

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

Seduta n. 296

BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO PER L'ANNO
FINANZIARIO 2006 E BILANCIO PLURIENNALE PER IL TRIENNIO
2006-2008 (n. 3614)

**Stato di previsione del Ministero della salute
per l'anno finanziario 2006
(Tabella 15)**

DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE E
PLURIENNALE DELLO STATO (LEGGE FINANZIARIA 2006) (n. 3613)

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE CONSULTIVA

3° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 13 OTTOBRE 2005

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE CONSULTIVA

(3614) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2006 e bilancio pluriennale per il triennio 2006-2008

(Tabella 15) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2006

(3613) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)

(Seguito e conclusione dell'esame congiunto. Rapporto favorevole, con osservazioni, alla 5^a Commissione, ai sensi dell'articolo 126, comma 6, del Regolamento)

PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 18
BAIO DOSSI (<i>Mar-DL-U</i>)	12
* BIANCONI (<i>FI</i>)	13
BOLDI (<i>LP</i>)	8
DI GIROLAMO (<i>DS-U</i>)	4
MASCIONI (<i>DS-U</i>)	17
* ROLLANDIN (<i>Aut</i>)	10
* SALZANO (<i>UDC</i>)	6
TREDESE, relatore sulla Tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria	3
ULIVI (<i>AN</i>)	15

N.B.: Gli interventi contrassegnati con l'asterisco sono stati rivisti dall'oratore.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democratica e di Centro: UDC; Verdi-l'Unione: Verdi-Un; Misto: Misto; Misto-il Cantiere: Misto-Cant; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Democrazia Cristiana per le Autonomie: Misto-DC-Aut; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-La Casa delle Libertà: Misto-CdL; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-MIS (Movimento Idea Sociale): Misto-MIS; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici Italiani-Unità Socialista: Misto-SDI-US; Misto Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

I lavori hanno inizio alle ore 8,40.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE CONSULTIVA

(3614) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2006 e bilancio pluriennale per il triennio 2006-2008

(Tabella 15) Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2006

(3613) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)

(Seguito e conclusione dell'esame congiunto. Rapporto favorevole, con osservazioni, alla 5^a Commissione, ai sensi dell'articolo 126, comma 6, del Regolamento)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5^a Commissione, il seguito dell'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge nn. 3614 (tabella 15) e 3613.

Riprendiamo l'esame congiunto sospeso nella seduta pomeridiana di ieri.

Prego il relatore, senatore Tredese, di riferire alla Commissione sulla tabella 15 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria.

TREDESE, *relatore sulla tabella 15 e sulle parti ad esse relative del disegno di legge finanziaria*. Signor Presidente, propongo di redigere un rapporto favorevole con osservazioni, nei termini seguenti:

«La 12^a Commissione, esaminati, per le parti di competenza, i disegni di legge in titolo, esprime parere favorevole con le seguenti osservazioni, relative al disegno di legge finanziaria 2005:

a) si rileva positivamente che la Tabella C prevede un rilevante incremento del fondo da destinare ad attività di ricerca e sperimentazione (di cui all'articolo 12 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, e successive modificazioni), incremento pari a 99.621 migliaia di euro per il 2006 e a 85.833 migliaia di euro annui a decorrere dal 2007;

b) la rimodulazione dei livelli essenziali di assistenza, prevista dai commi 9 e 10 dell'articolo 39, deve essere accompagnata dalla ridefinizione degli *standard*, come già previsto dall'articolo 1, comma 169, della legge finanziaria 2005;

c) si ritiene necessario introdurre modifiche alla disciplina sugli indirizzi di cui alla legge 25 febbraio 1992, n.210, al fine di incrementare i relativi livelli di tutela e di sopprimere gli attuali limiti temporali per la presentazione delle domande;

d) il comma 5 dell'articolo 38 prevede, tra l'altro, una sanzione amministrativa pecuniaria per l'ipotesi di inadempimento degli obblighi di cui all'articolo 3, comma 8, della legge 23 dicembre 1994, n. 724. Oc-

correrebbe chiarire se quest'ultimo richiamo concerna (ai fini sanzionatori in esame) sia l'omissione della tenuta del registro («delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari») sia la violazione del diritto («di tutti i cittadini che vi abbiano interesse») all'accesso a notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa (ferma restando la «salvaguardia della riservatezza delle persone»);

e) si rileva altresì che la rubrica dell'articolo 38 non sembra esaustiva (rispetto al complesso delle materie ivi contenute);

f) riguardo alle norme di cui ai commi 2 e 7 dell'articolo 39, occorrerebbe chiarire se esse concernano, per quanto riguarda gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, solo quelli di diritto pubblico».

Questo è lo schema di rapporto favorevole con osservazioni, che sottopongo alla valutazione della Commissione.

DI GIROLAMO (*DS-U*). Signor Presidente, intervengo per illustrare lo schema di rapporto contrario, presentato dai Gruppi dell'opposizione.

Il nostro parere contrario si fonda su alcune questioni di merito.

Una prima e fondamentale questione riguarda l'insufficienza del finanziamento destinato al Fondo sanitario nazionale. Nel Documento di programmazione economica e finanziaria relativo agli anni 2005-2008 le risorse da destinare al Fondo sanitario nazionale per il 2006 erano individuate in 95,6 milioni di euro. Tale stanziamento ci sembrava giusto, perché – come sottolineano tutti gli studi econometrici, epidemiologici e la Corte dei conti nelle sue relazioni – l'evoluzione del sistema sanitario rispetto alla spesa è correlata a fattori di tipo strutturale che determinano, soprattutto nei Paesi più avanzati, un aumento di spesa difficilmente comprimibile nei termini previsti dal Governo nella presente finanziaria. Ricordo che l'aumento medio della spesa sanitaria nei Paesi OCSE, che sono quelli maggiormente sviluppati, è dell'8 per cento e che nei tre anni precedenti tale aumento è stato del 5 per cento.

Il Documento di programmazione economica individuava una quota che abbiamo a suo tempo salutato come positiva. Al riguardo va rilevato però che vi erano stati segnali di smentita a partire dalla finanziaria dello scorso anno, che attribuiva circa la metà dei risparmi dettati dallo Stato a carico del Servizio sanitario nazionale. Su circa 9 miliardi di euro la metà (oltre 4, il 45 per cento del totale) era attribuita a risparmi nel settore sanitario. Questo perché di fatto si assumeva a quota base la spesa del 2004 in maniera artificiale, nel senso che la spesa prevista nel 2003 per il 2004, più il 2 per cento, era un valore del tutto irrealistico. Il consuntivo 2004 delle Regioni conferma, infatti, una spesa nettamente superiore anche rispetto agli stanziamenti previsti nella finanziaria 2005. Come ha rilevato la Corte dei conti, la previsione dell'incremento del 2 per cento del finanziamento avrebbe richiesto una più corretta e realistica valutazione della spesa relativa al 2004 quale base di partenza, senza contare che ad essa si aggiungevano anche gli oneri per la copertura dei rinnovi contrattuali del settore

(dirigenza medica e non medica) riguardanti il biennio 2001-2003 ma che, per i ritardi dovuti alla stipula del contratto, venivano scaricati interamente sul 2004.

In sostanza, partendo da una stima base della spesa innaturalmente bassa, si è determinato un sottofinanziamento strutturale del sistema che ha portato al *deficit* di oltre 10 miliardi di euro certificato dalle Regioni nel triennio 2002-2004.

Per queste ragioni, la quota stabilita dalla finanziaria dell'anno scorso e ribadita quest'anno è nettamente insufficiente a consentire l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza e tutte le altre azioni previste.

Ricordo che lo stesso ministro dell'economia Siniscalco, in un'audizione presso la Commissione bilancio, ha riconosciuto la necessità da una parte di rimodulare i finanziamenti per la sanità, notoriamente sottostimati, dall'altra di un impegno nei confronti dei Presidenti delle Regioni a valutare i *deficit* che si sarebbero sicuramente creati per il 2005.

A partire dall'anno scorso la possibilità di accedere a fondi ulteriori per ripiani (2 miliardi lo scorso anno e 2 miliardi quest'anno), o al previsto miliardo aggiuntivo, è vincolata alla stipula di precisi accordi con le Regioni. Non contestiamo che ci debba essere un meccanismo di responsabilizzazione a livello sia nazionale sia regionale, che preveda obblighi reciproci collegati e corrispettivi. Di fatto, però, non vi è stato un meccanismo concertativo, bensì un meccanismo attraverso il quale si sono imposti alle Regioni accordi che prevedono adempimenti, obblighi e prestazioni dettagliati, numerosi e costosi, che determinano un persistente ritardo nell'erogazione dei fondi, parzialmente sbloccatisi solo con la finanziaria dell'anno scorso.

L'intesa definisce vincoli e tetti che impongono l'accesso ad un finanziamento che già di per se stesso viene ritenuto dalle Regioni inadeguato, un meccanismo coercitivo che sicuramente non risponde ad una correttezza di rapporti tra Stato e autonomie. Peraltro, a volte, come nel disegno di legge finanziaria in esame, si esorbita nettamente prevedendo l'obbligatorietà positiva del parere sul piano sanitario nazionale. Riteniamo tale questione fondamentale. Accanto ad essa s'innestano diverse questioni particolari che riguardano i ripiani specifici dei *deficit* delle aziende miste e dei policlinici universitari nonché il mancato finanziamento dell'aumento contrattuale per il secondo biennio economico, dopo la bocciatura, l'altro ieri, da parte della Corte dei conti di quello precedente, probabilmente per inadeguata copertura economica. Il decreto collegato impone alle Regioni di prevedere nei bilanci 2005 risorse per il finanziamento del secondo biennio economico dell'ordine di oltre 1 miliardo e 100 milioni di euro.

Sono invece diminuite le risorse destinate ai fondi per l'edilizia sanitaria e per il programma di riqualificazione e di assistenza sanitaria nei grandi centri urbani.

Resta aperta la questione delle risorse da destinare all'assistenza degli immigrati regolarizzati, il cui impatto pro-capite è riconosciuto solo nella misura del 50 per cento. Analogamente la questione, tanto sbandierata,

della copertura economica dei contratti di formazione e lavoro per i medici specializzandi viene risolta in maniera molto ridotta e tale da non coprire la quota necessaria per far sì che questi professionisti possano accedere a tale tipo di contrattualistica.

Altri colleghi in dichiarazioni di voto porranno l'accento su altri aspetti specifici. Mi soffermerò brevemente sulla spesa farmaceutica. Già negli anni precedenti abbiamo sollecitato l'incremento della quota della spesa sanitaria destinata alla spesa farmaceutica attualmente posta al 13 per cento, limite che sarebbe invece opportuno alzare al 14 per cento, come avevamo già chiesto lo scorso anno. In alternativa si sarebbe potuto prevedere, come sollecitato dalle stesse aziende un superamento dello 0,5 per cento del tetto esistente, da riservare all'impiego di farmaci innovativi. L'Italia rischia di rimanere esclusa da questo settore per i costi particolari di tali farmaci, di cui però sono noti i benefici in termini di salute.

Il disegno di legge finanziaria non affronta neppure la questione degli accordi di programma con le industrie farmaceutiche, che dovrebbe definire la possibilità di un particolare premio di prezzo in rapporto ad ulteriori investimenti in ricerca e innovazione, aspetto che costituisce per noi un ulteriore elemento di debolezza.

Per tutti i motivi suesposti, il nostro voto sarà ovviamente negativo.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione.

* SALZANO (UDC). Signor Presidente, vorrei innanzi tutto rivolgere un saluto al sottosegretario Di Virgilio. Mi preme poi sottolineare come diversamente da quanto emerso nel corso della discussione generale, nessun esponente dei Gruppi di maggioranza intenda sottrarsi ad un aperto confronto sul disegno di legge finanziaria, nella convinzione che la parte di esso concernente il settore della sanità (articoli 37, 38 e 39) siano compiutamente realizzati.

In un momento molto difficile per il bilancio dello Stato, come ripetete da tre anni, in cui lo sviluppo e la crescita appaiono stentati, con il PIL allo 0,7 per cento, questo Governo e questo Ministro riescono a reperire fondi per la sanità, senza inasprimenti fiscali, come è invece avvenuto in precedenti legislature, senza *una tantum* e senza condoni. In poche parole, senza mettere le mani in tasca agli italiani, il Governo riesce a reperire fondi che non sono di scarsa consistenza ma che ammontano a 99,621 milioni di euro per il 2006 e 85 milioni circa per il 2007. Tale quota aggiuntiva a carico del Servizio sanitario nazionale sarà ripartita tra le Regioni dopo che giustamente si saranno impegnate ad individuare obiettivi volti a favorire il contenimento della loro spesa sanitaria.

Non riesco a comprendere perché esistano vincoli per i Comuni, le Province e lo Stato e le Regioni dovrebbero sfuggire a questi vincoli di stabilità, pur stabilendo l'articolo 22 della finanziaria in esame che le spese della sanità sono sottratte ai vincoli relativi al patto medesimo ed esiste una specifica disciplina di settore.

A ciò si aggiungono poi i 2.000 milioni di euro necessari per ripianare i disavanzi regionali degli anni scorsi sui quali tanto si è detto. Peraltro, il sottosegretario Cursi ieri ha fatto chiarezza sullo splafonamento delle Regioni cosiddette non virtuose; personalmente ho perso la speranza che possano diventarlo, nonostante i continui tentativi dello Stato di aumentare la quota loro destinata per la spesa sanitaria.

Ricordo a tutti che il disavanzo è completamente a carico delle Regioni ed è strumentale affermare che gli enti regionali con enormi disavanzi per sopperire ad essi aumenteranno le tasse dei propri cittadini o utilizzeranno i fondi destinati agli anziani o ai disabili.

Considero apprezzabile l'intervento del Governo in ordine alle liste di attesa, questione che – come sappiamo – concerne l'organizzazione e la competenza regionale. Tuttavia, questo è il problema maggiormente sentito dai cittadini che generalmente per valutare la bontà della sanità valutano la consistenza delle liste di attesa. Molto spesso per una visita oculistica o una risonanza magnetica bisogna aspettare fino a sei mesi e per alcuni interventi di *day surgery* (cataratta, ernia, eccetera), le liste di attesa giungono, come abbiamo riscontrato nel corso della nostra ispezione, ad otto mesi. Ebbene, quello delle liste di attesa è un problema molto complesso le cui cause sono molteplici (carenza di personale, scarse strumentazioni rispetto alle esigenze del bacino di utenza); spesso anche l'elevata professionalità presente in certi ospedali determina un allungamento della lista di attesa.

Un Ministro non può rimanere impassibile rispetto a un problema così importante, ancorchè la sua risoluzione sia di competenza regionale. Tuttavia, sono convinto che quando le prestazioni rientrano nei livelli essenziali di assistenza il controllo spetti al Ministero della salute e quindi al Ministro. Bene ha fatto dunque il Ministro ad aggiungere un divieto di sospendere le prenotazioni e delle sanzioni amministrative, come la previsione dell'istituzione di una Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prestazioni.

Rispetto ai soggetti non autosufficienti forse non è stato fatto tantissimo, ma l'articolo 32 al comma 1 prevede un capitolo di spesa riguardante la costruzione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti.

Concludo il mio intervento ricordando che questi tre articoli, a mio avviso particolarmente rilevanti, prevedono anche un limite massimo regionale per il rimborso e le compensazioni tra le Regioni. Molto spesso i cittadini di una Regione vengono curati in altre senza che ve ne sia un'assoluta necessità (tant'è vero che è prevista una deroga per i pazienti oncologici), ma per motivi esclusivamente personali. Considerato che stiamo andando incontro alla *devolution* per cui ciascuno dovrà provvedere ai propri pazienti, interrompere questo flusso è stato senza dubbio un segnale giusto e positivo.

Per tutti i motivi che ho indicato e per gli altri che i miei colleghi aggiungeranno, a nome dell'UDC dichiaro il voto favorevole sullo schema di rapporto predisposta dal relatore Tredese.

BOLDI (LP). Signor Presidente, il mio sarà un intervento abbastanza breve perché credo che molte cose siano state già sottolineate dal relatore, che ringrazio per la cura con cui ha predisposto sia la sua relazione sia lo schema di rapporto favorevole, oltre che da altri colleghi precedentemente intervenuti.

Quest'anno la parte della legge finanziaria che riguarda il comparto sanità è corposa, rispetto agli altri anni direi davvero particolarmente ampia. A differenza di quanto ho sentito ripetere dai colleghi dell'opposizione, credo che in questa finanziaria siano contenuti degli indirizzi e dei provvedimenti sulla sanità che, al di là dei numeri, avranno senza dubbio una ricaduta sulla percezione del cittadino che si accosta al Servizio sanitario nazionale.

È stato detto che questa finanziaria non assegna al Servizio sanitario nazionale tante risorse quante erano previste nella previsione tendenziale di spesa. Ebbene, a mio avviso se in tutti i comparti, non solo in quello della sanità, si coprisse sempre il tendenziale di spesa nessuno Stato in alcun campo avrebbe la possibilità di reggere alla lunga l'aumento di tale tendenziale; figuriamoci poi a livello sanitario, dove i motivi per cui la spesa sanitaria si dilata sono davvero molti e consistenti.

Ritengo invece che debba esserci un forte richiamo alla responsabilizzazione, al principio per cui è fortemente etico – voglio sottolinearlo – cercare di contenere le spese sanitarie, chiaramente laddove ciò non comporta una diminuzione nell'offerta del servizio. Da regionalista convinta, riandando con il pensiero ad una vecchia mentalità che prevedeva i rimborsi a piè di lista, al fatto che comunque c'era sempre «papà Stato» che alla fine metteva una pezza alle spese, ho voluto sottolineare quest'aspetto perché ho l'impressione che le Regioni, non tutte ma per certi versi anche alcune di quelle «virtuose», abbiano accantonato il sano principio di stare attenti anche al centesimo di quello che spendono. A mio giudizio è necessario e opportuno un richiamo forte in tal senso. Sono sicura che in campo sanitario vi siano spese indispensabili volte a garantire un miglior servizio ai cittadini, ma sono altrettanto certa che ve ne siano altre che con questo nulla hanno a che fare e che rappresentano invece veri e propri sprechi. Sono state già citate, al riguardo, le consulenze, il proliferare di uffici-studi che non servono affatto a studiare, ma che ingigantiscono la spesa sanitaria. Non solo, nonostante i numerosissimi richiami fatti sappiamo che la medesima prestazione sanitaria costa 5 in alcune regioni e 15 in altre. Ciò avviene perché in alcune Regioni non si presta attenzione agli acquisti; spesso il personale è in esubero, perché per anni le aziende sanitarie sono state usate per calmierare una situazione sociale caratterizzata dalla mancanza di lavoro. Nel comparto sanitario è stato assunto personale che, pur non essendo più necessario, deve comunque restare per mantenere la pace sociale. Ebbene, quelle che ho elencato sono tutte abitudini che vanno assolutamente corrette.

La Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni volta ad emanare linee-guida certe rappresenta una buona soluzione che rientra proprio nei compiti di indirizzo che lo Stato ha mantenuto a sé,

anche nell'ambito del nuovo dettato del Titolo V della Costituzione. Ciò serve a mettere al riparo da contestazioni gli esercenti la sanità, vale a dire tutti i medici, da quelli di base agli specialisti. Sappiamo infatti che il medico sprovvisto di linee-guida teme la rivalsa del paziente al quale non prescrive esami strumentali e visite specialistiche accessorie; di qui l'enorme dilatazione della spesa. D'altra parte, come può un medico negare a un paziente di procedere in un certo modo? Di qui la rincorsa di inutili pratiche di medicina difensiva. Di contro, il medico che disporrà di linee-guida precise, al paziente che si presenterà in visita per un livido al ginocchio dovuto a una caduta non prescriverà un'immediata risonanza magnetica, come oggi invece spesso avviene. È senza dubbio un'ottima scelta cercare di stabilire criteri per definire l'appropriatezza delle prescrizioni e delle prestazioni.

Vorrei fare un'altra osservazione concernente l'utilizzo dei fondi di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67. È già stato detto che alcune Regioni ne hanno utilizzati una gran parte mentre altre che ne hanno utilizzati in misura inferiore per mancanza di progettualità. Il fatto più grave è che si sono verificate situazioni in cui questi fondi, data la disposizione di impiegarli a tutti i costi, sono stati utilizzati per progetti in realtà inutili. Ciò si è verificato a macchia di leopardo, un po' dappertutto, non voglio colpevolizzare nessuno in particolare, ma non deve più accadere. Ritengo giusto e corretto che si pensi di impiegare questi fondi per ristrutturare o creare *ex novo* strutture laddove servono. Analogamente sono dell'avviso che dove invece vi sono strutture piccole ad elevatissimi costi e alta inefficienza si possa pensare che non valga assolutamente la pena investire risorse.

Non mi soffermo sulle apparecchiature dismesse che, ancorchè tematica banale, credo sia comunque una cosa positiva.

Il limite massimo regionale per il rimborso e la compensazione tra le Regioni rientra, a mio avviso, nel criterio di responsabilizzazione della sanità di ogni Regione. Per alcuni interventi trasferirsi da una Regione all'altra dipende da una cattiva abitudine e da scarsa informazione. Ciò non vale ovviamente per i pazienti oncologici e per le discipline di alta specialità. È noto infatti che alcuni centri ad elevata specializzazione sono presenti solo in alcune Regioni; in casi del genere nessuno impedirà mai la migrazione sanitaria. Per altre prestazioni, mi sembra invece giusto porre un freno.

Altro tema che vorrei affrontare è la rimodulazione dei livelli essenziali di assistenza. Si tratta di capire quali casi possono essere risolti a livello di regime ambulatoriale piuttosto che di ricovero. Anche in questo caso in alcune Regioni e aziende ospedaliere moltissimi interventi sono ormai realizzati in *day hospital*, *day surgery*, eccetera. Persistono invece situazioni in cui per interventi banali i pazienti sono ricoverati per tre o quattro giorni. Anche in questo caso sono necessarie delle indicazioni.

Mi scuso per l'intervento poco organico ma sto cercando di non ripetere quanto già rilevato dai colleghi intervenuti.

Giudico positivamente gli accantonamenti previsti alla tabella A. La copertura della disciplina delle attività trasfusionali, della produzione nazionale degli emoderivati, l'aumento dello stanziamento delle borse di studio per i medici specializzandi, il fondo concernente il divieto delle pratiche di mutilazione sessuale e non ultimo, da noi approvati qualche giorno fa, gli indennizzi in favore dei soggetti danneggiati da complicanze irreversibili da vaccino.

Per tali ragioni sostengo che il disegno di legge finanziaria in esame prevede fondi e provvedimenti che consentiranno al cittadino utente di capire ciò che abbiamo realizzato e a che cosa servono i fondi; si tratta di provvedimenti davvero importanti.

Altrettanto importante è l'incremento del sostegno alla ricerca scientifica, anche attraverso la possibilità di destinazione del 5 per mille dovuto a titolo di imposta sul reddito delle persone fisiche. Si dirà che non è abbastanza, ma nelle precedenti legislature quest'aumento non era mai stato realizzato.

Per quanto concerne la tabella E, considero positiva la riduzione dello stanziamento (è un mio pallino) dei fondi per il Policlinico Umberto I di Roma, non perché sia contenta di ciò, non vorrei essere fraintesa, ma per un'annosa questione riguardante i programmi di ristrutturazione aziendale mai presentati nel corso degli anni al Parlamento e al Ministero. Il Policlinico ha ricevuto per anni centinaia di milioni di vecchie lire e poi di euro di cui non ha mai dato conto delle modalità di utilizzo. È persino emerso che parte dei fondi ricevuti non sono stati mai utilizzati; non mi sembra, comunque, che la gestione stia andando particolarmente bene; ultimamente anche sui giornali si legge che sta attraversando un'ennesima fase di travaglio gestionale.

Esprimo quindi il mio voto favorevole sulla manovra finanziaria in esame che contiene provvedimenti importanti senza ricorrere a nuove tasse, che i cittadini, nell'immediato o nel futuro, potranno concretamente apprezzare.

* ROLLANDIN (*Aut*). Vorrei esprimere alcune osservazioni in merito agli articoli che riguardano la sanità e il settore della ricerca. Mi preme innanzi tutto sottolineare che la Valle d'Aosta è in teoria fuori dal problema è a totale carico della Regione. Ciò dovrebbe avvenire per legge anche per altre realtà ma così non è, visto che regolarmente nel bilancio vi sono fondi destinati alla copertura della sanità di altre Regioni sottoposte ai medesimi vincoli. Ciò a futura memoria. Tale meccanismo di finanziamento doveva essere in parte coperto dallo Stato attraverso la manovra sull'IRAP sull'evoluzione dei cui eventi non intendo soffermarmi. La questione rimane aperta ma non è un problema che riguarda questa Commissione.

Mi soffermo invece su due aspetti. Il primo concerne la mobilità tra Regioni, questione già sollevata nel corso del dibattito anche in collegamento all'importanza di linee-guida sull'appropriatezza delle prescrizioni. Per limitare la mobilità è stata individuata la soluzione del tetto di spesa

che presenta indubbiamente dei limiti, posto che crea una situazione tale per cui allorché si esauriscono le risorse, la possibilità della mobilità finisce. Chiediamo che vi sia maggior autonomia nella verifica delle condizioni per cui si realizza tale mobilità. Mi riservo di sottoporre all'attenzione della Commissione una serie di dati, relativi alla mia Regione, comparati con quelli del Piemonte e della Lombardia al fine di chiarire come, malgrado l'aumento di disponibilità a livello regionale, si sia contemporaneamente registrato un aumento della mobilità che, in verità, è legata ad un atteggiamento che si sta purtroppo trasformando in una sorta di vezzo. Mi riferisco all'accreditamento, abbastanza generoso, delle strutture private con conseguente significativo richiamo dei pazienti «nella struttura» e con una serie di indirizzi tendenti alla chirurgia facile, che ha portato a spese assolutamente spropositate.

Riuscire a limitare questo flusso sconsiderato ed esagerato è un impegno che vorremmo fosse condiviso da tutti, tant'è vero che presenteremo un emendamento che prevede la possibilità per le Regioni che pagano di avere ulteriori filtri per il rilascio delle prescrizioni, affinché non sia il medico a dire al paziente che deve essere operato e quest'ultimo si faccia poi operare in una clinica: questo è quanto succede oggi in modo sconsiderato. A nostro avviso, il tetto di spesa non risolve questo problema che è abbastanza grave.

Per quanto riguarda l'utilizzo dei fondi ex articolo 20 della legge n. 67 del 1988 per ospedali e strutture ospedaliere, in effetti è corretto quanto è stato rilevato dal momento che non sempre tale utilizzo è stato oculato. Tuttavia, nei limiti delle nuove percentuali di posti letto previsti per gli ospedali o per la parte ambulatoriale, privilegiando una migliore integrazione territoriale, non accentuando la tendenza purtroppo verificata da questa Commissione, vorremmo fosse rivolta una particolare attenzione alle Regioni in cui vi è una carenza di posti letto.

Sottolineo poi la mia perplessità in ordine alla destinazione del 5 per mille dell'imposta sul reddito delle persone fisiche. Tenuto conto che s'individuano come settori beneficiari sia la ricerca che il volontariato, non vorrei che si attivasse una gestione particolare volta a privilegiare le esigenze di un comparto a danno dell'altro. Non vorrei che questo 5 per mille facesse la fine dell'8 per mille che è stato utilizzato per finalità diverse da quelle previste.

Ricollegandomi a quanto detto da alcuni colleghi, esprimo il mio apprezzamento per la giusta importanza riconosciuta al settore della medicina veterinaria, non solo in conseguenza del pericolo di pandemie ma quale presidio indispensabile per un'efficace tutela preventiva della salute pubblica. A mio avviso, deve crescere sempre più la convinzione che la prevenzione passa attraverso questo tipo di organizzazione, cui chiediamo vengano assegnati i fondi necessari perché possa raggiungere un significativo sviluppo.

In conclusione, esprimiamo il nostro voto contrario per le criticità che con altri colleghi abbiamo sottolineato, pur rilevando alcuni aspetti positivi che ho citato nel corso del mio intervento.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Signor Presidente, aggiungo alcune osservazioni alla relazione introduttiva del collega Di Girolamo e alle osservazioni testè formulate dal senatore Rollandin. Anch'io esprimo, a nome del Gruppo della Margherita, parere contrario alla parte sanitaria di questa finanziaria. La ragione di tale contrarietà risiede innanzi tutto nell'insufficiente finanziamento del Fondo sanitario nazionale, ancorchè le considerazioni espresse dai colleghi di maggioranza dimostrino come le stime trovino difficilmente piena rispondenza. Una stima economica in campo sanitario dovrebbe rispondere però alla realizzazione e alla riorganizzazione di strutture e servizi sul territorio nazionale. Non esistono solo gli indicatori interni al nostro Stato, al nostro Governo, ma vi sono anche quelli dell'Organizzazione mondiale della sanità. Diversa è la stima per altri comparti rispetto al settore sanitario e sappiamo benissimo che in tale campo una corretta programmazione può diventare realtà.

Come ho rilevato ieri in sede di discussione congiunta, in termini di principio nessuno è contrario alla mobilità sanitaria, non fosse altro perché il paziente desidera giustamente restare nel territorio in cui vive usufruendo di un servizio efficace, efficiente e umano. Dobbiamo però interrogarci su questo punto con riferimento anche alle Regioni che voi governate da tanti, forse troppi, anni. A fronte di questa norma cosa farà la Regione Lombardia, in cui vivo e che ha rappresentato per voi un modello, considerate le sue 21 cardiocirurgie che importano persone anche dall'estero e non solo da altre Regioni? Vedremo come si porrà finalmente fine alla presenza in Lombardia di 21 cardiocirurgie. Se si tratta di questo, siamo d'accordo. Guardate però che in alcune Regioni non si sono create le condizioni per realizzare tutto questo, anche attraverso il controllo che il Ministero avrebbe dovuto esercitare. Colleghi della maggioranza, potete anche sostenere che questa situazione risale al passato, ma pur ammettendo che vi siete trovati a governare in un momento di difficoltà economica, quanto meno avreste potuto svolgere la vostra funzione di controllo per cambiare rotta rispetto a un passato che vi ha premiato, avendovi consentito di governare il Paese.

In sostanza, sui provvedimenti in esame il nostro giudizio complessivo è negativo, per il sottofinanziamento del Fondo sanitario nazionale, ma soprattutto per l'assenza di una prospettiva in campo sanitario, piuttosto che dal punto di vista politico, visto che mentre approvate la *devolution*, varate una finanziaria ipercentralizzatrice. Nei prossimi mesi sarà interessante osservare come gestirete la prenotazione unica e le liste d'attesa a livello centrale. Il messaggio dato al povero cittadino che vive una condizione di *deficit* in campo sanitario è davvero preoccupante, dal momento che egli non sa quanti miliardi sono stati complessivamente stanziati, avendo giustamente, delegato altri ad occuparsene.

Un altro aspetto: è difficile immaginare un servizio sanitario razionale quando si disattendono completamente alcune emergenze presenti nel Paese ed emerse anche nel corso di alcune indagini conoscitive della Commissione. Il tasso di invecchiamento della nostra popolazione è segno di grandissima civiltà e di ottimo funzionamento del servizio sanitario. È

sufficiente confrontare i dati di trent'anni fa con quelli odierni per evincere il significativo miglioramento delle condizioni di vita e del livello del servizio sanitario offerto. Il tasso di invecchiamento della popolazione esigerebbe una programmazione e stanziamenti diversi da quelli previsti nel disegno di legge finanziaria. Il fondo per la non autosufficienza non è un pallino né dell'Unione né della Margherita, ma solo una corretta esigenza di civiltà; è una carenza gravissima soprattutto – ripeto – alla luce del parere favorevole espresso dal Ministro della sanità e, all'unanimità, dai colleghi della Camera circa l'istituzione di tale fondo. È grave lasciare alla chiusura della legislatura un'eredità di tale natura al prossimo Governo, a prescindere da chi governerà.

Cito un esempio che permette di comprendere come il disegno di legge finanziaria in esame sia debole nel contenuto politico mettendo a nudo la debolezza dello stanziamento da voi proposto per la mobilità sanitaria. Mi riferisco alle persone in coma, esempio che serve a capire come le norme relative alla mobilità non producano alcun effetto in presenza di tali patologie. In più della metà del nostro territorio mancano strutture sanitarie atte a consentire il risveglio di queste persone. Ovviamente non mi riferisco alle strutture di accoglienza che rivestono un ruolo socio-assistenziale. Poiché strutture idonee a tal fine esistono solo in alcune Regioni, la tematica non può essere affrontata sulla base del disegno di legge finanziaria in esame.

Considero inoltre inadeguata la risposta data con riferimento all'assistenza sanitaria dei cittadini immigrati. Alcune Regioni stanno affrontando il problema, ma la quasi totalità non se ne preoccupa minimamente. Sono solo alcuni esempi, a dimostrazione che il disegno di legge finanziaria in campo sanitario appare caratterizzato da un'ottica centralistica, riattribuendo al Ministero competenze demandate alle Regioni. Si sarebbe semmai dovuta finanziare meglio e in misura maggiore una funzione di controllo che risulta invece del tutto carente.

Esprimiamo quindi un parere fortemente negativo, con l'auspicio che con il maxiemendamento provvediate a correggerne alcune parti.

* BIANCONI (FI). Signor Presidente, il disegno di legge finanziaria rappresenta un ponte per il futuro. Se il Presidente me lo permette, vorrei esprimere qualche riflessione su quello che aleggia in questa Commissione in momenti topici, come quelli in cui ci si occupa del sistema sanitario nazionale. Si sta parlando di una devoluzione che arriverà e che sarà volta a migliorare il nuovo dettato del Titolo V della Costituzione, come modificato nella scorsa legislatura. Il Titolo V attribuisce responsabilità alle Regioni, ma certamente non abbiamo creato noi 21 sistemi sanitari regionali diversi, essendo tale situazione preesistente. Bisognerà sfatare il mito dei 21 sistemi sanitari regionali. Non si può parlare in Italia di un unico servizio sanitario nazionale, atteso che da sempre esistono situazioni di disagio, difficoltà e differenza tra Regione e Regione. Il Titolo V, al massimo, può aver attribuito responsabilità precise alle amministrazioni regionali.

Non ci si può incolpare del fatto che per andare incontro ai cittadini e non aumentare il *gap* tra le Regioni si prevedono norme «centralistiche» che possono servire all'intero sistema sanitario nazionale e a tutti i cittadini italiani. Anche se abbiamo affrontato il problema dei livelli essenziali di assistenza forse, non compiutamente ed ovviamente tutto è migliorabile, noi ce ne siamo occupati e dal Nord al Sud oggi vengono offerte prestazioni prima mancanti e sono state anche introdotte linee-guida comuni.

Ci incolpate oggi di aver predisposto un disegno di legge finanziaria centralistico, in quanto su alcuni temi cerchiamo di dare indirizzi alle Regioni. Per fortuna che lo facciamo, visto che cercheremo comunque di mettere a punto qualche diversa misura di controllo.

Convengo con la senatrice Baio Dossi sul fatto che avremmo dovuto garantire un maggior controllo. Ma confidavamo sul senso di responsabilità delle Regioni, quel senso di responsabilità che manca nel sistema sanitario nazionale, che non sente sulle proprie spalle la responsabilità di gestire denaro pubblico destinato non solo alle Regioni ma distribuito su tutto il territorio nazionale. Certamente potevamo fare di più. Plaudo, ad esempio, all'iniziativa del Ministero che afferma che ora i controlli non sono più in capo all'economia ma al settore sanitario, quindi al Dicastero della salute. Un punto certo: finalmente ci si occupa della questione!

Concordo con il senatore Mascioni, laddove rileva che il problema dei finanziamenti, sul quale mi soffermerò successivamente, è un problema di cassa. Non a caso alcune Regioni si sono viste costrette ad accendere mutui proprio per la gravità della situazione di cassa. Un Ministero che effettua controlli a tappeto è in grado anche di sveltire tutte le procedure, determinando la contrazione dei debiti da parte delle Regioni, dovuta alla difficoltà e a volte alla farraginosità con cui i diversi Ministeri devono determinare i cosiddetti flussi di cassa.

Nella seduta di ieri il senatore Mascioni ha riportato una serie di dati che non contesto, trattandosi di percentuali che non conosco. Mi limito solo a rilevare che in questo quadriennio le risorse destinate al fondo sanitario nazionale hanno registrato un incremento considerevole, tenuto conto che sono passate da 64 a 90 miliardi di euro. Ricordo, forse per difetto, che l'ultimo disegno di legge finanziaria del centro-sinistra, quando ancora l'economia era piuttosto florida, registrava per il comparto sanità un fabbisogno di cassa immediato del fondo sanitario nazionale di oltre 7.000 miliardi di vecchie lire.

Vado per difetto, ma tutti ricordiamo il famoso accordo «Giarda»: subentrammo al Governo a giugno e a luglio dovemmo reperire le risorse da destinare alle Regioni che altrimenti si sarebbero trovate in enorme difficoltà. Ebbene, questa finanziaria aumenta gli stanziamenti e ripiana in parte i debiti delle Regioni. Mi spiace moltissimo che si penalizzino ulteriormente le Regioni virtuose, ma ciò è necessario per senso di responsabilità, dal momento che alcune Regioni non lo sono e «hanno fatto spallucce» anche rispetto agli accordi sottoscritti dai loro governatori, creando debiti al cui pagamento dovranno contribuire anche le Regioni virtuose, e

con loro tutti i cittadini italiani. Alla luce di ciò, vista la sordità di alcune Regioni, non credo che si faccia male a ripristinare un po' di centralismo.

Non mi dilungo sugli sprechi regionali già ampiamente descritti dal collega Salzano e di cui, peraltro, non parliamo solo noi. In proposito ricordo che quest'estate anche i *big* del centro-sinistra hanno avanzato critiche sui giornali rilevando che i nuovi governatori, probabilmente presi dall'euforia del governare le Regioni, si sono lasciati andare a spese allegre.

È mai possibile che nessun governatore, nessun assessore alla sanità debba porsi il problema degli sprechi? Corposa è la letteratura esistente sulle migliaia di miliardi di sprechi derivanti dalla cattiva gestione o dalle cattive pratiche cliniche che comportano spesso e volentieri la morte o un aggravio della salute del paziente, e, quando ciò non accade, uno spreco di risorse nel settore sanitario. Da questo punto di vista le Regioni dovranno rideterminare tutti i percorsi diagnostici, tutte le cosiddette linee-guida per risparmiare e mettere a disposizione dei loro cittadini fondi certamente utili.

Concludo sulle liste di attesa. Lo scempio più grande della riforma Bindi, quello che ogni cittadino ricorda, è il cosiddetto doppio canale, visto che in alcune Regioni le cosiddette liste chiuse sono ormai una quotidianità. Il cittadino con la prescrizione di un urgente esame diagnostico spesso si sente rispondere che la lista è chiusa e che deve presentarsi qualche mese dopo perchè tante sono le persone in attesa. Ebbene, questo stesso paziente con lo stesso medico e la medesima strumentazione può fare l'esame diagnostico lo stesso giorno ovviamente a pagamento. Non c'è da stupirsi poi se il paziente giustamente si arrabbia. A mio giudizio il Ministro ha fatto bene a porsi il problema e a destinare più risorse alle Regioni, purché questo scempio abbia finalmente fine: è un atto di gran responsabilità che i cittadini capiranno molto bene e forse è proprio questo che a voi dispiace. Sono anche convinta che, trattandosi di una problematica incancrenita, non basterà solo questa iniziativa ma serviranno altre forme di intervento. Comunque, ci siamo posti il problema e stiamo cercando di individuare una soluzione.

Concludo ringraziando il relatore Tredese per il lavoro svolto e dichiarando il voto convintamente favorevole di Forza Italia sulla parte corposa e interessante della finanziaria relativa al comparto sanitario. Plaudo al Ministro e ai Sottosegretari che so essersi dati molto da fare. Tra l'altro, in questa finanziaria vengono finalmente rideterminati i cosiddetti repertori per una serie di patologie (stomizzati, incontinenti, portatori di protesi) che da tempo necessitavano di attenzione.

ULIVI (AN). La finanziaria 2006 prevede 2 miliardi di euro per il risanamento dei debiti delle Regioni relativi al triennio 2002-2004 e ciò nonostante vi siano leggi ed accordi regionali che imporrebbero alle amministrazioni regionali di ripianare i propri debiti in sanità con mezzi propri. La stessa finanziaria 2006 prevede un incremento di 3 miliardi di euro del fondo previsto per il 2005 di cui 2 miliardi destinati all'abbattimento delle

liste di attesa. Si è in presenza di un fattore estremamente positivo, che tende a porre fine a quello scempio, all'ingiustizia che i cittadini debbono subire. Non si può accettare che per accedere alle analisi, siano esse specialistiche o ambulatoriali, il cittadino debba aspettare mesi e mesi. Si sostiene che il provvedimento così come impostato abbia poca importanza, personalmente credo ne abbia molta, dal momento che vieta la chiusura delle liste di attesa.

Sono toscano e posso assicurarvi che la Toscana cerca di fare un lavaggio del cervello a tutti gli italiani, in modo particolare ai suoi abitanti, presentando la sua sanità come la migliore. Non è assolutamente vero, non sarà la peggiore ma nemmeno la migliore. Abbiamo provato un piccolo esperimento: circa un mese fa abbiamo formulato telefonicamente, anche attraverso un medico, la richiesta di una TAC. Ebbene, non solo non è stato indicato il tempo utile per la prestazione, ma è stato comunicato di ritelefonare un mese e mezzo dopo per fissare un appuntamento e stabilire una data. Fatta questa premessa, reputo questo provvedimento molto importante anche laddove prevede che il cittadino che non riceve la visita nei tempi stabiliti (sui quali sarebbe opportuno rivedere gli accordi raggiunti con le Regioni essendo eccessivi i famosi 30 o 60 giorni di attesa, a seconda del tipo di visita), senza un costo aggiuntivo, può ricorrere a strutture accreditate o, come ricordava la senatrice Bianconi, al servizio a pagamento, mediante il quale può accedere in breve tempo alla prestazione.

È importante, poi, la previsione dell'istituzione della Commissione nazionale sull'appropriatezza delle cure, considerati gli sprechi e gli errori madornali che quotidianamente si riscontrano.

Non voglio soffermarmi, per mancanza di tempo e perché lo hanno già fatto altri colleghi, sul già citato articolo 20, sulla tabella A, sul problema degli emoderivati, sui danni da vaccinazione e su tutto ciò che ha benissimo messo in evidenza la senatrice Boldi.

Condivido quanto rilevato dal senatore Rollandin sul settore veterinario.

Non sono d'accordo invece con quanto affermato dalla senatrice Baio Dossi sulla volontà di imporre una centralizzazione nel settore della sanità. Infatti, accordi con le Regioni già esistono e sono previsti anche in questo disegno di legge finanziaria. Mi sembra, quindi, che un'accusa del genere non sia appropriata.

Considero importante aver previsto la destinazione del famoso 5 per mille al volontariato e alla ricerca.

Se non si verificheranno gli sprechi di ciascuna Regione, non si potranno prevedere stanziamenti adeguati. La Commissione sulla verifica dell'efficienza ed efficacia del Servizio sanitario, la settimana scorsa ha effettuato una visita nelle Province di Taranto, Brindisi e Lecce. Abbiamo constatato con piacere la presenza di un ottimo ospedale ma che, guarda caso, è gestito privatamente dalle suore Marcelline; mi riferisco in particolare all'ospedale di Tricase. Durante questa visita abbiamo riscontrato anche cattedrali nel deserto ed enormi sprechi. In un Paese di 20.000 abi-

tanti è prevista, ad esempio, una mega-struttura, già costruita, per 600 posti letto, di cui circa 500 attivati che è di fatto ingestibile sotto tutti i punti di vista (riscaldamento, pulizia, eccetera). Inoltre, a distanza di una decina di chilometri esistono altri ospedali simili a quelli che ho testè descritto.

Quindi, in primo luogo le Regioni e poi le ASL dovrebbero razionalizzare la dislocazione dei presidi e segnatamente degli ospedali, senza accontentare, come è magari successo in passato, ogni senatore o deputato che voleva costruire ospedali di tali dimensioni per darsi un'immagine sul proprio territorio.

Non mi dilungo al riguardo perché siamo in presenza di un disegno di legge finanziaria che prevede per il settore della sanità il massimo di ciò che può permettersi alla luce delle attuali possibilità economiche della Nazione. Il provvedimento, inoltre, evidenzia alcune evidenti storture (liste d'attesa in modo particolare) cercando in qualche modo di risolverle. Certamente non affronta e non può affrontare quello che non è giusto in sanità. Basti pensare agli sprechi che continuano a perpetrarsi nel tempo e al fatto che si ordinano le attrezzature prima ancora di creare i reparti (radiologia, cobalto terapia e via dicendo). Quando i famosi *bunker* sono pronti le apparecchiature sono ancora imballate e ormai tecnologicamente superate, visto che fortunatamente la scienza va avanti.

Per tutti questi motivi esprimo il voto favorevole di Alleanza Nazionale sulla manovra finanziaria in discussione.

MASCIONI (*DS-U*). Sarò molto sintetico perché a differenza di alcuni colleghi della maggioranza che si sono limitati a una dichiarazione di voto, sono già intervenuto in discussione generale.

Dichiaro il mio parere non favorevole relativamente alla parte del disegno di legge finanziaria relativo alla sanità, richiamandomi oltre al mio intervento anche a quanto il collega Di Girolamo ha precedentemente argomentato.

Poiché in Commissione abbiamo sempre discusso dei massimi sistemi della sanità, per una volta possiamo anche farne a meno.

Mi soffermerò brevemente sull'intervento un po' strumentale in riferimento al presidente Bassolino fatto dal collega Francesco Salzano. Per mia storia politica e amministrativa, non difendo affatto chi produce consulenti, consulenze, uffici studi solo per distribuire posti e indennità. Il discorso però, impostato in questi termini, porterebbe lontano. Penso alle promozioni di dirigenti non smentite ma di cui ho letto sui settimanali, alle centinaia di nomine spesso riguardanti persone senza titolo di studio, neppure del diploma di scuola media secondaria, fatte dall'attuale Ministro della salute, quando era Presidente della giunta regionale del Lazio. Penso alla politica estera di Formigoni e agli sperperi mostruosi, e lo sottolineo, che sono ormai prassi costante nella Regione Sicilia. Seguendo la logica del collega che mi ha preceduto tanti sarebbero gli argomenti da richiamare in questo campo.

Le grandezze però sono diverse e i bilanci della sanità sono tali che è improprio pensare al loro risanamento solo attraverso una più oculata ge-

stione di altri capitoli. Ho voluto rilevare questi punti per evitare di entrare in un terreno scivoloso che non vedrebbe solo un Presidente di Regione criticabile per alcune decisioni assunte. Se si entra in questo territorio non se ne esce più e non è questa la soluzione del problema, dal momento che la sanità richiede ben altre cure.

Ho seguito con attenzione l'intervento della collega Bianconi che mi sembra implicitamente su questa linea. In materia non servono dosi di demagogia. Analogamente, il rigore è necessario in ogni piega dei bilanci di tutte le Regioni.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione.

(Il Presidente accerta la presenza del numero legale)

PRESIDENTE. Metto ai voti la proposta di rapporto favorevole con osservazioni presentata dal relatore, senatore Tredese.

È approvato.

Risulta pertanto preclusa la proposta di rapporto di minoranza, che verrà comunque comunicata alla 5^a Commissione ai sensi dell'articolo 126, comma 6, del Regolamento.

L'esame congiunto dei documenti di bilancio, per quanto di nostra competenza, è così concluso.

I lavori terminano alle ore 10.

