

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

## 12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

---

### RESOCONTO STENOGRAFICO

---

BILANCIO DI PREVISIONE DELLO STATO PER L'ANNO FINANZIARIO  
2000 E BILANCIO PLURIENNALE PER IL TRIENNIO 2000-2002 (n. 4237-B)

**Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 2000  
(Tabella 16)**

*(Approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati)*

---

DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE E  
PLURIENNALE DELLO STATO (LEGGE FINANZIARIA 2000) (n. 4236-B)

*(Approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati)*

---

*IN SEDE CONSULTIVA*

## I N D I C E

VENERDÌ 17 DICEMBRE 1999

**(4237-B) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2000 e bilancio pluriennale per il triennio 2000-2002**, approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

**(Tabella 16)** Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 2000

**(4236-B) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2000)**, approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

**(Esame congiunto. Rapporto favorevole con osservazioni alla 5<sup>a</sup> Commissione, ai sensi**

**del'articolo 126, comma 6, del Regolamento)**

\* PRESIDENTE (Carella - Verdi.-l'Ulivo), relatore alla Commissione sulla Tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria . . . . . Pag. 3, 5, 9 e passim

\* BERNASCONI (Dem. Sin.-l'Ulivo) . . . . . 17

BETTONI BRANDANI, sottosegretario di Stato per la sanità . . . . . 16

BRUNI (Forza Italia) . . . . . 18

CAMPUS (AN) . . . . . 6, 9, 18

MANARA (Lega Forza Padania per l'ind. del Nord) . . . . . 5, 10, 18

\* TOMASSINI (Forza Italia) . . . . . 11

N. B. - L'asterisco indica che il testo del discorso è stato rivisto dall'oratore.

VENERDÌ 17 DICEMBRE 1999

**Presidenza del presidente CARELLA**

*I lavori hanno inizio alle ore 10,40.*

**(4237-B) Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2000 e bilancio pluriennale per il triennio 2000-2002 e relative**, approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

(**Tabella 16**) Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 2000

**(4236-B) Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2000)**, approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati (Esame congiunto. Rapporto favorevole con osservazioni alla 5<sup>a</sup> Commissione, ai sensi dell'articolo 126, comma 6, del Regolamento))

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione sulla Tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. L'ordine del giorno reca, per il rapporto alla 5<sup>a</sup> Commissione, l'esame congiunto, per quanto di competenza, dei disegni di legge: «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2000 e bilancio pluriennale per il triennio 2000-2002» - Stato di previsione del Ministero della sanità per l'anno finanziario 2000 (Tabella 16) e «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2000), già approvati dal Senato e modificati dalla Camera dei deputati.

Mi limiterò a riferire alla Commissione sulle modifiche introdotte dalla Camera dei deputati alla Tabella 16 e alle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria.

Per quanto riguarda l'articolo 28 del testo approvato dalla Camera dei deputati, le modifiche riguardano l'entità della quota di partecipazione regionale alla spesa per le prestazioni in regime libero-professionale. La quota viene incrementata e deve essere variabile tra il 50 e il 70 per cento della tariffa prevista per le prestazioni istituzionali a carico del Servizio sanitario nazionale.

Il comma 3 dell'articolo 28 fa specifico riferimento alle tariffe delle prestazioni libero-professionali erogate in regime di ricovero o di *day hospital* svolte in strutture sanitarie non accreditate. Queste tariffe sono determinate da ciascuna azienda d'intesa con il dirigente sanitario interessato

e sono a totale carico dei richiedenti; all'azienda è dovuta una quota della tariffa della tariffa nella misura stabilita dai contratti collettivi nazionali.

Il comma 4 dell'articolo 28 alla partecipazione ai proventi delle attività professionali rese in regime libero-professionale. Tale quota viene stabilita dai contratti collettivi nazionali e per quanto concerne le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio la partecipazione non può essere superiore al 50 per cento della tariffa praticata dall'azienda.

Il comma 5 è stato modificato nella parte che stabilisce che per le prestazioni libero-professionali, ivi comprese quelle di diagnostica e di laboratorio, erogate in regime ambulatoriale, all'azienda compete non solo il rimborso dei costi diretti e indiretti sostenuti ma anche una quota della tariffa nella misura stabilita dai contratti collettivi nazionali.

Il fondo per l'esclusività del rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario, contemplato nel comma 8 dell'articolo 28, è ulteriormente integrato a decorrere dall'anno 2000 di lire 70 miliardi annue.

Il comma 12 dell'articolo 28 è stato introdotto dalla Camera dei deputati ed autorizza un'ulteriore spesa di 10 miliardi per ciascuno degli anni 2000, 2001 e 2002 per consentire il potenziamento delle strutture di radioterapia nell'ambito dei programmi di edilizia di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

Il comma 13, anch'esso interamente introdotto dalla Camera dei deputati, stabilisce che ai fini dell'utilizzo delle risorse di cui all'articolo 50, comma 1, lettera c), della legge 23 dicembre 1998, n. 448, le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB), che risultino essere state inserite nei programmi di intervento per la realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e disabili non autosufficienti e che naturalmente siano già state ammesse ai finanziamenti disposti dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, conservano il contributo attribuito a condizione che le IPAB stesse, ancorchè depubblicizzate, risultino essere enti senza scopo di lucro, che le opere realizzate con tali finanziamenti siano autorizzate ai sensi del decreto legislativo n. 502 del 1992 e che, infine, le residenze sanitarie assistenziali per anziani e disabili non autosufficienti realizzate dalle IPAB stesse siano accreditate ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Nell'articolo 29, che reca come titolo «Contenimento e razionalizzazione della spesa farmaceutica», il termine entro cui le imprese titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio dei medicinali, i grossisti e le farmacie provvedono a versare a favore del Servizio sanitario nazionale la quota di loro spettanza del contributo previsto dall'articolo 36 della legge n. 449 del 1997, inizialmente fissato al 30 aprile 2000, viene fatto slittare al 30 giugno 2000; si prevede inoltre che tali soggetti devono provvedere a questo versamento secondo criteri e modalità di ripartizione – è questa la novità – che tengano conto dei principi di equità distributiva, stabiliti con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, di concerto con il Ministro della sanità e con il Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato. Naturalmente, con la modifica di tale articolo si prevede il versamento di un acconto sulla

quota di loro spettanza del contributo a favore del Servizio sanitario nazionale. In ogni caso, i grossisti sono tenuti al versamento del contributo soltanto per le vendite effettuate alle farmacie delle regioni che hanno determinato il superamento del limite di spesa farmaceutica.

Il comma 2 del medesimo articolo stabilisce le modalità per il versamento dell'acconto, che è determinato detraendo dall'ammontare totale del contributo dovuto l'importo equivalente alla quota dell'IVA dal 4 per cento al 10 per cento non rinfanziata dal decreto-legge n. 669 del 1996.

Il comma 4 stabilisce che, fermo restando, per le specialità medicinali a base di principi attivi per i quali è scaduta la tutela brevettuale, quanto previsto dal comma 7 dell'articolo 36 della legge n. 449 del 1997, a decorrere dal 31 gennaio 2000 il prezzo delle specialità medicinali rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale è ridotto del 5 per cento rispetto al prezzo calcolato secondo i criteri stabiliti dal CIPE.

Il comma 5 indica le categorie di farmaci escluse da questa riduzione del 5 per cento; si tratta delle specialità medicinali coperte in Italia da brevetto di principio attivo, di quelle coperte dal brevetto di formulazione o di modalità di rilascio o di somministrazione purchè ottenuto con la procedura del brevetto europeo, delle specialità medicinali coperte da brevetto di indicazione terapeutica purchè giudicato dalla Commissione unica del farmaco rilevante sotto il profilo terapeutico, delle specialità medicinali di origine biologica o ottenute con processi biotecnologici.

Il comma 6 afferma comunque che restano esclusi dalla riduzione i medicinali di cui all'articolo 3, comma 130, della legge n. 549 del 1995, come sostituito dall'articolo 1, comma 3, del decreto-legge n. 323 del 1996.

MANARA. Quali sono questi farmaci?

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione sulla Tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. La sua è una giusta osservazione, senatore Manara, ma in assenza di una relazione tecnica non sono in grado di rispondere alla sua domanda. Nella norma precedente non sono questi farmaci non sono indicati e quindi non abbiamo a disposizione un fascicolo preciso.

Con l'articolo 34 è stata praticamente reintrodotta la disposizione inizialmente contenuta nel disegno di legge e stralciata dal Senato relativa alla istituzione di un organismo unico nazionale avente per scopo la razionalizzazione della domanda di beni e servizi delle aziende sanitarie, nonché l'effettuazione di acquisti centralizzati nel settore sanitario. La Commissione all'unanimità aveva proposto lo stralcio di questo articolo che invece è stato reintrodotta dalla Camera dei deputati, anche se modificato ampiamente rispetto alla previsione originaria in quanto si presenta con contenuti più attenuati.

L'articolo 34, avente per titolo «Razionalizzazione e ottimizzazione delle procedure di acquisto nel settore sanitario», recita: «Il Governo, nell'ambito del patto di stabilità interno, promuove le necessarie intese tra le

regioni affinché queste provvedano, a decorrere dall'anno 2000, alla definizione ed alla costituzione di un organismo comune avente per scopo la selezione e la razionalizzazione della domanda di beni e servizi delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere, nonché la effettuazione di acquisti centralizzati per diverse tipologie di beni». La Camera dei deputati – ripeto – ha reintrodotto questa disposizione in una forma più *soft* ma il principio è rimasto identico.

Per quanto riguarda il disegno di legge di bilancio, per le parti di competenza della 12<sup>a</sup> Commissione, le modifiche introdotte dalla Camera dei deputati hanno determinato un incremento delle spese del Ministero della sanità in conto corrente pari a 89 miliardi, di cui 20 per l'assistenza sanitaria agli stranieri in Italia e 25 per l'assistenza sanitaria degli italiani all'estero e ancora circa 40 miliardi per gli interventi per il personale ricercatore nel campo della sicurezza alimentare; è altresì previsto un incremento delle spese in conto capitale pari a 30 miliardi.

Mi scuso per la limitatezza delle informazioni riferite con questa mia relazione ma non sono in grado di fornire indicazioni più dettagliate proprio a causa del tempo ristretto che ci è stato concesso per l'esame delle modifiche apportate dall'altro ramo del Parlamento.

Dichiaro aperta la discussione.

CAMPUS. Signor Presidente, alcune modifiche che sono state apportate dalla Camera dei deputati sono rilevanti, altre sconcertanti altre totalmente inutili. All'articolo 28 del disegno di legge finanziaria (corrispondente all'articolo 24 del testo approvato dal Senato) è previsto che, per stimolare le attività libero-professionali che potrebbero non decollare per incapacità degli operatori, le Regioni, e quindi la collettività, paghino un sussidio. In prima lettura chiesi l'abolizione di detto sussidio a carico dei cittadini; la maggioranza alla Camera dei deputati ha peggiorato la situazione prevedendo che esso possa arrivare fino al 70 per cento della tariffa prevista. A parte il fatto che quando si prevedono quote variabili si creano discrepanze nell'ambito del territorio nazionale e già questo, in ambito sanitario, non sarebbe auspicabile in ogni caso la norma in esame introduce un aggravio di spesa per la collettività a favore di singoli. Oltretutto, come avevo già denunciato, vi è uno squilibrio tra le quote regionali previste a seconda che l'attività libero-professionale sia svolta all'interno della propria azienda sanitaria oppure in un'altra. In quest'ultimo caso, infatti, il sussidio previsto è rimasto del 25 per cento mentre correttamente avrebbe voluto che, essendo aumentata di 20 punti percentuali la quota di cui al comma 1, anche il comma 2 recasse la dizione «dal 25 al 45 per cento». Infatti, non si tratta di una differenziazione dovuta ad una decisione del medico che svolge l'attività libero-professionale, né, tantomeno del cittadino, che a quella attività ricorre. Pertanto stiamo creando squilibri tra cittadini, tra aziende e soprattutto tra malati. Inoltre il comma 3 prevede che il cittadino paghi per intero, qualora le aziende non siano attrezzate per far svolgere attività libero-professionale ai medici che lavorano al loro interno, se si rivolge, per necessità, a strutture esterne

non accreditate. Accadrà così che i cittadini della Sardegna, dove le aziende ospedaliere non si sono adeguate, pagheranno l'intero costo della prestazione libero-professionale, mentre a Bolzano, dove le strutture sono attrezzate, il cittadino pagherà solamente il 30 per cento dell'attività libero-professionale del medico e al restante 70 per cento contribuiranno i cittadini sardi. Questo è sbagliato!

Quanto alle altre modifiche introdotte dalla Camera dei deputati, ritengo che siano assolutamente insufficienti. Per quanto riguarda l'ultimo periodo del comma 3, desidero evidenziare che è stato modificato l'errore sostanziale che risiedeva nello stabilire per legge, in misura non inferiore al 20 per cento, la quota della tariffa dovuta alle aziende. Il Governo si deve essere accorto che il comma 3 era in contraddizione con il decreto legislativo n. 229 del 1999, per il quale la suddivisione degli introiti delle attività libero-professionali deve essere effettuata di concerto tra medici e direttori generali dell'azienda, sulla base ed entro i limiti stabiliti dal contratto collettivo nazionale. In sede di prima lettura del disegno di legge finanziaria in Senato, il Governo ha dimenticato quanto aveva fatto approvare precedentemente inserendo nel disegno di legge finanziaria il citato tetto minimo del 20 per cento; durante l'esame presso la Camera dei deputati si è accorto di aver sbagliato e ha fatto reinserire il rinvio ai contratti collettivi nazionali, eliminando però la contrattazione locale tra il sanitario interessato ed il direttore generale dell'azienda. Anche questo comunque è un errore.

Sul comma 8, ritengo che il Governo debba dare qualche chiarimento. L'aver aumentato quello che in passato ho chiamato «il sussidione» e pertanto le spese a carico della Regione, ha comportato una diminuzione delle economie la cui previsione infatti è scesa da 150 miliardi a 80 miliardi. E dove va il Governo a cercare i 70 miliardi che mancano? Li toglie alle Regioni, prelevando dai fondi che esse hanno a disposizione per i progetti volti a perseguire gli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati dal Piano sanitario nazionale. Credo che questa, da parte del Governo, sia veramente faccia tosta. Si vuole far approvare un taglio di 70 miliardi che di fatto inciderà sugli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale, i quali sono concepiti dal Governo nell'ottica di andare incontro alle esigenze sanitarie di tutti i cittadini. Non si forniscono alle regioni i mezzi finanziari necessari per realizzare tali obiettivi perché con i fondi che avrebbero dovuto essere a ciò destinati si è voluto invece incrementare la libera professione di quei medici che, altrimenti, non avrebbero potuto svolgerla in quanto non ne sono capaci. Credo che questo sia veramente vergognoso!

Il comma 12, che è un comma nuovo, concerne il potenziamento delle strutture di radioterapia. Già il termine «strutture» mi lascia estremamente perplesso; infatti, per strutture noi intendiamo quasi sempre strutture edilizie, e del resto anche il comma 12 fa riferimento ai programmi di edilizia sanitaria. Vorrei allora sapere se il Governo è a conoscenza del fatto che attualmente il 50 per cento dei pazienti che avrebbero necessità di essere sottoposti alla radioterapia non possono esserlo non per man-

canza di strutture ma per carenza di attrezzature e di personale che le faccia funzionare. Anzi, manca prima il personale e poi le attrezzature. Inoltre, desidero ricordare che un'attrezzatura per la radioterapia costa miliardi per cui inserire nella legge finanziaria uno stanziamento di 10 miliardi a valere sull'intero territorio nazionale significa prendere in giro gli italiani. Con il comma 12 il Governo ha inteso dire: sappiamo che la situazione della radioterapia sul territorio nazionale è gravissima, che il 50 per cento dei pazienti rischia di morire prematuramente rispetto a quello che probabilmente sarebbe stato l'*iter* biologico della malattia se fosse stato possibile curarla, quindi, poiché siamo un Governo responsabile, abbiamo deciso di ripotenziare la radioterapia stanziando 10 miliardi per tutto il territorio nazionale. Ciò equivale a dispensare caramelle. Anche questa volta il Governo ha espresso la sua capacità di fare demagogia sulle spalle del malato senza spendere una lira. Per contro per il perseguimento di obiettivi come quello del ministro Bindi, del potenziamento obbligatorio dell'attività libero-professionale, sono stati trovati addirittura 70 miliardi, sottraendoli alla possibilità di migliorare il servizio per la collettività.

Sempre per quanto riguarda l'articolo 28, sono d'accordo con la novella sulle IPAB, giacchè indubbiamente si tratta di fondi che potrebbero quantomeno offrire al cittadino maggiori garanzie sulle modalità di spesa.

Con riferimento all'articolo 29, mi dispiace dover rilevare che il Senato, in sede di prima lettura, non sia stato sufficientemente sensibile, giacchè le modifiche che sono state introdotte dalla Camera dei deputati erano state da me proposte, sia in Commissione che in Aula, ed erano state respinte. Ritengo infatti giustissimo che i farmacisti versino un acconto della quota di loro spettanza del contributo a favore del Servizio sanitario nazionale, visto che le regioni pagano ai farmacisti il rimborso dei farmaci distribuiti attraverso il sistema sanitario nazionale con tre anni di ritardo e, quindi, questa categoria si trova ad anticipare allo Stato soldi non dovuti. Ricordo, a tal proposito, che il Governo deve ancora dimostrare la giustezza di una disposizione che prevede che la spesa farmaceutica sia sostenuta da chi ha solo il compito di distribuire il farmaco e nemmeno quello di potenziarne la vendita.

Riteniamo di particolare importanza che alla Camera dei deputati – ci dispiace non l'abbia fatto al Senato – il Governo abbia accolto quanto previsto al comma 2 dell'articolo 29 che prevede che l'acconto sulla quota spettante ai farmacisti è determinato detraendo dall'ammontare totale del contributo dovuto l'importo equivalente alla quota di aumento dell'IVA dal 4 al 10 per cento; si trattava infatti di una vera truffa nei confronti di farmacisti, grossisti e industrie farmaceutiche. Pertanto, plaudiamo a questa modifica apportata dall'altro ramo del Parlamento e al ravvedimento del Governo in quella sede.

È spiacevole constatare che quanto si propone in Senato rimanga in gran parte lettera morta; probabilmente se i colleghi della maggioranza stessero più attenti potrebbero fare miglior figura e preparare in prima lettura un testo più completo lasciando alla Camera la possibilità di «tim-

brare » le modifiche apportate dal Senato senza dover essere noi a rallegrarci per i miglioramenti introdotti dalla Camera.

Modifiche migliorative sono state apportate con il comma 4 e il comma 5 dell'articolo 29, i cui contenuti sono gli stessi di un emendamento da me presentato ma che questa Commissione e poi l'Aula hanno bocciato in prima lettura.

*PRESIDENTE, relatore alla Commissione sulla Tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria, Senatore Campus, si trasferisca alla Camera dei deputati.*

CAMPUS. Signor Presidente, ritengo dobbiamo fare tesoro di queste esperienze. Molto spesso la Camera dei deputati invia al Senato prodotti confezionati e finiti e noi ci lamentiamo perché per motivi di tempo o per accordi intercorsi non possiamo modificare il testo dei provvedimenti. Quando il Senato ha avuto l'occasione di migliorare un testo governativo, coloro che proponevano tali miglioramenti si sono trovati la strada sbarrata.

In Aula il Governo ha difeso il testo originario sostenendo che l'emendamento da me presentato, relativo all'articolo 29, era sbagliato mentre ora gli stessi contenuti di quell'emendamento sono stati riproposti nel testo esitato dalla Camera dei deputati. Non credo che nel passaggio tra Senato e Camera il Governo abbia avuto modo di leggere meglio i propri conti o le proprie relazioni. Il fatto è che al Senato il Governo usa un metodo prepotente nei confronti della minoranza perché in questo ramo del Parlamento può contare su numeri maggiori.

Ritengo che le leggi finanziarie non debbano essere elaborate sulla base di una contrapposizione numerica. Alcune volte anche l'opposizione cerca di migliorare i testi del disegni di legge.

Lamento poi l'incapacità del Governo nel capire come l'articolo 34, che il Senato aveva cassato, è totalmente inutile. Non riesco a comprendere perché il Ministro della sanità non sia riuscito a far capire al Ministro del tesoro che la previsione contenuta in tale articolo è inutile e che la manovra ideale sarebbe stata quella di prevedere il potenziamento dell'Osservatorio nazionale dei prezzi già esistente. Probabilmente il Ministro della sanità ha dovuto riconoscere di fronte al Ministro del tesoro di non essere in grado di far funzionare quell'osservatorio e quindi di monitorare i vari prezzi e le loro disparità tra regione e regione. In Sardegna, ad esempio, tutti i prodotti hanno costi più elevati; gli abitanti sardi pagano circa il 35 per cento in più per l'utilizzo dell'energia elettrica distribuita dallo Stato. È chiaro che in questo modo anche la siringa avrà un costo più elevato in Sardegna.

Pertanto, ritengo sarebbe stato preferibile potenziare l'Osservatorio nazionale dei prezzi evitando di creare una sovrastruttura inutile. Inoltre, quanto più si centralizza tanto più aumenta il rischio di truffe e corruzioni.

Per questo non possiamo che ribadire la nostra totale contrarietà al disegno di legge dispiacendoci che il Ministro della sanità, così duro

nei confronti dell'opposizione in questo ramo del Parlamento, si sia dimostrato molto morbido nei confronti dei suoi colleghi di Governo su temi che teoricamente dovrebbe conoscere. Questo, soprattutto, dimostra la scarsa considerazione delle capacità organizzative del Ministero della sanità da parte degli altri Ministeri finanziari. Probabilmente, nell'interesse della propria dignità ministeriale, il Ministero della sanità avrebbe dovuto proteggere le proprie prerogative e ribadire la propria competenza – anche per mezzo dell'Osservatorio nazionale dei prezzi – su materie come queste, respingendo l'intromissione del Ministero del tesoro.

MANARA. Molte considerazioni in merito ai disegni di legge in titolo sono già state espresse dal collega Campus.

Non condivido affatto i contenuti dell'articolo 28 relativi alla riqualificazione dell'assistenza sanitaria e dell'attività libero-professionale; infatti, considero sbagliata la modifica introdotta al comma 1 dell'articolo 28 che prevede la partecipazione della regione alla spesa per le prestazioni liberoprofessionali nel limite di una quota variabile tra il 50 e il 70 per cento della tariffa prevista per le prestazioni istituzionali a carico del Servizio sanitario nazionale nazionale. Questa formulazione è estremamente vaga e confusa. Non è possibile inserire in una disposizione di legge queste strane varianti o variabili. Inoltre, in prima lettura avevamo già espresso la nostra contrarietà a prevedere una quota del 50 per cento e a tal fine erano stati presentati emendamenti volti, quanto meno, a ridurla; purtroppo, quegli emendamenti sono stati tutti respinti. Con la modifica apportata dalla Camera dei deputati il Governo accetta addirittura di incrementare tale quota.

Naturalmente non solo non condividiamo tale modifica ma presenteremo emendamenti alla 5<sup>a</sup> Commissione finalizzati a ridurre nuovamente la quota anzidetta.

Condividiamo poi in linea generale le modifiche introdotte ai commi 3,4 e 5 del medesimo articolo. Consideriamo, infatti, condivisibile prevedere che all'azienda sia dovuta una quota della tariffa nella misura stabilita dai contratti collettivi nazionali. Mi auguro che tali contratti siano stipulati con le maggiori associazioni sindacali dell'area medica.

E del tutto inaccettabile invece la modifica introdotta al comma 8 che prevede la sottrazione di 70 miliardi annui dalle disponibilità regionali destinate al finanziamento dei progetti di cui all'articolo 1, comma 34-bis, della legge n. 662 del 1996. Infatti, non c'è motivo per cui alle regioni, a prescindere dalla loro autonoma possibilità di finanziamento che permette loro di stabilire nuove aliquote fiscali, siano detratte determinate quote in base alle quali avrebbero potuto potenziare i servizi e gli organici, necessità sempre più impellenti con il passare del tempo.

Sarebbe stato preferibile e che lo Stato avesse diminuito determinati fondi in favore, ad esempio, di quei settori che io considero rami secchi dell'apparato burocratico. Abbiamo calcolato, senza tema di sbagliare, che l'apparato burocratico, con questi rami secchi improduttivi, pesa sul finanziamento dello Stato in una misura che va dai 15.000 ai 20.000 mi-

liardi. Si tratta di un peso non indifferente e quando uno Stato non si perita di tagliare i rami secchi improduttivi ma addirittura lesina sul prezzo da pagare alle regioni allora significa che la tanto millantata autonomia regionale in tema di finanziamenti è del tutto una chimera, una astratta disposizione che, oltretutto, così come formulata non ci ha mai visti pienamente convinti. Sono d'accordo con il collega Campus sulla cosiddetta «caritativa a carico» per il finanziamento delle strutture per la radioterapia. Ciò fa parte di un certo tipo di concezione che prevede la somministrazione dell'obolo come atto di carità. Quello che serve non è un atto di carità bensì strutture efficienti e pensare di risolvere i problemi stanziando 10 miliardi annui dal 2000 al 2002, mi sembra una presa in giro.

Concordiamo abbastanza con il testo dell'articolo 29, così come modificato, anche se la riduzione del 5 per cento del rimborso per le specialità medicinali costituite da principi attivi per i quali è scaduta la tutela brevettuale ci lascia perplessi. Infatti ho la sensazione che lo Stato, in un modo o nell'altro, riesca sempre a creare le premesse per una sottrazione di mezzi finanziari facendo ricadere i costi di tale operazione, sostanzialmente sulle ditte produttrici, sulle strutture di commercializzazione e, quindi, anche sugli stessi cittadini. Inoltre, ho l'impressione che l'eterno capitolo relativo all'inquadramento, al contenimento e alla razionalizzazione della spesa farmaceutica non riesca mai a trovare una conclusione. Si procede per pezzi mentre sarebbe auspicabile una legge-quadro che regolamenti una volta per tutte la materia, dalla produzione del farmaco fino all'uso dello stesso da parte del paziente.

Trovo che il comma 1 dell'articolo 34 sia strano e confuso: infatti non si riesce bene a capire – o forse, alla fine, lo si capisce – come intenda comportarsi il Governo. Cosa vuol dire «promuovere le necessarie intese tra le regioni»? Sembra che ci troviamo di fronte ad una appropriazione, da parte dell'istituzione centrale, di tutte le iniziative finalizzate a razionalizzare ed ottimizzare le procedure di acquisto, le quali, come è noto, variano da regione a regione come pure, entro certi limiti, i costi, le spese e i prezzi. Si tratta di iniziative che debbono essere demandate al territorio e quindi alla regioni: come può lo Stato appropriarsene? Pertanto, non possiamo essere d'accordo sul comma 1 dell'articolo 34, che in definitiva conferma, ammesso che ve ne fosse ancora bisogno, la tendenza dello Stato a centralizzare ogni minimo acquisto mediante iniziative burocratiche che costano gli ammalati senza restituire loro niente in tema di servizi e di organici.

TOMASSINI. Il Presidente e il senatore Campus, si sono riferiti al testo proveniente dalla Camera dei deputati in termini di «novella»; giuridico corretta l'espressione e, essendo prossimo il Natale, direi proprio che non si tratta di una buona novella. Infatti, dalle modifiche apportate al testo emerge quanto ha sottolineato molto bene il senatore Campus, e cioè che alcune obiezioni da noi mosse in sede di prima lettura, che qui in Senato erano state semplicemente cassate con la forza dei numeri, sono state invece ascoltate, accettate e addirittura recepite nel testo dalla

Camera dei deputati. Peraltro, sono stati conservati elementi di qualificazione peggiorativa che addirittura, in alcuni casi, sono stati introdotti, come diremo a proposito dell'articolo 34, e che ovviamente non ci possono trovare corcordi.

Entrando nel merito, per quanto riguarda il comma 1 dell'articolo 28, riteniamo che la quantificazione della quota di partecipazione prevista vada a penalizzare – come bene aveva, in prima lettura, illustrato il senatore Campus – il fondo regionale ed i contributi di tutti i cittadini per favorire il verificarsi di certe condizioni che dovrebbero invece rendersi disponibili autonomamente.

Per quanto riguarda la determinazione della quota della tariffa per le prestazioni libero-professionali dovuta all'azienda, riteniamo che il riferimento ai contratti collettivi nazionali – contenuto nei commi 3 e 5 dell'articolo 28 – sia troppo generico. Infatti, se da un lato si tratta di un riferimento giusto, dall'altro non si può fissar un tetto massimo alla partecipazione dell'azienda, così come è necessario interpretare la compartecipazione in termini di massima utilizzabilità – cioè facendo riferimento anche alla sede contrattuale aziendale – altrimenti potremmo trovarci di fronte ad abusi in fase di concertazione.

Per quanto riguarda il comma 4, invece, riteniamo che se si vogliono sostenere i contratti di tipo privato, credendo quindi nella aziendalizzazione, non si può accettare che la partecipazione ai proventi delle attività professionali sia stabilita con i contratti nazionali di lavoro. Quindi, anche in questo caso, la definizione di tale termine deve avvenire in sede contrattuale individuale o, al limite, anche in sede contrattuale aziendale.

In ordine al comma 8 dell'articolo 28, anch'io rilevo quanto già affermato dal senatore Campus. La sottrazione di 70 miliardi dalle disponibilità regionali destinate al finanziamento dei progetti previsti dall'articolo 1, comma 34-bis, della legge n. 662 del 1996 è vergognosa e lesiva delle autonomie regionali, autonomie che in alcuni casi sono state applicate molto positivamente a livello locale e finalizzate a progetti già in corso che stanno conseguendo ottimi risultati e che possono consentire un diverso utilizzo della medicina territoriale, un aspetto ormai ampiamente considerato anche se poi, nell'attuazione concreta, si finisce sempre per ricorrere alla medicina di ricovero e cura, che è quella più costosa e maggiormente intasata. Pertanto, consideriamo inaccettabile la diversa destinazione dei 70 miliardi prospettata nel comma 8 dell'articolo 28.

Riteniamo poi assolutamente ridicolo che un finanziamento di 10 miliardi annui, come quello previsto dal comma 12 del medesimo articolo 28, possa permettere il potenziamento delle strutture di radioterapia nell'ambito dei programmi di edilizia sanitaria. Infatti, le esigenze che si rilevano sono relative al personale e non al settore edilizio.

Ricordo che le associazioni di servizi, in particolare quella degli operatori di radiologia, hanno indetto a metà settembre un importante sciopero che ha ottenuto un'adesione nazionale molto vasta. A questo punto ha partecipato la quasi totalità degli operatori i quali non intendevano ottenere un miglioramento delle proprie condizioni a scopo di lucro, richie-

sta tipica delle manifestazioni corporative e quindi meno accettabile, bensì porre l'esigenza di un radicale cambiamento dell'ormai obsoleto parco nazionale delle strumentazioni, sostenendo la necessità integrativa di mezzi e persone, sia per ridurre le liste di attesa sia per offrire giuste risposte terapeutiche ai pazienti.

Ricordo che proprio il sottosegretario Bettoni Brandani in un'intervista ha dichiarato insufficienti le attrezzature disponibili per condurre le terapie in campo oncologico, ritenendo inaccettabile che i cittadini malati dovessero intervenire in larga parte con i propri mezzi finanziari per sostenere cure di questo tipo.

Rispondere a queste necessità prevedendo un impegno di spesa di 10 miliardi annui risulta una presa in giro non accettabile. Quei 10 miliardi possono servire a malapena a distribuire sul territorio nazionale – non si sa dove – tre macchinari per eseguire risonanze magnetiche. Il problema però rimane.

Non capiamo, inoltre, perchè ancora una volta, in una situazione di estrema necessità e di insufficienza organizzativa nel territorio nazionale, si facciano dei distinguo che diventano poi lesivi di una situazione già compromessa. Il comma 13 dell'articolo 28, infatti, dispone che le IPAB mantengano il contributo loro attribuito purchè risultino essere enti senza scopo di lucro. A livello nazionale si rileva la necessità di una disponibilità di 144.000 posti letto per anziani (fino ad ora ne sono stati realizzati 45.000 e praticamente da Roma in su), di un assegno di sostegno, di una politica per gli anziani, ma poi si realizzano delle riserve protette. A nostro avviso, questa politica non può risolvere i problemi del paese ma li può solo complicare.

Le modifiche introdotte al comma 1 dell'articolo 29 recepiscono le considerazioni che erano già state svolte dal nostro Gruppo in prima lettura ma che non erano state accettate. È una grande bolla che si sgonfia. Infatti, è stato accolto il principio – da noi suggerito – in base al quale risultava necessario predisporre modalità applicative meno vessatorie del contributo imposto agli operatori farmaceutici, definendo quindi criteri precisi.

Ritengo di difficile comprensione il testo del comma 2 dell'articolo 29. Debbo dedurre che la formulazione di questa disposizione sia stata concertata in base ad un accordo intercorso al di fuori delle Aule parlamentari, un accordo che poi è risultato essere soddisfacente perchè non sono state registrate tensioni. Nell'attesa di presentare emendamenti, cercheremo di capire se la disposizione contenuta in questo comma sia accettabile.

Il comma 4 dell'articolo 29 fa riferimento ad una riduzione del 5 per cento – inizialmente prevista del 20 per cento – del prezzo delle specialità medicinali rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale. Ci chiediamo se quel recupero di denaro sia stato necessario e in virtù di quali meccanismi il prezzo di quei medicinali possa essere ridotto e dilazionato in rapporto alle necessità che si presentano. Anche questo dubbio non ha ricevuto una risposta comprensibile.

Inoltre, non possiamo accettare quanto previsto dalla lettera *c*) del comma 5, laddove si sostiene che i medicinali coperti da brevetto di indicazione terapeutica debbano essere giudicati dalla Commissione unica del farmaco con riguardo alla loro efficacia terapeutica. Ritengo che questa sia una contraddizione in termini perchè se un prodotto è in circolazione evidentemente ha efficacia terapeutica. La previsione di una tale disposizione appare ancora più pericolosa se si considera quello che la CUF ha fatto in passato; infatti, farmaci considerati salvavita, che negli altri paesi del mondo sono sottoposti a sperimentazioni e registrazioni ben più serie di quelle effettuate in Italia e vengono quindi utilizzati, sono stati posti nell'angolo dalla CUF con motivazioni del tutto inaccettabili. Pertanto, magari per motivi economici, in Italia non si distribuiscono nè si utilizzano farmaci salvavita già conosciuti all'estero in quanto le relative sperimentazioni non sono ancora state completate perchè l'istituto valutativo costituito presso il Ministero della sanità è una pura etichetta formale, essendo privo di mezzi e di capacità di indagine, espressione di un apparato speculativo che dovrebbe essere abbattuto; solo in questo modo si potrebbe consentire a tale istituto di competere con le altre situazioni europee. A questo punto, risulta preferibile il contenuto della lettera *b*) che rimanda alla valutazione dei farmaci da parte dell'agenzia europea.

Da ultimo, ma sicuramente non meno importante, è l'articolo 34 che era stato giustamente stralciato in prima lettura e che ora invece vediamo ricomparire più o meno con la stessa formulazione nel testo approvato dalla Camera dei deputati.

Per questioni di sintesi, leggerò alcune note che avevo già redatto a questo proposito per meglio articolare il principio che anima il nostro rigetto dell'articolo: «Nell'articolo 34 è contenuta la previsione di un organismo comune che ha lo scopo di selezionare e razionalizzare la domanda di beni e servizi delle aziende sanitarie locali nonchè effettuare acquisti centralizzati per diverse tipologie di beni. Dall'articolo della legge finanziaria sembra di capire che comunque non esistono vincoli e dogmi stringenti per le regioni e ciò pare giusto per una serie di ragioni che brevemente si descriveranno. I beni e i servizi acquistati dalle aziende sanitarie per produrre prestazioni comprendono numerose voci, dai medicinali ai generi alimentari, dall'acqua alla luce, dai presidi sanitari alle consulenze. Appare quindi difficile immaginare un unico organismo in grado di operare centralmente per garantire a livello locale il soddisfacimento di questi bisogni, a meno che non capitino una pericolosa burocratizzazione di tutti questi prodotti. È necessario chiarire nell'ambito di questo se tale organismo deve determinare solamente i prezzi o anche la logistica dei rifornimenti. Nel primo caso, la strada appare percorribile esclusivamente in una logica di organizzazione del lavoro e delle attività di tipo privatistico e quindi senza i vincoli che caratterizzano la pubblica amministrazione. Malgrado ciò, vi è il rischio che il prezzo fissato non sia migliore per alcune aziende sanitarie e che il prodotto non corrisponda alle esigenze locali, ad esempio alcuni farmaci sperimentali, alcune nuove tecnologie. Sarebbe necessario, inoltre, considerata la velocità con la quale si sviluppano

le tecnologie sanitarie, un costante aggiornamento tecnico-scientifico che, tradotto in termini pratici, significa il coinvolgimento di esperti a livello nazionale e internazionale.

Nel secondo caso, il processo diventa ancora più complesso poichè in Italia sono presenti oltre 1.000 centri di utilizzazione principale che dispongono di una quantità incredibile di prodotti, come potrebbero questi essere raccordati con l'organismo centralizzato? Come sarebbe coinvolto il personale? Quali compiti resterebbero attribuiti alla periferia? Il principio secondo il quale la centralizzazione degli acquisti di beni e servizi comporta un risparmio per la collettività potrebbe rilevarsi veritiero ma potrebbe anche, pericolosamente, far scendere la qualità delle tecnologie impiegate e dei beni acquistati. Potrebbero scomparire dal mercato i prodotti più costosi ma migliori, in grado di incidere veramente sulla qualità delle prestazioni erogate; senza dimenticare che alcuni farmaci ed alcune tecnologie sono utilizzati dagli operatori del Servizio sanitario nazionale, ai quali dovrebbe essere chiesto quantomeno di partecipare alle strategie decisionali, il che non risulta previsto. Il risultato quindi potrebbe tradursi in un danno per il cittadino: potrebbe essere erogata una prestazione che non risponde al criterio della migliore qualità possibile.

Esiste anche il rischio di svilire l'autonomia imprenditoriale delle aziende e, soprattutto, l'atto di diritto privato che è stato introdotto proprio con il recente decreto legislativo n. 229 del 1999 per consentire di intervenire rapidamente nel settore degli acquisti per beni e servizi e di soddisfare in modo tempestivo le necessità locali e i bisogni dei cittadini.

In conclusione, si è tutti d'accordo nel ritenere che sia necessario razionalizzare la spesa per beni e servizi nel settore della sanità, ma non bisogna dimenticare che l'obiettivo deve essere raggiunto in modo graduale in quanto manca ancora una cultura aziendalistica, mancano le linee guida per la definizione dei processi di qualità, con riferimento alla fornitura, allo stoccaggio e alla distribuzione dei prodotti. Per queste ragioni, apparirebbe più verosimile percorrere strade meno complesse, favorendo piccoli consorzi tra aziende sanitarie nello stile del *general contractor* inglese, da estendere gradualmente ad altre aziende sino a prevedere, nel corso della definizione e dell'affinamento delle procedure, un organismo, eventualmente regionale. Anche in questo campo la sperimentazione di iniziative innovative può rappresentare una strada vittoriosa e in questo senso si dovrebbero orientare gli sforzi».

In conclusione, ribadiamo la nostra contrarietà ai documenti finanziari, così come modificati, e cercheremo di utilizzare tutti gli strumenti parlamentari disponibili per modificarli.

**PRESIDENTE**, *relatore alla Commissione sulla Tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. Dichiaro chiusa la discussione.

In qualità di relatore sottopongo alla Commissione la seguente proposta di rapporto sulle modifiche apportate dalla Camera dei deputati allo

stato di previsione del Ministero della sanità (Tabella 16) e alle parti corrispondenti del disegno di legge finanziaria:

«La Commissione, esaminate le modifiche apportate dalla Camera dei deputati allo stato di previsione del Ministero della sanità e alle parti relative al settore sanitario del disegno di legge n. 4236, esprime, per quanto di competenza, parere favorevole. In particolare si ritiene opportuna l'elevazione della quota di partecipazione del Servizio sanitario nazionale alla spesa per le prestazioni libero-professionali erogate in regime di ricovero o di *day-hospital* di cui alle lettere *a*) e *b*) del comma 2 dell'articolo 15-*quinquies* del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Si segnala inoltre l'opportunità della decisione, conforme anche a quanto era emerso nella discussione in Commissione, di decurtare l'ammontare del contributo al superamento del tetto della spesa farmaceutica, dovuto da imprese farmaceutiche, grossisti e farmacie, della quota determinata dagli incrementi dell'imposta sul valore aggiunto introdotti nel 1996.

La Commissione esprime tuttavia perplessità in ordine alla norma di cui al comma 12 dell'articolo 28, diretta al potenziamento delle strutture di radioterapia. Sembra infatti improprio tentare di favorire l'attività radioterapica attraverso il potenziamento delle strutture edilizie, piuttosto che attraverso un adeguato incremento del personale addetto, che risulta allo stato molto carente.

Si confermano inoltre, in ordine all'articolo 34 del testo trasmesso dalla Camera dei deputati, le perplessità già a suo tempo manifestate sull'articolo 23 del testo presentato dal Senato in materia di centralizzazione delle procedure di acquisto nel settore sanitario».

BETTONI BRANDANI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Signor Presidente, intervengo brevemente solo per puntualizzare alcune questioni. La prima è relativa ai primi commi dell'articolo 28. Ricordo che la quota di partecipazione delle regioni all'onere per le prestazioni libero-professionali fino ad oggi era fissata nella misura del 90 per cento. Nel corso della discussione si è prestata la massima attenzione affinché sul cittadino non ricadessero costi legati a prestazioni libero-professionali erogate nell'ambito di strutture pubbliche. Ritengo che le soluzioni trovate possano rispondere non solo a tale esigenza ma anche a quella di consentire una giusta verifica a livello sindacale.

Quanto al comma 8 dell'articolo 28, ricordo che l'articolo 1, comma 34-bis, della legge n. 662 del 1996 prevedeva quote vincolate del fondo sanitario nazionale, di pertinenza del Ministero della sanità, che erano distribuite ma non attribuite alle regioni. Al riguardo, ritengo che le modifiche apportate nel senso della riduzione vadano lette in parallelo con la quota del fondo sanitario nazionale che sarà assegnata alle regioni a partire dai primi mesi del 2000 e che registrerà un notevole incremento, pari a 117.000 miliardi.

Per quanto riguarda il comma 12, preciso che le quote di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 che in finanziaria ammontano alla ci-

fra non irrisoria di 7.000 miliardi, riguardano sia la costruzione e la ristrutturazione dell'edilizia sanitaria, sia l'ammodernamento tecnologico del Servizio sanitario nazionale, secondo le priorità fissate dalle regioni. Le attrezzature radioterapiche possono a ragione rientrare in tale ambito. Quindi si tratta di 10 miliardi in più oltre i già considerevoli 7.000 miliardi iscritti in conto capitale.

Gli interventi relativi al personale devono essere invece richiesti e sollecitati alle regioni nell'ambito della quota di parte corrente del finanziamento del fondo sanitario già incrementato.

Condivido molte delle osservazioni espresse nell'ambito della discussione in ordine all'articolo 34. Sottolineo il fatto che l'organismo previsto in tale articolo non rappresenta una struttura ministeriale ma regionale e interregionale. Pertanto, l'attenuazione della centralizzazione è ampiamente assicurata perché sono chiamate in causa le regioni.

In conclusione, vorrei rilevare che storicamente la seconda lettura del disegno di legge finanziaria, indipendentemente dalle maggioranze che si formano, comporta un esame sempre più approfondito rispetto a quello che viene svolto in prima lettura, sia se effettuata dalla Camera che dal Senato.

Vorrei inoltre ribadire che non tutto quello che di positivo è contenuto nel disegno di legge è stato proposto dall'opposizione e tutto ciò che c'è di negativo è stato proposto dalla maggioranza o dal Governo. È la dialettica parlamentare che spesso determina i risultati positivi.

**BERNASCONI.** Signor Presidente, alla luce delle precisazioni del sottosegretario Bettoni Brandani, propongo al relatore di modificare il penultimo periodo della proposta di rapporto, relativo al potenziamento delle strutture di radioterapia.

Il periodo potrebbe essere modificato come segue: «La Commissione esprime perplessità in ordine all'operatività della norma di cui al comma 12 dell'articolo 28, diretta al potenziamento delle strutture di radioterapia. Sembra infatti che, se è opportuno tentare di favorire l'attività radioterapica attraverso il potenziamento delle strutture edilizie o tecnologiche, la loro funzionalità dipenderà anche da un adeguato incremento del personale addetto che tuttora risulta molto carente».

In questo modo è possibile compensare una carenza di cure radioterapiche a livello nazionale. Ad esempio, si promuovono molte campagne di incentivazione dei controlli per il tumore al seno ma per combattere questo male non esistono strutture radioterapiche adeguate, soprattutto al centro e nel Meridione. A titolo esemplificativo segnalo che all'ospedale «Pascale» di Napoli sono stati acquistati nuovi macchinari ma l'attività radioterapica non è aumentata sensibilmente perché non è stato realizzato il necessario adeguamento del personale.

**PRESIDENTE.** Se non ci sono osservazioni, la proposta di rapporto è modificata nel senso indicato dalla senatrice Bernasconi.

CAMPUS. Signor Presidente, sarebbe stato più opportuno che nella parte introduttiva della proposta di rapporto si indicasse un parere contrario e non favorevole e che nel secondo periodo si prevedesse l'abolizione e non l'elevazione della quota di partecipazione del Servizio sanitario nazionale alla spesa per le prestazioni libero-professionali erogate in regime di ricovero o di *day-hospital*. In questo modo sarebbe stato conseguito un notevole risparmio da parte delle regioni che non avrebbero così visti decurtati di 70 miliardi i fondi per i progetti regionali.

Condividiamo, invece, il terzo periodo, mentre riteniamo che la Commissione avrebbe dovuto esprimere gravissime perplessità in ordine alla norma di cui al comma 12 dell'articolo 28.

Inoltre, la Commissione avrebbe dovuto confermare la necessità, già a suo tempo manifestata dal Senato, che l'articolo 23 del testo approvato in prima lettura venisse espunto dal disegno di legge finanziaria.

Se il Presidente e la maggioranza avessero modificato in questo senso la proposta di rapporto, noi avremmo espresso un voto favorevole. Poiché ciò non è avvenuto, dichiaro il voto contrario mio e del mio Gruppo.

MANARA. Dichiaro il mio voto contrario su tutti i punti contenuti nella proposta di rapporto, ad eccezione dell'ultimo capoverso in cui si confermano le perplessità a suo tempo manifestate sull'articolo 23 del testo presentato al Senato – oggi articolo 34 – in materia di centralizzazione delle procedure di acquisto nel settore sanitario.

BRUNI. Signor Presidente, annuncio il voto contrario del Gruppo Forza Italia.

PRESIDENTE, *relatore alla Commissione sulla Tabella 16 e sulle parti ad essa relative del disegno di legge finanziaria*. Resta ora da conferire l'incarico di redigere un rapporto favorevole con le osservazioni emerse dal dibattito.

Propongo che tale incarico mi sia affidato nella mia funzione di relatore.

Metto ai voti la mia proposta.

**È approvata.**

L'esame dei documenti di bilancio è così concluso.

*I lavori terminano alle ore 11,55.*



