano prevede per la riduzione dei prezzi e delle spese mutualistiche per farmaci.

★

Il costo di distribuzione incide sul prodotto farmaceutico per circa un terzo. Su un prezzo al pubblico di L. 100, si hanno le seguenti detrazioni:

L. 5,20	I.G.E.
L. 6,95	ricavo grossista
L. 23,60	ricavo farmacia
L. 35,75	totale costo distribuzione

Il farmacista versa poi agli Enti mutualistici uno sconto del 5% sull'importo delle vendite effettuate agli assistiti.

È chiaro che una politica di intervento per la riduzione delle spese degli Enti per prodotti farmaceutici può passare anche per una diversa organizzazione della rete distri-

butiva. Esperienze in tal senso sono state fatte, non solo attraverso le farmacie comunali e quelle ospedaliere ma anche direttamente dall'INAM con la gestione di propri conti di vendita nelle province di Trieste, Trento e Bolzano. L'esito è stato positivo sul piano economico, avendo permesso, i risultati positivi della gestione farmaceutica, di coprire il saldo passivo della gestione mutualistica nelle stesse zone.

Recentemente però è stato contestato all'INAM, in base alle disposizioni sull'esercizio delle farmacie, il mantenimento del monopolio di vendita dei prodotti ai propri mutuati e quasi certamente anche nelle tre province le cose cambieranno.

Ecco quindi il problema di fondo: è possibile giungere ad un diverso ordinamento delle farmacie, sapendo che una gestione diretta da parte della mutualità significa oggi la sparizione della attuale struttura commerciale in questo campo?

Al di fuori di questa strada non vediamo quale altro tipo di intervento sia possibile nella fase distributiva. La proposta ventilata circa l'approvvigionamento diretto da parte degli Enti, a parte le considerazioni sul rapporto con le farmacie, ci lascia perplessi. Ciò in quanto è impossibile accertare o prevedere in anticipo i bisogni farmaceutici, non solo quantitativamente, ma soprattutto qualitativamente e per zone.

Restando l'ordinamento vigente, non vediamo come si potrebbe esercitare più ampiamente la capacità contrattuale degli Enti verso le case farmaceutiche, dalla quale si è già ottenuto uno sconto del 12% sul prezzo al pubblico. Non bisogna dimenticare che gli Enti, a differenza degli ospedali, non controllano il consumo del farmaco che è

soggetto alla richiesta di ogni singolo mutuato ed alla prescrizione di ogni singolo medico. L'Istituto mutualistico in questo campo ha solo la funzione di erogatore di fondi.



I comportamenti individuali e collettivi che determinano l'attuale « boom » nel consumo dei farmaci sono quanto mai vari. Numerose sono le sollecitazioni psicologiche ed economiche che distorcono il normale andamento dei consumi stessi.

Tra questa è, indiscutibilmente, il tipo di propaganda effettuata verso i medici e che rappresenta una delle spese più forti delle case farmaceutiche. Nel nostro Paese è stata regolata la pubblicità dei prodotti medicinali per radio, televisione, sui quotidiani e periodici, attraverso una preventiva autorizzazione ministeriale, ma è pienamente libera la propaganda effettuata mediante comunicazioni dirette ai sanitari o inserite in pubblicazioni a carattere scientifico. Ne consegue una azione di informazione incontrollata che, talvolta, si dimostra insufficiente o, addirittura, pericolosa.

Che il problema esista, e non solo nel nostro Paese, è dimostrato dal fatto che l'assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, riunitasi a Ginevra per i lavori della sua 40^a sessione, ha presentato un rapporto sui problemi della pubblicità dei farmaci e dalla elaborazione da parte della Commissione esecutiva CEE di una direttiva, la V, per altro non ancora approvata dal Consiglio dei Ministri della Comunità, per una regolamentazione della pubblicità che abbia lo scopo:

— di evitare che il fatto pubblicitario susciti suggestioni inidonee e pericolose;

— di eliminare il processo di autoterapia sovente connesso al fatto pubblicitario.

Altro incentivo al consumo è certamente l'attuale prevalente sistema dei compensi ai medici mutualistici. Il cosiddetto « sistema a notula » che stabilisce una cifra per ogni ricettazione, comprendente anche la prescrizione del medicamento, determina il proliferare delle ricette e quindi della spesa farmaceutica. Solo la introduzione del « sistema della quota capitaria », chiamata anche « forfettizzazione », può eliminare l'incentivo insito nell'attuale prevalente metodo.

La difficoltà di affrontare le cause dell'espansione della spesa farmaceutica hanno spinto molti studiosi ad elaborare tesi, peraltro quanto mai interessanti, sul modo più efficace per colpire invece delle cause, direttamente i consumi. Queste tesi sono essenzialmente due:

1. la divisione dei farmaci in essenziali e non (quindi un loro diverso grado di gratuità);
2. la imposizione di un contributo (fisso o in percentuale) a carico del mutuato per ogni prescrizione.

Noi pensiamo che una organizzazione sindacale debba affrontare la discussione su questi due temi senza remore ed in modo obiettivo.

Nella pubblicazione « Problemi economici e normativi della assistenza farmaceutica in Italia » edito dal CENSIS si cerca di dividere i farmaci in:

- preparati ad azione terapeutica sufficientemente specifica;
- preparati ad azione specifica non nettamente caratterizzabili.

Crediamo di poter dire che i farmaci del secondo gruppo, per i quali dovrebbe essere previsto il pagamento diretto del mutuato, anche se non hanno una azione caratterizzabile, ciascuno di essi ha indicazioni proprie fondamentali e complementari, etiopatogeniche e sintomatiche che li rendono non escludibili dalle prescrizioni mutualistiche, a meno di contravvenire allo spirito liberalizzatore della « piccola riforma » ed alla esigenza terapeutica di un intervento globale per la efficienza fisica del lavoratore.

Ma questa discriminazione, così come quella derivante dalla introduzione del tiket o della percentuale a carico del lavoratore prescinde dal fatto che lo stesso lavoratore è il contribuente fondamentale dell'attuale sistema mutualistico e che egli paga, con minori acquisizioni salariali, l'onere dei contributi versati agli Enti preposti all'assistenza malattia.

Ma al di là di questa constatazione ed inserendo le proposte in esame nel contesto della situazione economica e sociale del nostro Paese si possono fare alcune considerazioni:

a) Per esprimere una validità rispetto ai fini che si ripropongono, l'esclusione dalle prestazioni mutualistiche di determinati farmaci o la introduzione di un contributo per ogni prescrizione, dovrebbero avere una sensibile consistenza.

b) Questi provvedimenti avrebbero certamente delle conseguenze apprezzabili sul comportamento dei mutuatati a basso reddito, ma scarsa influenza su quelli a reddito più elevato.

c) Verrebbe ad essere introdotto, nel nostro Paese, ove il reddito individuale varia notevolmente da categoria

a categoria e da zona a zona, una vera e propria differenziazione nell'accesso alle prestazioni sanitarie. Si opererebbe una discriminazione a favore di chi guadagni di più, contro quelli che guadagnano di meno.

d) Si verrebbe a determinare l'assurdo fenomeno di creare a chi ha il diritto alla prestazione sanitaria oneri progressivamente maggiori, quanto maggiore è la gravità dell'evento patologico che deve essere curato.

È chiaro, a nostro parere, che interventi che tendono a colpire la dinamica dei consumi farmaceutici nelle conseguenze e non nelle cause sono in contrasto non solo con i principi di un moderno sistema di sicurezza sociale, ma anche di un equo sistema mutualistico. *Comunque l'opposizione delle organizzazioni dei lavoratori a provvedimenti di questo genere sarà dura e decisa, soprattutto in un sistema che non è ancora il Servizio Sanitario Nazionale finanziato da tutti i cittadini, ma un ordinamento mutuo-previdenziale sorretto da contributi dei lavoratori.*



Il nostro discorso, necessariamente limitato, può concludersi in questa sede con l'espressione di una esigenza di fondo. Quella cioè di una modificazione generale del sistema, attraverso il quale si determinano i costi e la spesa farmaceutica nel nostro Paese. Per fare ciò è però necessario intervenire non su uno degli aspetti del problema, ma in modo organico su tutti gli elementi che concorrono a determinare il fenomeno. Intervenire sul momento della ricerca senza intervenire sulla fabbricazione del prodotto, sui medici e non sulla distribuzione significa, probabilmente, non ottenere risultati concreti.

In modo particolare riteniamo debbano essere affrontati i modi di una partecipazione diretta dei lavoratori alla politica mutualistica ai vari livelli. *Occorre capovolgere l'attuale stato di cose che vede il lavoratore oggetto della politica sanitaria e determinare strumenti di responsabilizzazione. È questa la sola via per ottenere comportamenti dell'assistito più rispondenti alle esigenze collettive ed evitare eventuali sprechi ed abusi.*

I modi di partecipare alla attività sanitaria non è solo un problema posto dalla struttura mutualistica, ma resterà all'ordine del giorno anche nel momento in cui funzionerà il Servizio Sanitario Nazionale.

Un problema quindi che merita l'impegno di tutti.

RUGGERO RAVENNA

Segretario confederale UIL

la C.I.S.L. sul problema dei farmaci

Il complesso problema dell'eccessiva espansione dei consumi farmaceutici e, più in generale di alcuni « consumi » sanitari (visite, degenze ospedaliere eccetera) non può essere risolto, a parere della CISL, con l'adozione di misure di freno o di blocco.

Sono troppo noti i risultati negativi ottenuti in altri Paesi con misure del genere (quale ad esempio la partecipazione alle spese da parte degli assicurati) perché si possano assumere anche in Italia tali iniziative.

Occorrerà pertanto agire in altre direzioni tenendo presente globalmente la situazione e tutti i fenomeni che incidono nel sempre più rapido innalzamento della spesa farmaceutica.

Senza alcun dubbio un primo risultato positivo sarebbe raggiunto dalla razionalizzazione della struttura sanitaria, argomento che non si reputa di dover approfondire in questa occasione per le molte implicazioni che dovrebbero essere richiamate. Resta tuttavia una premessa di fondo sulla quale si dovranno concentrare i maggiori sforzi di riforma dei prossimi anni da parte di tutti: pubblico potere, sindacati, operatori economici.

Un secondo ambito di intervento è costituito da tutte quelle iniziative destinate a « contenere » e a comprimere il costo dei medicinali. Si può far capo al primo atto del processo e cioè la fase produttiva per stabilire che, scartata la linea della nazionalizzazione dell'industria farma-

ceutica, perché negativa, resta aperta, quale alternativa, l'intervento dell'iniziativa pubblica con proprie imprese nella produzione. Ciò non sarebbe altro che la estensione di una formula già felicemente sperimentata in altri settori industriali.

Si creerebbe così un regime di concorrenza che avrà riflessi positivi sui costi di produzione. Accanto a questo primo provvedimento va collocata l'introduzione della brevettabilità dei farmaci quale elemento di spinta alla ricerca e di selezione delle iniziative che meritano tutela e incoraggiamento per la loro serietà. Finirebbero così di esistere tutte quelle imprese parassitarie che oggi sfruttano senza giustificazione una evidente carenza legislativa.

Nel merito esiste un disegno di legge governativo che, perfezionato in alcuni aspetti particolari, può rappresentare una soluzione adeguata da realizzare con rapidità.

Un atto successivo investe la fase distributiva. È questa una delle vicende più distorte che caratterizza in tutti gli ambiti la situazione italiana. Ogni passaggio implica aumento di costi. E i passaggi sono diversi, ulteriormente appesantiti e gravati da connessioni ingiustificabilmente sopportate, quali l'aggiotaggio, che vanno eliminate. Nel merito non possono esistere obiezioni. Non vi è dubbio infatti che ci troviamo, per i medicinali, nell'ambito di un servizio di interesse generale e pertanto si faccia ogni sforzo per comprimerne i costi. Pertanto occorre perseguire l'eliminazione massima dei passaggi e di tutti i costi aggiuntivi quali la pubblicità con annessi e connessi che ben conosciamo. Organizzativamente può essere adottata la formula dell'unica azienda grossista distributrice o addirittura la commessa diretta, specie per ciò che riguarda gli enti mutualistici.

Altre innovazioni possono essere apportate nel campo delle confezioni sia per ciò che riguarda la qualità e quindi il costo delle stesse, sia per ciò che concerne le quantità (dosi). Iniziative in tale senso già prospettate in sede ministeriale vanno riprese e portate avanti con decisione.

Ciò consente di definire una serie di altri problemi che riguardano gli interventi di politica legislativa ed economica. Sinteticamente li citeremo senza approfondirli nel merito. Si tratta di definire la nozione di medicamento, razionalizzare i controlli qualitativi (i cosiddetti interventi autoritativi), concentrare nel Ministero della sanità tutti i poteri, compreso quello relativo ai prezzi oggi affidati al CIP.

Resta il grosso discorso relativo agli abusi. Si è già detta la contrarietà della CISL ad iniziative di freno e di blocco che si ripercuoterebbero sui lavoratori come ulteriore spesa per una già costosa assistenza sanitaria.

Rientrano in tale ambito l'erogazione dell'assistenza farmaceutica in forma indiretta, l'esclusione del piccolo rischio (malattie lievi), l'introduzione di un contributo per medicinale o per prestazione medico generica.

In questo ambito occorre realizzare innanzitutto una dimensione nuova, educativa, nel rapporto assicurato-medico-ente. In definitiva occorre credere di più nelle soluzioni costruttive e meno in quelle punitive che vanno adottate solo come *extrema ratio*.

Al di là di questo non può essere intravista che una soluzione da adottarsi da parte degli enti previdenziali e cioè di una limitazione dei prodotti — non così ristretta da diventare capestro — in modo da consentire un'assistenza valida e decorosa che elimini tuttavia gli sprechi. Una

base valida per fare ciò è il prontuario INAM sul quale già si stanno elaborando le prime modifiche.

Questi sono, in ovvia e rapida sintesi, le opinioni della CISL sul problema dei farmaci il cui consumo, va pure detto, si incrementa non solo e non tanto a causa degli abusi ma anche per un favorevole, indispensabile sviluppo di una maggiore coscienza sanitaria da parte di strati sempre più larghi di lavoratori.

BRUNO BERTONA

dell'Ufficio Affari sociali della CISL



Contro la III guerra.



La rivoltella « Fascista ».



osservatorio

TERZO MONDO

*Rivista trimestrale di studi, ricerche e documentazioni
sui paesi afro-asiatici e latino-americani*

diretta da UMBERTO MELOTTI

SOMMARIO DEL N. 2 - ANNO I - OTTOBRE-DICEMBRE 1968

*Tattica e strategia rivoluzionaria in America Latina, intervista con
DOMINGO AMUCHÀSTEGUI, responsabile organizzativo dell'OSPAAAL*

CONVEGNO SUL RAZZISMO

CORRADO CORGHI: *Razzismo e processo di
liberazione dei popoli.*

UMBERTO MELOTTI: *Razzismo ed etnocen-
trismo nella cultura italiana di oggi.*

MARIO MICCINESI: *Razzismo, disimpegno
e letteratura di contestazione.*

LUIGI RODELLI: *Etnocentrismo culturale e
razzismo nella scuola italiana.*

DOCUMENTI

*La nuova Dichiarazione dell'UNESCO sul-
la razza e i privilegi razziali.*

RASSEGNE

ROSALBA TERRANOVA: *Gli studi transcultu-
rali.*

CONDENSATI

FRANCO FERRAROTTI: *Il mito dello svi-
luppo.*

JEAN CHESNEAUX: *Per chi lavorano gli an-
tropologi?*

LETTERE - NOTIZIE - ATTIVITÀ

Direzione e Amministrazione: via G. B. Morgagni 39, 20129 Milano - Abbonamenti:
ordinario L. 3500; sostenitore L. 10.000; un numero L. 900 - Conto Corrente Po-
stale n. 3/56111, intestato a « Terzo Mondo ».

MONDO OPERAIO

SOMMARIO DEL N. 10 - OTTOBRE 1968

GAETANO ARFÈ: *Il nostro Congresso.*

DI FRONTE AL CONGRESSO

PIETRO NENNI: *Appello al Partito.*

GIACOMO MANCINI: *Politica di piano ed adesione delle masse.*

Mozione "Autonomia Socialista".

ANTONIO GIOLITTI: *Le ragioni di "Impegno Socialista".*

Mozione "Impegno Socialista".

MARIO TANASSI: *Per una effettiva unità del Partito.*

Mozione "Rinnovamento socialista".

FRANCESCO DE MARTINO: *Per una chiara scelta politica.*

Mozione "Riscossa e Unità socialista".

RICCARDO LOMBARDI: *Per una politica alternativa.*

Mozione "Sinistra socialista".

OPINIONI EUROPEE

La distensione dopo Praga.

GIANCARLO SCODITTI: *La decolonizzazione dell'Est.*

STEFANO MONAFÒ: *Quel che costa Praga all'URSS.*

EZIO UNFER: *A chi fa paura la distensione?*

INSERTO (*Aspetti della cultura cecoslovacca*).

Introduzione.

ANGELO M. RIPELLINO: *Le luci della città. Jakobson e la scuola di Praga.*

EMILIO GARRONI: *Problemi del linguaggio poetico.*

JNDRICH HONZL: *La figura dell'attore.*

RODOLFO WILCOCH: *Un modello di teatro per un modello di società.*

Direttore Responsabile: ALDO QUAGLIO

Direzione e Redazione: 00186 Roma, Via del Corso 476, tel. 67.78 - Abbonamenti: sostenitore L. 5000, nnuo L. 2000, semestrale L. 1000, estero L. 4000, una copia L. 200.

LO SPETTATORE INTERNAZIONALE

Rivista bimestrale dell'Istituto Affari Internazionali

Direttore: ALTIERO SPINELLI - Redattore Capo: MASSIMO BONANNI

I NOSTRI TEMPI:

La scienza politica e le strutture decisionali nell'era atomica - Il problema della democrazia e delle istituzioni politiche nei paesi industrializzati e in quelli in via di sviluppo - Il declino delle ideologie, i nuovi valori e le nuove esigenze.

L'equilibrio internazionale, le tensioni, i conflitti e le possibili soluzioni - La

tecnologia militare, gli armamenti ed il loro controllo - Il problema dei nazionalismi e della sovranazionalità, dei piccoli stati e dell'interdipendenza.

L'economia del benessere, il commercio internazionale e lo sviluppo economico dei paesi emergenti - I problemi della ricerca scientifica, della cooperazione internazionale e del divario tecnologico.

Direzione, Redazione, Amministrazione: Viale Mazzini 88, 00195 Roma, Tel.: 315.892, 354.456 - Abbonamento annuo per l'Italia L. 2.500 - A richiesta si invia un numero saggio. « Lo Spettatore Internazionale » pubblica anche un'edizione inglese di periodicità trimestrale.

È in edicola il n. 37 di

ADESSO

Informazioni e commenti di politica ed economia

IN QUESTO NUMERO

Inserito di 48 pagine: *Il Piano Economico in Campania.*

Intervista: *Le preoccupazioni di La Malfa sul momento politico.*

Dibattito: *Il perché delle concentrazioni.*

C'è un conflitto tra grandi magazzini e piccoli commercianti? Risponde ANDREOTTI.

Articoli, commenti e inchieste sui maggiori temi d'attualità.

ADESSO è in edicola il 1° di ogni mese - L. 200

Abbonatevi a ADESSO: Per un anno L. 2.200 da versare sul c/c postale n. 1/18551 intestato a Società Editoriale Nuove Cronache Italiane - Roma.

CRITICA SOCIALE

SOMMARIO DEL N. 22 - 20 NOVEMBRE 1968

Come « uno principe può ruinare l'opera sua ».

— *Lotta per il potere.*

— *... o incapacità dei dirigenti?*

L'85° di Luigi Antonini.

DINO COFRANCESCO - FRANCO PASINI: *Solidarietà per Giovine e Panichi.*

CARLO ARNAUDI: *Riflessioni su alcuni temi della riforma universitaria.*

RICCARDO BAUER: *« Contestazione globale » e democrazia.*

ALDO FORBICE: *L'unità sindacale al convegno socialista.*

FRANCA OTTINO: *Il partito nella fabbrica.*

GIULIA GENTILI FILIPPETTI: *Ancora qualche parola sulla « Humanae vitae ».*

BRUNO RIZZI: *Rimbert e il neocapitalismo*

FERDINANDO VEGAS: *Gli Stati Uniti dopo la vittoria di Nixon.*

PIERRE RIMBERT: *Lo smarrimento della sinistra francese.*

VALERIO AGOSTINONE: *I sindacati dei lavoratori per il rilancio della Comunità Europea. La Federazione socialista del Belgio per gli emigrati italiani.*

CERULO SPINELLI: *La tragedia degli Ibo.*

RODOLFO REVENTLOW: *Cecoslovacchia: cinquant'anni di storia.*

ADALBERTO NASCIMBENE: *I problemi della produzione zootecnica.*

Lettere al direttore (U. A. GRIMALDI; R. REVENTLOW).

Milano, Foro Buonaparte 24, Telefono 80.63.19 - Conto corrente postale n. 3/8225 - Abb. annuo: Italia L. 3.000; Estero L. 5.500.

AIR FRANCE



Una nuova linea Cargo di AIR FRANCE

Una nuova linea cargo di Air France, in Boeing « Pellicano », Parigi-Gibuti-Tananarive, è già in funzione con frequenza settimanale e gestita insieme alla Compagnia Air Madagascar.

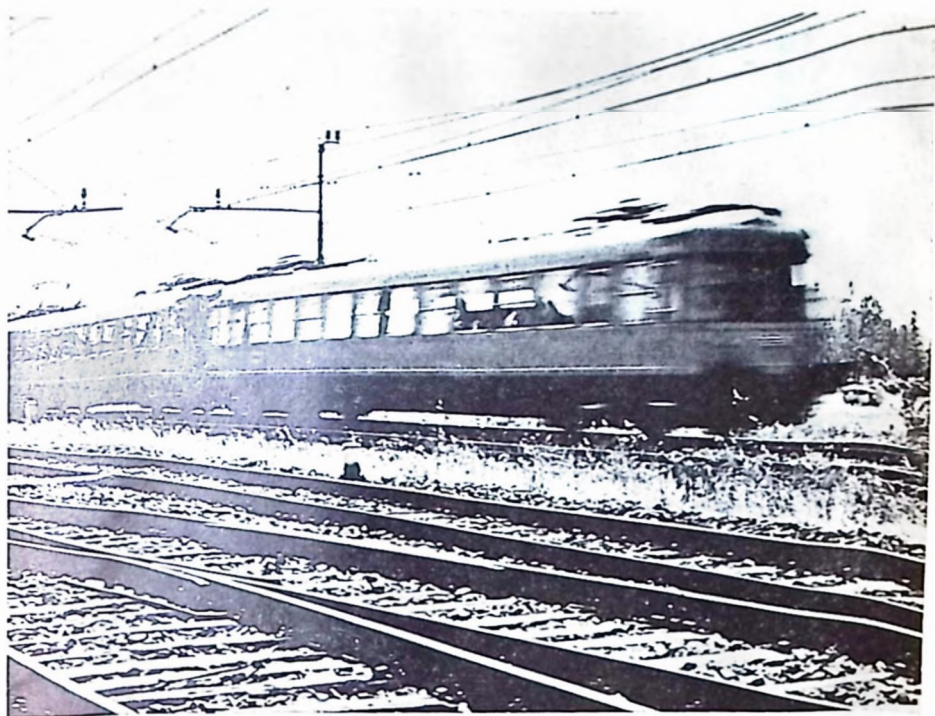
Questo nuovo servizio, in partenza da Parigi ogni lunedì e ritorno il martedì, offre numerose possibilità a tutti gli operatori italiani, oltre che per le comode corrispondenze in partenza ed in arrivo da Roma e da Milano, anche per i prolungamenti che vengono assicurati per l'isola della Reunione e l'Isola Maurizio.

Il traffico attuale fra i Paesi Europei e le Isole dell'Oceano Indiano si sviluppa in maniera sempre più intensa e la creazione di questo nuovo servizio « Pellicano » consentirà di triplicare le attuali capacità di trasporto sia quantitativamente che per il volume delle merci, grazie alle larghe dimensioni delle attrezzature d'imbarco offerte da questo tipo di aereo, per le merci ingombranti.

Nuova linea AIR FRANCE Parigi - Bruxelles

Dal 1° novembre p.v. Air France inizierà un nuovo collegamento Parigi-Bruxelles, con 12 servizi settimanali tutti in Caravelle. Il nuovo servizio avrà frequenza bigiornera ad eccezione del sabato e della domenica.

I Caravelle che effettueranno questo nuovo collegamento saranno tutti allestiti in classe economica; Air France potrà così offrire 2.256 posti settimanali ai suoi passeggeri fra Parigi e Bruxelles. Il nuovo servizio con la capitale belga è il secondo che si inserisce nella rete di Air France che già da 4 anni collega Bruxelles a Nizza, sempre in Caravelle, quattro volte la settimana in inverno e quotidianamente nei periodi di punta.



La elettromotrice Ale 601 corre a 250 Km/h, durante la corsa-prova sulla linea Roma-Formia.

Forse mai come nel 1968 si è avuta la precisa sensazione di quanto si è mosso in Italia nel settore dei trasporti ferroviari.

Il processo al quale si è dato l'avvio da qualche anno sembra aver ora preso un abbrivio capace di accelerazione graduale, continua ed inarrestabile. In altre parole, il consuntivo del 1968 contiene in sé il seme del futuro più prossimo e di quello più a lungo termine.

Nel campo della velocità, ad esempio. Operare in questo settore costituisce un imperativo dettato dai tempi che volgono, ed al quale tutti obbediscono, e non sempre con saggezza. Per le ferrovie la saggezza è d'obbligo, talché ogni passo e ogni discorso delle Ferrovie dello Stato sul tema dell'incremento delle velocità è rigorosamente condizionato dall'avanzata parallela sul fronte della sicurezza.

Questo è il motivo per il quale il recente exploit dei 250 orari realizzati sulla Roma-Formia è stato effettuato solo quando si è potuto presentare contemporaneamente una serie di novità radicali, tali da rendere l'intero, globale concetto di ciò che oggi può e deve essere una

linea ferroviaria. Ne sono condizioni e caratteristiche non solo il perfetto stato dell'armamento, ma anche l'applicazione di efficienti sistemi di blocco automatico, la ripetizione dei segnali della via sul cruscotto del macchinista, il controllo automatico della velocità, la frenatura automatica, l'installazione del telefono terra-treno, quest'ultimo in funzione della regolarità di marcia prima ancora che dell'ulteriore margine di comfort da porre a disposizione del pubblico.

Tutte queste condizioni risultano oggi esaurientemente e positivamente collaudate e perciò sono state passate all'applicazione definitiva.

Sintetizzare in poche righe ciò che l'Azienda ferroviaria pensa di poter realizzare domani non è facile. Tuttavia, basterà forse dire che lo strumento che essa pensa di poter porre a disposizione della collettività si presenta con caratteristiche più elevate e a costi minori.

Una migliore qualità dei servizi comporta anche una più alta potenzialità, cioè una maggiore capacità di trasporto che si conta di raggiungere non solo potenziando il parco rotabili, ma utilizzandolo meglio. Si applicheranno – ad esempio – agli impianti fissi e alle nuove carrozze, certi moderni sistemi che consentono tanto una più intensa utilizzazione quanto maggiori velocità, anche su linee a semplice binario ed a tracciato tortuoso. Sarà così possibile offrire servizi di prim'ordine anche su relazioni che talvolta si sono credute – a torto – dimenticate.

Per quanto riguarda le grandi linee – come ad esempio la grande dorsale Milano-Roma-Sicilia, sulla quale gravita circa il 30% del traffico dell'intera Rete – è viva l'aspirazione ad adeguare in tutto al ruolo che esse rivestono nell'economia generale del Paese, al cui servizio si devono intendere.

Il progettato quadruplicamento della Roma-Firenze con conseguente rettifica del tracciato rientra in questo quadro e si inserisce in una globalità di visione nella quale rientra, ad esempio, anche la costruzione delle due super navi traghetto per la Sicilia, che saranno varate nel '69.

Insomma, tutte le maggiori opere in cui le F.S. sono impegnate – grandi lavori di raddoppio sulla costiera sud-tirrenica, nella riviera ligure, sulla litoranea adriatica, progressiva automazione di molte operazioni agli scali più impegnati, rinnovamento imponente del parco carrozze e carri, ecc. – hanno in comune lo scopo di migliorare il servizio, tanto nel settore dei viaggiatori quanto in quello delle merci.

Il progresso tecnico è anche condizione per un graduale ma sicuro miglioramento della situazione economica dell'Azienda: perché l'ammmodernamento dei metodi di esercizio, le più estese applicazioni della cibernetica e dell'automazione, una organica e razionale utilizzazione del Personale consentono di realizzare anche una consistente riduzione dei costi.

Si tratta di traguardi ambiziosi davvero impegnativi, ma possibili.



*Direzione
Centrale
in Milano*



CASSA DI RISPARMIO DELLE PROVINCE LOMBARDE

DAL 1823 A PRESIDIO DEL LAVORO E
DELL'ECONOMIA DELLA REGIONE • 362
DIPENDENZE • TUTTE LE OPERAZIONI
ED I SERVIZI DI BANCA

ALL FOR ONE



Sono iniziati i lavori per il nuovo stabilimento Alfa Romeo di Pomigliano d'Arco: una tappa importante per lo sviluppo del Mezzogiorno.
L'Alfa Romeo Alfa Sud produrrà 300.000 vetture all'anno.

CASSA DI RISPARMIO DI TORINO

Fondata nel 1827

Sede Centrale: Torino - Via XX Settembre, n. 31

*182 Dipendenze in Piemonte
e nella Valle d'Aosta*



Tutte le operazioni ed i servizi di banca
alle migliori condizioni



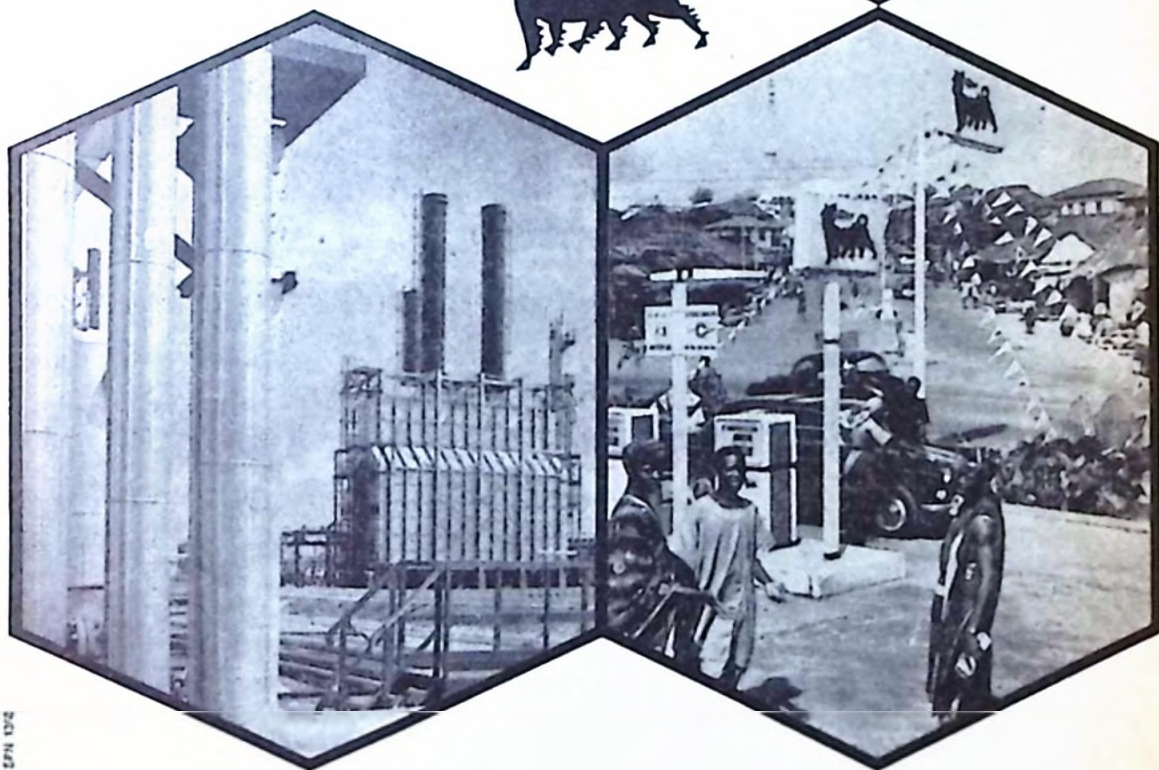
Banca Agente per il Commercio
dei cambi e delle valute

AGIP: POTENZA E QUALITA'

Ricerca di petrolio: scoppio sismico nel deserto libico

Raffineria di Mohammedia (Marocco)

Stazione di servizio AGIP a Ibadan, (Nigeria)



BANCO DI SICILIA

Istituto di credito di diritto
pubblico

Presidenza
e Amministrazione Centrale
in Palermo

Ufficio di Rappresentanza
in Roma

Patrimonio L. 19.723.225.116

Sedi in:

AGRIGENTO, ANCONA,
BOLOGNA, CALTAGIRONE,
CALTANISSETTA, CATANIA,
ENNA, FIRENZE, GENOVA,
MESSINA, MILANO, PALERMO,
RAGUSA, ROMA, SIRACUSA
TERMINI IMERESE, TORINO,
TRAPANI, TRIESTE, VENEZIA

247 SUCCURSALI ED AGENZIE

Uffici di Rappresentanza in:

BRUXELLES, COPENAGHEN,
FRANCOFORTE SUL MENO,
LONDRA, NEW YORK,
PARIGI, ZURIGO

TUTTI I SERVIZI DI BANCA,
BORSA E CAMBIO

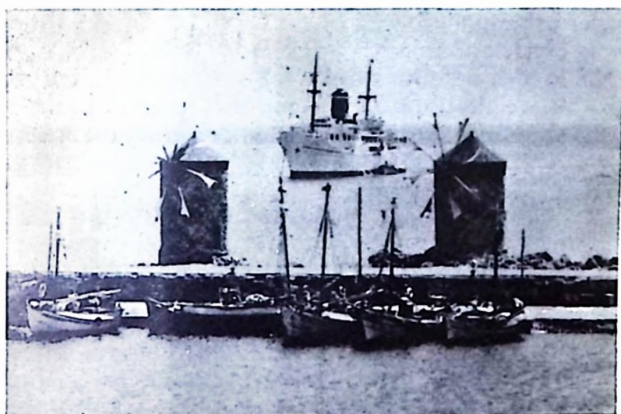
UNA CROCIERA PER TUTTI IN OGNI EPOCA DELL'ANNO

**AFFASCINANTI ITINERARI TURISTICI
NEL MEDITERRANEO ORIENTALE**

GRECIA - TURCHIA - LIBANO - EGITTO - CIPRO
ISRAELE e i LUOGHI SANTI - RODI - CANDIA
DALMAZIA

ed inoltre:

- Viaggi speciali nel Mar Nero
- Minicrociere in Dalmazia
- Scali a Barcellona
- Soggiorni gratuiti in batta stagione



*Un'intera flotta
a disposizione
delle vostre vacanze*

Durata dei viaggi: da 10 a 18 giorni.
Quattro partenze alla settimana dai porti italiani.

**PREZZI ALLA PORTATA DI TUTTI
SCONTI SPECIALI PER FAMIGLIE E GRUPPI**

ADRIATICA

Società di Navigazione VENEZIA

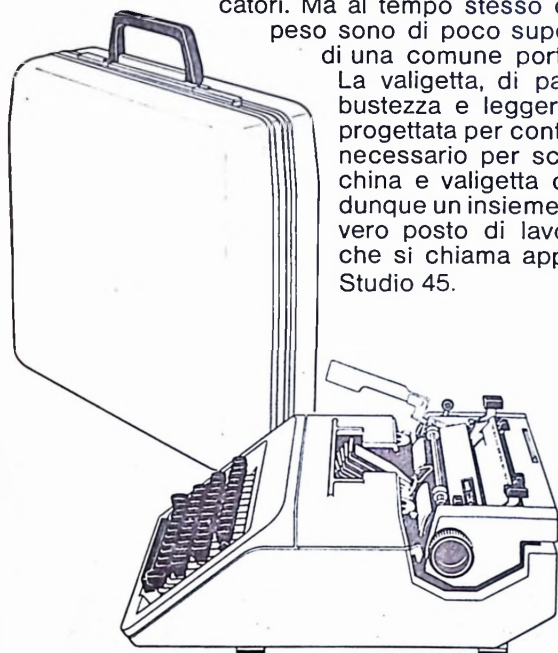
*Informazioni e programmi dettagliati presso tutte le Agenzie di
Viaggio oppure presso le Sedi e Uffici della Società Adriatica*

Per chi vuole di più

Una macchina per scrivere completa, forte e facilmente trasportabile: a chi deve mettere su carta i fatti del proprio lavoro, a chi ha bisogno di una macchina personale per scopi professionali, a chi vuole un oggetto di durata e di prestigio, Olivetti suggerisce la Studio 45.

Ha tutti i principali servizi di una macchina da ufficio: per esempio l'incolonnatore e il regolatore del tocco, il capoverso automatico e il selettore del nastro a tre posizioni che consente anche la preparazione di matrici per duplicatori. Ma al tempo stesso dimensioni e peso sono di poco superiori a quelli di una comune portatile.

La valigetta, di particolare robustezza e leggerezza, è stata progettata per contenere tutto il necessario per scrivere: macchina e valigetta costituiscono dunque un insieme integrato, un vero posto di lavoro portatile, che si chiama appunto Olivetti Studio 45.



Olivetti Studio 45

BANCO DI SANTO SPIRITO

FONDATO NEL 1605

R O M A

*Tutte le operazioni di banca
per l'interno e l'estero*

Condizioni generali di abbonamento ai periodici "CEDAM"

L'abbonamento è annuo e si rinnova tacitamente per l'anno successivo se non viene disdetto entro il mese di novembre, con lettera raccomandata.

La semplice reiezione di fascicoli non può essere considerata come disdetta.

Il prezzo s'intende fissato salvo conguaglio alla pubblicazione dell'ultimo fascicolo. Gli aumenti o le diminuzioni saranno subordinati ai costi di produzione o più particolarmente alle tariffe delle paghe.

Il prezzo deve essere pagato anticipatamente e non oltre il 31 marzo. Dopo tale data sarà riscosso un diritto fisso del 10% in più, a rimborso delle spese di esazione.

I reclami di qualunque fascicolo non ricevuto devono essere trasmessi subito dopo il ricevimento del fascicolo successivo. In caso diverso i fascicoli richiesti verranno spediti solo contro rimessa anticipata del loro prezzo di vendita.

I pagamenti devono essere effettuati direttamente alla Casa Editrice in Padova, oppure ai suoi incaricati muniti di speciale delega. Conto corrente postale n. 9/7578 nell'ufficio dei conti di Venezia.

Ai correntisti con pagamento rateale si accorda l'addebito in conto corrente della quota di abbonamento con aumento del 20%.

L'abbonamento importa, agli effetti legali, elezione di domicilio in Padova presso la Casa Editrice.

L'ultimo fascicolo di ogni anno si invia ai soli abbonati in regola coi pagamenti. Agli altri si spedisce contro assegno.

Ogni richiesta di cambiamento d'indirizzo dovrà essere accompagnata dall'importo di L. 100.

Gli abbonati che non sono in regola coi pagamenti, non potranno disdire l'abbonamento senza avere prima provveduto all'estinzione del debito.

Elenco e prezzi dei periodici "CEDAM" 1969

- 1) « Acta Isotopica » (trimestrale) Rivista di medicina e biologia nucleare: prezzo di abbonamento per l'Italia L. 6.000. Estero L. 10.000.
- 2) « Archivio di Filosofia » (quadrimestrale): prezzo di abbonamento per l'Italia L. 6.000. Estero L. 8.000.
- 3) « Diritto e Pratica Tributaria » (bimestrale): prezzo di abbonamento per l'Italia L. 10.000. Estero L. 10.000.
- 4) « Economia & Lavoro » (bimestrale): prezzo di abbonamento per l'Italia L. 3.000. Estero L. 4.000.
- 5) « Giornale degli Economisti e Annali di Economia » (bimestrale): prezzo di abbonamento per l'Italia L. 6.000. Estero L. 8.000.
- 6) « La Comunità Internazionale » Rivista trimestrale della Società Italiana per l'Organizzazione Internazionale: prezzo di abbonamento per l'Italia L. 7.000. Estero L. 11.000.
- 7) « L'Indice Penale » (quadrimestrale): prezzo di abbonamento per l'Italia L. 5.000. Estero L. 6.000.
- 8) « Rendiconti del Seminario Matematico dell'Università di Padova » (semestrale): prezzo di abbonamento per l'Italia L. 7.000. Estero L. 8.000.
- 9) « Rivista di Diritto Civile » (bimestrale): prezzo di abbonamento per l'Italia L. 7.000. Estero L. 9.500.
- 10) « Rivista di Diritto Processuale » (trimestrale): prezzo di abbonamento per l'Italia L. 6.000. Estero L. 8.000.
- 11) « Rivista di diritto internazionale e comparato del lavoro » (semestrale): prezzo di abbonamento per l'Italia L. 6.000. Estero L. 8.000.
- 12) « Rivista di diritto internazionale privato e processuale » (trimestrale): prezzo di abbonamento per l'Italia L. 5.000. Estero L. 7.000.
- 13) « Rivista Internazionale di Scienze Economiche e Commerciali » (mensile); prezzo di abbonamento per l'Italia L. 7.000. Estero L. 8.000.
- 14) « Sophia » (trimestrale): prezzo di abbonamento per l'Italia L. 2.000. Estero L. 6.000.

ABBONAMENTI NELLE MIGLIORI LIBRERIE E PRESSO I NOSTRI AGENTI

EDIZIONI CEDAM - PADOVA

Di prossima pubblicazione

NUOVO TRATTATO DI DIRITTO DEL LAVORO

DIRETTO DA

LUISA RIVA SANSEVERINO
Ord. nell'Università di Milano

GIULIANO MAZZONI
Ord. nell'Università di Firenze

in 3 volumi

VOLUME PRIMO: DIRITTO SINDACALE

PARTE PRIMA: L'AUTONOMIA SINDACALE

SEZIONE I: L'organizzazione sindacale

- Libertà e autonomia sindacale.
- Rappresentanza e rappresentatività sindacale.
- Partecipazioni e funzioni pubbliche.

SEZIONE II: Il contratto collettivo di lavoro

- Contenuto del contratto collettivo.
- Efficacia del contratto collettivo.

PARTE SECONDA: L'AUTOTUTELA SINDACALE

SEZIONE I: La risoluzione delle controversie di lavoro

- Le controversie individuali:
 - a) la conciliazione sindacale;
 - b) l'arbitrato,
- Le controversie collettive.

SEZIONE II: L'autotutela diretta

- Lo sciopero.
- La serrata.

VOLUME SECONDO: IL RAPPORTO DI LAVORO

- Costituzione del rapporto.
- Il lavoratore nell'organizzazione.
- Responsabilità dell'imprenditore.
- Conservazione del contratto.
- Garanzia del posto di lavoro.
- Inderogabilità e indisponibilità dei diritti del lavoratore.

VOLUME TERZO: PREVIDENZA SOCIALE

- La sicurezza sociale.
- Previdenza e assistenza sociale.
- Il rapporto di assicurazione sociale.
- Le prestazioni.
- I contributi.
- Forme speciali di previdenza.
- Le controversie.
- L'assistenza ai lavoratori.

IN VENDITA NELLE MIGLIORI LIBRERIE E PRESSO I NOSTRI AGENTI

EDIZIONI CEDAM - PADOVA

IMPORTANTE NOVITA

GIOVANNI MIRALDI

**GLI INFORTUNI SUL LAVORO
E LE MALATTIE PROFESSIONALI**

(« MANUALI DI SCIENZE GIURIDICHE »)

Quinta ediz. riveduta, aggiornata ed ampliata dal Dr. GENNARO FERRARI
1968, 8°, pp. XX-444, con 11 tabelle fuori testo - L. 3.500 [01-3117]

La rapida fortuna di questo Manuale, che ha visto esaurire ben quattro edizioni e che ancora oggi conta una folta schiera di affezionati lettori, ha indotto la Casa a predisporre la quinta edizione.

La morte dell'Autore non ha fatto venir meno il programma e l'aggiornamento è stato felicemente compiuto dal Dr. GENNARO FERRARI del Servizio Studi e Pubblicazioni dell'Istituto Nazionale Assistenza Infortuni sul Lavoro di Roma.

INDICE

Parte prima: Lineamenti e quadro generale dell'assicurazione per gli infortuni e le malattie professionali. — *Parte seconda:* Il sistema legislativo vigente e la sua applicazione. — *Sezione I:* Gli infortuni sul lavoro industriale. — *Sezione II:* Le malattie professionali nell'industria. — *Sezione III:* Gli infortuni sul lavoro agricolo. — *Sezione IV:* Le malattie professionali nell'agricoltura. — *Sezione V:* Tutele affini per eventi e categorie speciali. — *Tabelle.* — *Indice degli autori citati.*

IN VENDITA NELLE MIGLIORI LIBRERIE E PRESSO I NOSTRI AGENTI

EDIZIONI CEDAM - PADOVA

IMPORTANTE NOVITA

MARIO GHIDINI

ORDINARIO DI DIRITTO COMMERCIALE

INCARICATO DI DIRITTO DEL LAVORO NELLA UNIVERSITÀ DI PARMA

DIRITTO DEL LAVORO

CORSO DI LEZIONI UNIVERSITARIE

QUARTA EDIZIONE RIVEDUTA, AMPLIATA E AGGIORNATA
1969, 8°, pp. XV-431 - L. 5.000 [01-3211]

INDICE. — I: Concetto giuridico di lavoro. — II: Contenuto e partizione del diritto del lavoro. — III: Le fonti del diritto del lavoro. — IV: Le convenzioni internazionali nel sistema delle fonti. — *Parte prima: Il diritto sindacale.* — I: I sindacati. — II: Il contratto collettivo. — III: I diversi contratti collettivi e la loro efficacia. — IV: Lo sciopero. — V: La serrata. — VI: Le commissioni interne. I consigli di gestione. Futuri compiti del sindacato. — *Parte seconda: Il contratto individuale di lavoro.* — I: Lavoro subordinato e lavoro autonomo. — II: Contenuto e caratteri del contratto individuale di lavoro. — III: Capacità per il contratto di lavoro. — IV: Forma e documentazione del contratto di lavoro. — V: Invalidità del contratto di lavoro. — VI: Categorie, qualifiche, mansioni. — VII: Il contratto di lavoro a domicilio. — VIII: Il lavoro domestico. — IX: Il lavoro familiare. — X: Apprendistato e tirocinio. — XI: Assunzione del lavoratore. — XII: Durata del lavoro. — XIII: Obblighi del datore di lavoro. — XIV: Retribuzione. — XV: Ferie. — XVI: Servizio militare. — XVII: Tutela della lavoratrice. — XVIII: Obblighi del lavoratore. — XIX: Durata del contratto. Contratto a termine. — XX: Il contratto a tempo indeterminato. Sua estinzione. — XXI: Il licenziamento dei lavoratori. — XXII: Diritti spettanti al lavoratore allo scioglimento del rapporto di lavoro. — XXIII: Garanzie dei crediti del lavoratore. — XXIV: Invenzioni dei prestatori di lavoro. — XXV: Trasferimento di azienda. — XXVI: Rinunzie e transazioni. — XXVII: Prescrizione e azione in giudizio. — *Parte terza: Legislazione sociale.* I: Finalità e caratteristiche della legislazione sociale. — II: Principali istituti pubblici che gestiscono le assicurazioni sociali e principali forme di assicurazione sociale. — *Indice analitico-alfabetico.*

IN VENDITA NELLE MIGLIORI LIBRERIE E PRESSO I NOSTRI AGENTI



GIUSEPPE SCALARINI

Giuseppe Scalarini nasce a Mantova il 29 gennaio 1873.

1896 fonda a Mantova il settimanale satirico « Merlin Cocal ».

1898 subisce un primo processo per reato di stampa, ed è assolto.

1900 collabora come caricaturista alla rivista bolognese « Italia ride ».

1903 inizia la sua collaborazione a « Pasquino ».

1911 il 22 ottobre inizia la sua collaborazione con l'« Avanti! ».

1912 pubblica la guerra nella caricatura.

1913 pubblica il Processo alle guerre.

1920 pubblica La guerra davanti al tribunale della storia.

1921 inizia la sua collaborazione all'« Asino socialista ».

1926 è aggredito dai fascisti e ferito a Milano.

Arrestato il primo dicembre e confinato a Lampedusa viene nel 1927 trasferito a Ustica.

1929 liberato da Ustica torna a Milano.

1933 pubblica col nome della figlia Virginia « Le avventure di Miglio ».

1940 ancora arrestato, viene inviato al campo di concentramento di Istonio.

1946 riprende la collaborazione a « Codino rosso » e al « Sempre Avanti! ».

1948 si spegne la mattina del 30 dicembre.

Giuseppe Scalarini con la sferzante satira delle sue vignette contro le dittature e contro le guerre, contribuì notevolmente alla maturazione democratica del Paese.

N. 56 - SETTEMBRE-DICEMBRE 1967 - Editoriale, *I provvedimenti USA per il dollaro e l'economia europea*; G. Pera, *Prospettive in tema di legislazione del lavoro*; N. Cacace, *Progresso tecnico e competitività internazionale*; Dibattito, *Per un programma economico del Partito Socialista*; P. Battara, *Analisi dei fatti e programma economico*; A. Fantoni, *Lettera aperta a Francesco Forte*; F. Forte, *Socialismo e politica economica*; A. Albanese, *L'intervento pubblico nel Mezzogiorno dal 1950 ad oggi*; F. Fiorentini, *Economia dei trasporti*.

N. 1 - GENNAIO FEBBRAIO 1968 - Editoriali, E. Bartocci, *Unità sindacale e prospettive politiche*; F. Forte, *Fondi di dotazione e partecipazioni statali*; G. Giugni, *Il sindacalismo americano: una dimensione provinciale?*; Saggio, L. Mazziolo, *I salari della C.E.E.*; Articolo, G. Lauzi, *Sviluppo economico e occupazione*; Dibattito, M. Giannotta, *Pieno impiego e politica di rinnovamento*; G. Parravicini, *Sviluppo economico e politica socialista*.

N. 2 - MARZO-APRILE 1968 - Editoriali, F. Forte, *Perché la piena occupazione è una « scelta di civiltà »*; V. Compagnone, *Unctad II: lezione di un'esperienza*; Articoli, P. Bizzarri, *Il convegno sull'impresa pubblica al club Turati*; G. Lupo Osti, *Una politica per l'impresa pubblica*; F. Fiorelli, *Programmazione economica e poteri delle regioni*; Ricerca, G. Pirzio, *Evoluzione delle relazioni industriali in U.S.A.*; Dibattito, B. Armato, *Dialogo e unità d'azione*; P. Boni, *L'unità sindacale dopo il 19 maggio*.

N. 3 - MAGGIO-GIUGNO 1968 - Editoriali, Gino Giugni, *La legislazione promozionale dell'attività sindacale*; Francesco Forte, *Aumenti salariali, politica di riforma e sviluppo economico*; Enzo Bartocci, *Pubblici poteri e politica del lavoro*; Articoli, Nicola Cacace, *Errori di prospettiva nella « sfida americana » di Schreier*; Cesare Bensì, *Note sulla riforma nel campo dell'imposizione diretta*; Dibattito, Franco Simoncini, *Evoluzione politica, sociale e sindacale*.

N. 4 - LUGLIO-AGOSTO 1968 - Editoriale, F. Forte, *Il decreto per il rilancio congiunturale*; Articoli, V. Compagnone, *I movimenti di capitale con l'estero dell'Italia*; P. Merli Brandini, *Introduzione a Flanders*; Saggio, A. Flanders, *Per una teoria della contrattazione collettiva*; Dibattito, E. Forcella, *Unità sindacale e sistema di rappresentatività*; L. Lama, *Unità sindacale: partecipazione ed autonomia*; V. Scalia, *Unità alla svolta*.