

Ricordi sulla sanità in Italia: l'INAM e il Formulario Galenico del 1959

Marilisa Poci

Socia SISM (m14@hotmail.it)

Dopo l'Unità d'Italia la persona che si ammalava veniva curata a spese del Comune, se iscritta nell'elenco dei poveri, altrimenti doveva farsi curare pagando le visite e i trattamenti a proprie spese. L'insorgere di una malattia diveniva spesso molto pesante per l'economia della famiglia colpita. Mutuando da un tempo molto antico in cui erano presenti forme di cooperativismo nell'ambito di mestieri e professioni, riprese con le corporazioni e le gilde in epoca medioevale, si costituirono forme di associazionismo solidale in vari campi. In particolare nelle Società di mutuo soccorso trovava largo spazio la protezione contro i rischi sanitari: dietro il corrispettivo di una quota mensile gli associati potevano ricevere cure gratuite in caso di infermità. Il riconoscimento giuridico di queste forme associative avvenne con la legge 15 aprile 1886, n. 3818.

Occorre distinguere a questo punto tra gli interventi legislativi a favore dell'assistenza pubblica dei poveri e quelli per la previdenza dei lavoratori. Gli aspetti previdenziali e in qualche misura assistenziali erano stati messi in luce dal Conte di Cavour nei suoi in-

terventi pubblici e politici già dagli anni preunitari per dare un rior-dino alle normative esistenti nel regno. Tale obiettivo si concretizzò il 17 febbraio 1858 con la presentazione alla Camera del Regno di Sardegna di un disegno di legge per l'istituzione di una Cassa di rendita vitalizia per la vecchiaia: le Casse di Risparmio e le Associazioni di Mutuo Soccorso dovevano essere integrate da un sistema di previdenza fondato non sulla "carità dei più agiati", ma che avesse "per base la previdenza e per alimento il risparmio"¹.

Le associazioni mutualistiche nell'Italia unita

L'unificazione dell'Italia imponeva la necessità di rendere uniformi le leggi su tutto il territorio nazionale, compresa l'assistenza sanitaria ed ospedaliera. Nel decennio 1865-1875 nessun provvedimento relativo alla tutela del lavoro e dell'assistenza sanitaria riuscì ad ottenere l'approvazione del Parlamento italiano, con la sola eccezione della nascita, nel 1861, della Cassa Invalidità per la gente di mare, i cui contributi erano tuttavia versati per intero dagli equipaggi².

In sintesi una vera e propria riforma sanitaria si fece attendere a lungo: dopo svariati e infruttuosi tentativi, nel 1888 vide la luce la legge di riforma sanitaria Crispi-Pagliani che per molto tempo rappresentò la spina dorsale dell'organizzazione pubblica sanitaria tanto da guadagnare il record di legge più longeva del nostro ordinamento. Essa fu abrogata dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale del 1978.

Nell'immediato primo dopoguerra, a causa del generale dissesto economico e finanziario l'assistenza sanitaria conobbe una grave

¹ *Il sistema assicurativo e l'organizzazione dell'INAM*, Dattiloscritto dell'aprile 1966, pp. 6-7.

² *Ivi*, p. 7.

crisi, al punto che molte associazioni mutualistiche furono costrette a rescindere la convenzione con il medico.

I progetti di legge presentati al Parlamento, finalizzati ad offrire un'assicurazione generale contro le malattie, non furono approvati. Il legislatore non aveva ancora focalizzato la sua attenzione sull'evento «malattia», forse perché nell'opinione comune l'infermità poteva essere fronteggiata con i mezzi familiari e forse perché i cittadini più disagiati erano assistiti dai Comuni o dagli Enti di beneficenza, mentre i malati di mente erano seguiti dalle Province attraverso il ricovero ospedaliero³.

Si continuava quindi ad aspettare un'assicurazione generale contro le malattie, omogenea e funzionante.

“A cavallo degli anni '30 la crisi finanziaria dell'assistenza sanitaria si allarga”⁴. Il regime fascista, che con una legge del 1926 aveva istituito casse mutue aziendali, interaziendali, e di categoria, “cambia atteggiamento e decide di dare il via, nel quadro della politica cosiddetta corporativa, ad un sistema assicurativo previdenziale in grado di assicurare, tra l'altro, l'assistenza sanitaria ai lavoratori”⁵.

Si erano costituite numerose Casse Mutue e formazioni di vario tipo tanto che il Governo sentì la necessità di irreggimentarle in diverse Federazioni Nazionali di categoria con uno statuto tipo per ognuna di esse. La prima, istituita nel luglio del 1929 e sancita dal R.D. 23 ottobre 1930, n. 1567, fu la Federazione Nazionale delle Casse Mutue dei Lavoratori Agricoli.

Sempre nel 1929, con R.D. 24 ottobre 1929, n. 1946, venne costituita la Cassa Nazionale di Malattia per i Lavoratori del Commercio. Si tratta del primo esperimento di assistenza interamente indiretta, corrisposta in misura percentuale fino ad un massimo del

³ Ivi, p. 11.

⁴ R. BUTTURA, *Appunti per una storia della sanità in Italia*.
www.societasalutediritti.com/documenti/20042705.htm.

⁵ *Ibidem*.

25% del salario denunciato, per le prestazioni sanitarie ritenute necessarie. Tale assistenza era indubbiamente insufficiente per i casi di malattie lunghe e complesse, che procuravano seri problemi economici ai soggetti coinvolti.

Nel 1934, con R.D. 14 luglio, n. 1386, fu istituita la Federazione Nazionale delle Casse Mutue dei Lavoratori dell'Industria e nel luglio del 1936 analogo provvedimento fu deciso anche per gli impiegati. Le prestazioni previste per gli appartenenti a questa categoria erano le seguenti: assistenza medica, chirurgica, farmaceutica, ostetrica, ospedaliera, indennità giornaliera; tutto per un massimo di 180 giorni l'anno.

Nello stesso anno fu istituita la Cassa Nazionale di Assistenza per gli impiegati agricoli e forestali, con prestazioni sanitarie concesse a rimborso e nel 1938, con R.D. 1° novembre, n. 2001, si conferì il riconoscimento giuridico all'Istituto Nazionale di Assistenza per i Lavoratori del Credito, dell'Assicurazione e dei Servizi Tributari Appaltati.

Nei quattro grandi settori della produzione (Industria, Commercio, Agricoltura, Credito e Servizi Tributari Appaltati) si svilupparono quindi in questi anni importanti istituzioni nazionali di categoria dalla cui fusione nascerà poi, con R.D. 11 gennaio 1943, n. 138, l'Istituto per l'Assistenza di Malattia ai Lavoratori, ente di diritto pubblico che nel 1947, con D.L.C.P.S., n. 435, assumerà la denominazione di "Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie".

In conclusione, il movimento mutualistico era avanzato per settori, con pluralità di istituzioni a carattere orizzontale e verticale intese ad ottenere dagli imprenditori privati che i lavoratori potessero fruire della necessaria assistenza.

È necessario rilevare, infine, come accanto a questa mutualità di settore, più o meno organizzata, tra il 1930 ed il 1939 fiorisse anche una serie di iniziative volontarie da parte di professionisti, artisti e altri lavoratori che per una ragione o per l'altra rimanevano fuori dalle Federazioni: così i tipografi, i lavoratori dello spettacolo, gli operai delle aziende private del gas o degli acquadotti ed altri.

Il settore del pubblico impiego, invece, in quegli stessi anni, non poteva ancora contare su nessuna iniziativa mutualistica, per il fatto che ai pubblici impiegati era vietato far parte di organizzazioni sindacali. Si dovrà quindi aspettare per alcuni anni ancora, prima che anche il settore del pubblico impiego possa disporre dell'assicurazione di malattia.

Solo dal 1937, quando il vecchio Istituto Nazionale di previdenza "Umberto I" delle aziende industriali dello Stato fu trasformato nell'Ente Nazionale di Previdenza "Umberto I" cui erano obbligatoriamente iscritti tutti i salariati dello Stato, anche questi ultimi (e i loro familiari) avrebbero avuto accesso gratuito a prestazioni mediche e terapeutiche, escluse le specialità medicinali e gli apparecchi di protesi: per i dipendenti statali le prestazioni erano più limitate in quantità e durata rispetto ai lavoratori dipendenti privati (la erogazione era prevista per un massimo di 120 giorni l'anno)⁶.

Nel 1939 era sorto l'Ente Nazionale di Previdenza per i dipendenti da Enti di Diritto Pubblico (E.N.P.D.E.P)⁷. I dipendenti degli Enti locali, invece, ottennero il diritto all'assistenza sanitaria soltanto nel 1946 con D.L.C.P.S. del 31 ottobre, n. 350. Altre leggi istituivano numerosi enti mutualistici per le varie categorie professionali, con gli Enti gestori di assicurazione contro le malattie (tab. 1). Ciascun ente era competente per una determinata categoria di lavoratori che, con i familiari a carico, erano obbligatoriamente iscritti allo stesso, fruendo in questo modo dell'assicurazione sanitaria per le cure mediche ed ospedaliere, finanziate con i contributi versati dai lavoratori stessi e dai loro datori di lavoro. Il diritto alla tutela della salute era quindi correlato non all'essere cittadino, ma all'essere lavoratore (o suo familiare) con conseguenti casi di man-

⁶ Nel 1942 l'Ente Nazionale di Previdenza "Umberto I" si trasforma in ENPAS.

⁷ *Il sistema assicurativo* cit., pp. 13-16.

cata copertura. Vi erano, inoltre, sperequazioni tra gli stessi assistiti, vista la disomogeneità delle prestazioni garantite dalle varie casse mutua⁸.

L'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie e il formulario terapeutico

Il più importante ente mutualistico era l'INAM. Questa istituzione gestiva l'assicurazione obbligatoria contro le malattie dei lavoratori dell'industria, ma anche di diverse altre categorie di lavoratori: da quelli dell'agricoltura e del credito agli addetti ai lavori domestici e agli apprendisti. Aveva inoltre la gestione dei servizi per l'assistenza dei lavoratori pensionati per vecchiaia o per invalidità, e degli orfani dei lavoratori dell'industria (ENAOLI)⁹.

L'assicurazione sanitaria veniva finanziata mediante i contributi versati dagli stessi lavoratori con trattenuta nella busta paga, da una parte, e mediante i contributi versati dal datore di lavoro, dall'altra: oltre al lavoratore erano assicurati i familiari a carico.

Le differenze assistenziali di cui gli assicurati dei vari campi del lavoro patrocinati dall'INAM godevano non erano molto rilevanti, ma lo divenivano se rapportate con le prestazioni garantite dagli enti mutualistici delle altre categorie professionali. Le differenze erano molteplici e sensibili in relazione alla qualità dei servizi prestatati dai medici specialisti, dai laboratori e dalle strutture appartenenti agli stessi enti.

⁸ http://it.wikipedia.org/wiki/servizio_sanitario_nazionale (Italia).

⁹ *Enciclopedia Generale «Le Nove Muse»*, SAIE, Torino 1958-1963, p. 593 (s.v. Medicina-Igiene).

Tab. 1 - Gli enti gestori di assicurazione contro le malattie.

ENTI GESTORI DI ASSICURAZIONE CONTRO LE MALATTIE		
<i>Lavoratori autonomi</i>	<i>Lavoratori dipendenti</i>	
	Dipendenti Pubblici	Dipendenti privati
Federazione Nazionale delle Casse Mutue di Malattia per i Coltivatori Diretti	Istituto Nazionale di Assistenza per i dipendenti di Enti Locali (INADEL)	Istituto Nazionale per le Assicurazioni contro le Malattie (I.N.A.M.)
Federazione Nazionale delle Casse Mutue di Malattia per gli Artigiani	Ente Nazionale di Previdenza per i Dipendenti da Enti di Diritto Pubblico (E.N.P.D.E.D.P.)	Casse Mutue Provinciali di Malattia di Trento e Bolzano
Federazione Nazionale delle Casse Mutue di Malattia per i commercianti	Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per Dipendenti Statali (E.N.P.A.S.)	Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza per gli Impiegati dell'Agricoltura (E.N.P.A.I.A.)
		Istituto Nazionale di Previdenza dei Giornalisti Italiani "Giovanni Amendola" (I.N.P.A.L.S.)
		Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per i Lavoratori dello Spettacolo (E.N.P.A.L.S.)
		Casse Marittime per gli infortuni sul lavoro e le malattie
		Cassa Nazionale Malattie per gli operai ed impiegati della navigazione aerea
		Casse di soccorso per gli addetti ai pubblici servizi di trasporto in concessione
		Casse Mutue Aziendali per i dipendenti da altre industrie private»

Nello specifico, l'ente concedeva le cure mediche negli ambulatori e a domicilio, le cure specialistiche di tipo ambulatoriale, escluse quelle pediatriche che erano anche domiciliari, come pure ambulatorialmente assicurava gli esami di laboratorio. Il ricovero ospedaliero era previsto, nel caso di malattia acuta del lavoratore, per centottanta giorni l'anno¹⁰.

La legge 11 gennaio 1943, n. 138, elenca nell'art. 6 le prestazioni che l'istituto era chiamato ad erogare agli aventi diritto, comprese quelle sanitarie che si articolavano nei seguenti punti:

1. Assistenza medico-generica domiciliare
2. Assistenza specialistica ambulatoriale
3. Assistenza ospedaliera
4. Assistenza farmaceutica
5. Assistenza ostetrica

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, essa consisteva nella fornitura di prodotti medicinali che potevano essere ritirati presso qualsiasi farmacia, previa presentazione della ricetta compilata dal medico sul modulo predisposto dall'INAM.

Tali prodotti si distinguono a seconda della loro natura, in preparati galenici, specialità medicinali ed articoli di medicazione [...] Con le innovazioni introdotte dalla "piccola riforma"¹¹ ai medici convenzionati è stata riconosciuta la più ampia libertà nella prescrizione di prodotti galenici e delle specialità medicinali elencate in un apposito "prontuario terapeutico" che raggruppa circa 20.000 prodotti¹².

¹⁰ *Enciclopedia Generale* cit., p. 593.

¹¹ Introdotta nella prima metà degli anni sessanta, posteriormente all'adozione del *Formulario Galenico* INAM 1959.

¹² *Il sistema assicurativo* cit., pp. 206-215.

L'assicurazione - attestata dal "Libretto d'Iscrizione" (fig. 1) - copriva anche le eventuali infermità dei familiari a carico e in alcuni casi comprendeva cure termali, cure idropiniche e colonie marine per i minori. Essa iniziava, generalmente, nel momento dell'assunzione, eccettuati i lavoratori domestici per i quali la copertura decorreva sei mesi dopo l'inizio dei pagamenti.

A questo punto vogliamo dare voce alla testimonianza accurata e di prima mano resa dal dottore Cosimo Volpe, anziano medico della provincia di Brindisi convenzionato con gli enti mutualistici, intitolata «Ricordi di un vecchio medico, oggi quasi novantenne»:

Verso la fine del 1952 il mio nome entrò nell'elenco dei "medici mutualisti" (INAM). Questo significava che gli assistiti dell'INAM potevano scegliermi quale medico curante, e pertanto con l'inizio del 1953 mi trovai a dover assistere alcuni pazienti rispettando tutte le regole e le limitazioni che l'INAM ci imponeva. Le ricette le forniva lo stesso Istituto (la sede di Mesagne era sita in via Cirillo Capozza), ed il medico le doveva compilare in duplice copia: una da rilasciare all'assistito, che gli permetteva di ottenere gratuitamente le medicine, e l'altra da consegnare il giorno



Fig. 1 - Libretto di iscrizione all'INAM rilasciato ad un assistito di Mesagne in data 29 agosto 1968.

successivo alla Sezione Territoriale competente dell'INAM (nel mio caso, la sede di Mesagne), insieme ad un prospetto che divideva le prescrizioni in "Specialità medicinali e in Preparati galvanici".

La seconda copia della ricetta, compilata con la diagnosi, una volta portata all'INAM, veniva controllata dal "Medico di Sezione" per rilevare eventuali iperprescrizioni.

Gli assistiti erano divisi in due rami: Dipendenti del settore industria e Dipendenti da aziende agricole. I lavoratori agricoli, agli effetti assistenziali, erano ripartiti nelle seguenti categorie: Salariati fissi con contratto annuale, Salariati fissi con contratto inferiore all'anno, Braccianti e compartecipanti. Questi ultimi si suddividevano a loro volta in: Permanenti, Abituali, Occasionali ed Eccezionali a seconda del numero delle giornate lavorative. Ogni categoria aveva diritto a prestazioni differenti.

Sulla ricetta si poteva scrivere una sola specialità medicinale o una o più preparazioni galeniche che ogni medico formulava, secondo scienza e coscienza, unendo varie sostanze insieme ad altre che avevano la funzione di combattere o almeno attenuare eventuali effetti indesiderati delle prime.

Negli ultimi anni Cinquanta del Novecento, l'INAM ci fornì un "Prontuario Galenico" dei medicinali galenici pre-confezionati esistenti in farmacia.

Per la prescrizione di alcune specialità bisognava aspettare che la diagnosi clinica venisse confermata dal laboratorio di analisi (esempio: un caso di tifo che, clinicamente e anamnesticamente, veniva fortemente sospettato, non poteva essere curato subito con il Cloramfenicolo, ma bisognava far passare 8-10 giorni per fare il prelievo di sangue, poi ancora due-tre giorni per avere la risposta e quindi prescrivere l'antibiotico specifico.

Erano veramente tempi duri: a Mesagne non vi erano laboratori d'analisi. Il primo gabinetto radiologico "a pagamento" venne aperto nei primissimi anni Cinquanta. Per la diagnosi bisognava andare avanti soltanto con l'uso dei cinque sensi: udito, vista, olfatto, (a volte) anche gusto e tatto ed arrangiarsi con artifici che ogni medico si inventava"¹³.

Nel 1959, l'INAM provvede, per mezzo di una pubblicazione a cura del Servizio Prestazioni Farmaceutiche-Ufficio Farmacologico dello stesso ente, a regolamentare l'assistenza farmaceutica per i suoi mutuatati. La prima tiratura raggiunge le 50.000 copie e nelle "Avvertenze per i Sigg. medici" si legge:

Viene abolita, ai fini della prestazione dei medicinali, ogni discriminazione tra capaci e incapaci al lavoro o alle normali occupazioni. Viene parimenti abolita ogni autorizzazione preventiva. o

¹³ Memoria rilasciata nel mese di novembre 2011 dal Dott. Cosimo Volpe, nato a Mesagne (Brindisi) il 15 luglio 1923 ed in servizio dai primi anni Cinquanta fino al 1993.

visto degli Organi Sanitari dell'INAM, sinora in vigore per la prescrizione di determinate categorie di specialità¹⁴.

Si raccomanda però ai Signori medici quanto segue:

in caso di prescrizione di prodotti specialistici contrassegnati nella parte categorica dalla dizione “specialità medicinali che richiedono particolare relazione clinica”, e nell’elenco alfabetico dalla sigla “RC”, di voler redigere, all’atto della prescrizione della 1ª ricetta, una breve relazione clinica nello apposito riquadro della copia ricetta¹⁵.

Nella stessa relazione dovevano essere indicati nel dettaglio: 1. motivo della prescrizione; 2. presumibile durata della cura; 3. dosaggio della somministrazione. Le successive prescrizioni dello stesso prodotto richiedevano, invece della relazione clinica, la numerazione progressiva delle medesime. Seguivano le indicazioni sulla modalità del rilascio della ricetta, secondo le quali la stessa era rilasciata previo accertamento della validità del documento assicurativo INAM e compilata in ogni sua parte con “mezzo” indelebile, con firma e timbro personale del medico, e poteva contenere la prescrizione di una o più preparazioni galeniche, ed eventuali articoli di medicazione, oppure una sola specialità¹⁶.

Non era ammessa, nella stessa ricetta, la prescrizione di più specialità, né di specialità abbinate a preparati galenici o ad articoli di medicazione: la prescrizione della specialità era limitata ad una sola confezione; per gli antibiotici, però, era consentita la prescrizione di più confezioni dello stesso medicinale, fino al quantitativo ritenuto necessario per due giorni di cura.

Il formulario galenico è suddiviso in categorie terapeutiche (tab. 2). Per ogni categoria sono descritte le preparazioni galeniche con formula e confezione prestabilita e, per la maggior parte di esse,

¹⁴ *Ibidem.*

¹⁵ *Ibidem.*

¹⁶ Ivi, p.4.

altri medicinali galenici di uso corrente, preceduti dal titolo “Galenici riportati a titolo indicativo”.

Tab. 2 - Le categorie terapeutiche del formulario galenico.

CATEGORIE TERAPEUTICHE IN CUI È SUDDIVISO IL FORMULARIO GALENICO
1) Analetti cardiaci – Regolatori del Ritmo
2) Analgesici – Antispastici – Antidistoni
3) Anestetici
4) Antiacidi – Antiulcerosi
5) Antelmintici
6) Antiemorragici – Emostatici
7) Antiemorroidari
8) Antireumatici – Antigottosi – Antipiretici – Antinevralgici
9) Antisettici vie urinarie
10) Balsamici – Sedativi della tosse – Espettoranti
11) Chemioterapici
12) Dermatologici
13) Emetici – Antiemetici
14) Epatoprotettori – Coleretici – Colagoghi
15) Eueptici – Digestivi – Adsorbenti – Antidiarroici
16) Ginecologici
17) Iodici
18) Oculistici
19) Odontoiatrici
20) Otorinolaringoiatrici
21) Purganti e Lassativi
22) Ricostituenti, antianemici
23) Sedativi – Ipnocici
24) Simpatomimetici – Antiallergici – Antiasmatici- Antistaminici
25) Vasodilatatori ipotensivi

Il prontuario avverte che:

per la prescrizione dei galenici a formula e confezioni prestabilite, il medico indicherà sulla ricetta la sua denominazione tipica che contraddistingue la preparazione stessa. Per l'eventuale prescrizione dei medicinali galenici riportati a titolo indicativo, nonché per quelli non contemplati nel Formulario, il medico dovrà invece precisare sulla ricetta l'esatta formula di composizione e il quantitativo¹⁷.

Per ogni categoria terapeutica sono indicati i "Galenici a formula e confezione prestabilite" e i "Galenici riportati a titolo indicativo". I primi solamente sono indicati con un numero arabo progressivo.

Pochi mesi dopo il dottore Emilio Savarese, avuta in visione una copia delle bozze del Formulario in argomento, ravvisa l'opportunità di mettere a punto e dare alle stampe (sponsorizzato dal Presidente Nazionale della FE.PRO.FARMA, Prof. Ettore Cicconetti) un *Breve Studio Tecnico Sul Formulario Galenico INAM 1959* "al fine di agevolare e accelerare il lavoro del farmacista chiamato ad approntare sollecitamente una delle composizioni del Formulario" (fig. 2)¹⁸. Egli elegantemente parla di un breve studio illustrativo, ma si tratta di correzione di errori riportati nel Formulario e di consigli destinati al farmacista nella preparazione dei composti.

L'autore afferma: "Questo studio, concentratosi entro termini di tempo brevi per potere essere presentato ai Colleghi quasi contemporaneamente alla entrata in uso del Formulario Galenico INAM, è esposto in forma semplice per facile consultazione"¹⁹.

¹⁷ *Formulario Galenico* cit., p. 5.

¹⁸ E. SAVARESE, *Breve studio tecnico sul Formulario Galenico INAM 1959*, FE.PRO.FARMA, Federazione Nazionale delle Associazioni Sindacali dei Titolari di Farmacia, Roma 20 agosto 1959.

¹⁹ *Ivi*, p. 3.

ANTIEMORRAGICI - EMOSTATICI

Galenici a formula e confezione prestabilite

50) Fiale di ergotina:

ergotina dializzata g 0,25 soluzione idroalcol. glicerica
cc 1 - per 1 fiala - S. 1 fiala.

50 bis) Gocce antiemorragiche:

estratto fluido hydrastis estratto fluido hamamelis estratto
fluido viburno anag 5 - contagocce rex - S. 20-30 gocce
più volte al giorno.

Galenici riportati a titolo indicativo

Segale cornuta polvere g 0,25 oppure 0,50 - per 1 carta
massimo carte n. 12.

Fig. 2 - Formulazione di "Antiemorragici - Emostatici" (Breve studio tecnico sul Formulario Galenico INAM 1959).

Se analizziamo lo studio più in dettaglio, esso si presenta con una prima parte di "osservazioni generali", con i consigli per il farmacista preparatore riguardo agli iniettabili e alla convenienza di introdurre antifermentativi negli sciroppi e nelle pozioni; suggerisce in particolare che, tra i suppositori, le composizioni in plastica sono da preferire rispetto a quella in stagnola, per motivi tecnici e di igiene. Per le compresse e cialdini l'autore scrive che "in molte formule è lasciata al Farmacista la possibilità di scelta nel preparare la forma compressa oppure la forma cialdino, ciò in considerazione delle particolari attrezzature di ciascuna Farmacia"²⁰. Per gli "Oculistici" specifica, inoltre, che la dizione "soluzione isotonica" usata nel Formulario vale per "soluzione isotonizzante"²¹ e descrive come procedere ad isotonizzare colliri semplici contenenti sostanze molto attive.

²⁰ Ivi, p. 6.

²¹ *Ibidem*.

I componenti la mescolanza vanno aggiunti nell'ordine della formula qui indicata e si deve agitare bene dopo l'aggiunta di ogni componente. Tuttavia, con la modifica ora indicata, la mescolanza intorbida ancora ma il precipitato si deposita più lentamente e si disperde nel liquido con leggera agitazione. Indicare in etichetta che si deve agitare accuratamente prima di ogni prelievo²².

Riflessione conclusiva

Tra gli anni sessanta e settanta il sistema dei diversi enti gestori di assicurazione attraversò periodi di difficoltà, non riuscendo a garantire sempre e comunque il puntuale pagamento delle rette di degenza, soprattutto quando i ricoveri aumentavano. Di fronte alla grave crisi finanziaria degli enti mutualistici, lo Stato con la legge n. 386 del 17 agosto 1974 deliberò "l'estinzione di tutti i loro debiti nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento degli enti ospedalieri e l'avvio della riforma sanitaria".

L'INAM fu soppresso nel 1977, mentre con la legge n. 833 del 23 dicembre 1978 fu istituito il Servizio Sanitario Nazionale: partendo dalla considerazione che la salute è diritto di tutti, tutelato dalla Costituzione italiana, nacque un sistema di strutture e servizi con lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione, che recita:

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

²² Ivi, p. 12.

Lo Stato determina i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza alla popolazione), che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Mentre le Regioni programmano e gestiscono in piena autonomia la sanità nell'ambito territoriale di loro competenza.

In conclusione, dopo l'attuazione del Servizio Sanitario Nazionale, il cittadino che risiede nel territorio nazionale riceve risposta alla sua domanda di salute dalle garanzie offerte da un solo servizio sanitario che prescinde dalla condizione economica dell'assistito e dall'attività lavorativa che lo vede impegnato, poiché i principi costituzionali sui quali il SSN si basa sono l'universalità, l'uguaglianza e l'equità. I due documenti presi in considerazione sono entrati ormai nella storia della medicina e della farmacia.

La privatizzazione subita in modo indiscriminato dalla sanità pubblica italiana negli ultimi anni ha sperequato i finanziamenti e frenato lo sviluppo di settori meno remunerativi, come la sanità territoriale. Da una sommaria considerazione a posteriori sulla prima fase della pandemia da SARS-CoV-2, che naturalmente dovrà essere ulteriormente approfondita e documentata, appare in buona sostanza come la debolezza organizzativa della medicina territoriale sia stata responsabile della inefficacia della risposta di controllo e di contrasto alla tempesta infettiva che ha funestato il nostro presente.