

RESOCONTO STENOGRAFICO

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
PIERLUIGI PETRINI

La seduta comincia alle 9,05.

NICOLA BONO, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta di ieri.

(È approvato).

Missioni.

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 46, comma 2, del regolamento, il deputato Ranieri è in missione a decorrere dalla seduta odierna.

Pertanto i deputati complessivamente in missione sono quindici, come risulta dall'elenco depositato presso la Presidenza e che sarà pubblicato nell'*allegato A* al resoconto della seduta odierna.

Ulteriori comunicazioni all'Assemblea saranno pubblicate nell'*allegato A* al resoconto della seduta odierna.

Discussione del disegno di legge: S. 3724 – Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000 (approvato dal Senato) (5677) (ore 9,03).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge, già approvato dal Senato: Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante dispo-

sizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000.

**(Discussione sulle linee generali
– A.C. 5677).**

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali.

Avverto che la XII Commissione (Affari sociali) si intende autorizzata a riferire oralmente.

Il relatore, onorevole Di Capua, ha facoltà di svolgere la sua relazione.

FABIO DI CAPUA, *Relatore*. Signor Presidente, prima di entrare nel merito del provvedimento, mi consenta di esprimere a titolo personale e a nome degli altri deputati de «L'Italia dei valori» apprezzamento e compiacimento per il proscioglimento da parte del tribunale di Brescia del senatore Di Pietro (*Commenti*), reo soltanto di avere servito il proprio paese lottando e battendosi contro la corruzione politica...

GIOVANNI FILOCAMO. Con problemi così importanti nella sanità, cosa c'entra Di Pietro?

NICOLA BONO. Che c'entra?

PRESIDENTE. Onorevole Di Capua, proceda nella sua relazione.

FABIO DI CAPUA, *Relatore*. Entrando nel merito del provvedimento in esame, il decreto-legge n. 450 del 1998, che ci giunge dal Senato, interviene nella materia sanitaria in attuazione di una serie di provvedimenti, come la legge finanziaria,

il piano sanitario nazionale 1998-2000 ed altri dei quali rappresenta sostanzialmente un momento attuativo.

Il decreto-legge contiene interventi su varie materie. All'articolo 1 ne è previsto uno in campo strutturale, nelle varie regioni del nostro paese, per consentire la realizzazione e l'attivazione di servizi destinati all'assistenza di pazienti neoplastici terminali e contemporaneamente la realizzazione di condizioni migliori per l'accoglienza dei loro familiari. L'intervento prevede la realizzazione di una o più strutture all'interno di ogni regione, attraverso lo stanziamento di risorse all'uopo destinate. All'articolo 1 sono altresì previste alcune modalità di intervento, la disciplina della presentazione dei progetti e la previsione di un decreto che dovrà definire i parametri e le regole cui dovranno attenersi le regioni per la presentazione di tali progetti.

Ovviamente, queste strutture dovranno necessariamente collegarsi in rete con una serie di servizi già esistenti ed operanti sul territorio e dovranno comunque essere sottoposte, nel tempo, a momenti di verifica dei risultati e dell'efficienza.

Nello stesso articolo, al comma 6, è previsto un sostegno finanziario per l'assistenza domiciliare presso i comuni: direi che è probabilmente il più qualificante degli interventi previsti all'articolo 1. Non possiamo non rilevare, infatti, che la previsione di un'organizzazione di assistenza ai pazienti neoplastici terminali, che ne preveda l'eventuale concentrazione e mobilitazione in uno o più centri di ambito regionale, non potrà non produrre problemi e disagi per la mobilitazione degli stessi, nonché per i familiari che sono chiamati ad assistere i pazienti. È evidente che la prospettiva futura dovrebbe essere l'assistenza domiciliare. A tale proposito, desidero rivolgere un invito al Governo perché essa possa effettivamente rispondere all'esigenza del paziente nei confronti del quale si intende intervenire, che avrebbe la possibilità di trovare le migliori condizioni di assistenza

anche di ordine umanitario e psicologico all'interno del proprio ambiente domestico.

All'articolo 2 è prevista l'introduzione, in via sperimentale, della tessera sanitaria. Sicuramente è uno degli aspetti più qualificanti dell'intero provvedimento e rappresenta un elemento fortemente innovativo di ammodernamento del sistema, del rilevamento dei dati, della possibilità di raccolta di elementi informativi necessari per una crescita della qualità dell'assistenza e per una velocizzazione delle procedure, nonché per la possibilità di fornire una serie di servizi agli assistiti, anche in tempo reale.

A tale scopo, sono stanziati le risorse messe a disposizione per la fase sperimentale — che speriamo possa essere attivata al più presto — prevista dal decreto-legge in esame entro il 30 giugno del 2000; pertanto sarà sottoposta ad una verifica per una definitiva ratifica.

L'articolo 3 riguarda una questione non nuova negli interventi legislativi del Governo e relativa al ripiano dei debiti delle regioni in campo sanitario. Il problema si pone in maniera ricorrente ed è legato, probabilmente, ad una sottostima delle risorse messe a disposizione per questo settore, che determinano puntualmente ogni anno l'incapacità delle regioni a contenere la propria spesa entro i tetti prestabiliti.

Tale stato di cose merita qualche rilievo e una riflessione; non discutiamo sull'atto dovuto, sostanzialmente rappresentato dal provvedimento in esame, trattandosi di situazioni espositive relative agli anni precedenti, tuttavia non può non essere oggetto di riflessione il perdurante stato debitorio nel quale vengono a trovarsi le regioni e che, probabilmente, rende necessaria una riflessione sulla congruità delle risorse finanziarie messe a disposizione del sistema sanitario nel suo complesso, ma anche una riflessione sulla velocizzazione dei processi di federalismo fiscale e di potenziamento dell'autonomia delle regioni in materia di gestione delle risorse.

Ci auguriamo che i provvedimenti che deriveranno dalla legge delega, approvata di recente da questo Parlamento al fine di potenziare l'autonomia delle regioni in campo sanitario, possa renderle concretamente autonome dal punto di vista finanziario, senza dover necessariamente ricorrere a provvedimenti di ripiano, che non sempre hanno una totale giustificazione.

Anche in questa sede occorre sottolineare, infatti, onorevole Mangiacavallo, che vi possono essere altre cause distorsive del sistema e alla base degli sforamenti dei tetti di spesa sanitaria da parte delle regioni. Di frequente gli organi di stampa sottolineano il perdurare di un sistema sanitario poco controllato; si riscontrano episodi poco edificanti di clientelismo e corruzione. Mi chiedo quanto incidano certi episodi, tra i quali quelli noti rappresentano probabilmente solo la punta di un *iceberg*, sulla portata complessiva dell'indebitamento delle regioni in questo settore. A questo punto è chiaramente indispensabile fare una riflessione sul fatto se sia opportuno un processo di velocizzazione delle procedure anche attraverso il superamento e l'aggiramento di pronunciamenti e verifiche da parte di organi di controllo quali la Corte dei conti. Si tratta di una riflessione che non possiamo non fare e che necessariamente si abbina anche ad una considerazione sui meccanismi deliberanti a livello regionale e delle aziende sanitarie locali.

Non abbiamo inteso modificare l'impianto monocratico delle direzioni generali delle aziende sanitarie locali; tuttavia, vi sono riscontri in base ai quali, accanto ad una velocizzazione dei momenti decisionali e operativi non soggetti a controllo da parte del direttore generale, si sono anche velocizzati i momenti e le fasi di clientela e di corruzione ad essa collegata. Ciò richiede un ripensamento sull'esigenza di fasi di controllo e di verifica, non foss'altro per riportare la spesa sanitaria in corretti binari, non solo di contenimento, ma anche di verifica di qualità e di produttività, anche perché si tratta di risorse che poi vengono richieste a tutti gli italiani, a tutti i cittadini. Il ripiano dei

debiti necessita per il futuro di approfondimenti, di riflessioni e dell'adozione di strumenti più rigorosi, perché questo fenomeno possa rientrare sotto controllo.

L'articolo 4 del provvedimento in discussione estende alle risorse destinate, per altri anni, al ripiano di debiti lo stesso meccanismo dell'abolizione dei vincoli legati al controllo e all'intervento della Corte dei conti sui rendiconti delle regioni e dei direttori generali delle ASL.

Per quanto riguarda un altro aspetto toccato dal decreto-legge, registriamo l'inserimento al Senato di un articolo aggiuntivo che destina ulteriori risorse per l'intervento nel campo dell'edilizia sanitaria. In merito a ciò, rileviamo che si tratta sicuramente di un settore che negli ultimi mesi si è messo in moto non sempre in maniera, non dico trasparente, ma corretta, nel senso che si registra troppo spesso l'avvio di una serie di interventi strutturali di edilizia sanitaria anche in regioni e in realtà territoriali nelle quali non si è ancora operato un riordino programmatico della rete ospedaliera. Ci si chiede come si possa avviare concretamente un serio piano di infrastrutturazione sanitaria in realtà nelle quali manca ancora lo strumento programmatico, cioè il piano sanitario regionale e il piano di riordino ospedaliero. Ciò rientra in alcune incongruenze tipicamente nazionali, che tuttavia non possiamo non sottolineare.

Questa considerazione non ci consente, comunque, di valutare negativamente il sostegno finanziario alla complessiva operazione, che riteniamo assolutamente indispensabile per superare una condizione di vetustà e inadeguatezza delle strutture sanitarie in moltissime realtà del nostro paese.

L'articolo 5 interviene su una materia legata alla rinegoziazione dei contratti nei confronti di aziende fornitrici di beni e servizi per una riconsiderazione dei parametri in base ai quali alcuni di essi sono stati stipulati. Rileviamo un paio di elementi che meritano di essere considerati, cioè l'ingerenza in un meccanismo di trattativa diretta che dovrebbe investire esclusivamente l'azienda sanitaria locale —

che ha, di fatto, una certa autonomia nella gestione di tali operazioni — e l'azienda che fornisce i servizi, nonché il fatto che questo tipo di iniziative adottate in campo sanitario non trovano analogia corrispondenza in altri settori della pubblica amministrazione, anche per quanto riguarda aziende dotate di autonomia finanziaria e giuridica.

Signor Presidente, la valutazione che il relatore fa sul provvedimento è complessivamente positiva, soprattutto per gli elementi qualificanti che esso contiene e che sono volti al sostegno di alcuni settori, quali l'assistenza domiciliare e le problematiche del paziente neoplastico terminale. Sottolineo con soddisfazione il fatto che, dopo tanti anni, il Governo abbia preso in attenta considerazione, nell'ambito delle tematiche sanitarie, quella relativa al cancro, che è stata di recente, anche per merito di una campagna condotta dall'opposizione, riportata al centro di un dibattito.

Un altro elemento qualificante è rappresentato dall'introduzione della tessera sanitaria, che spero veda rapidamente completato il suo iter nella fase sperimentale.

Ulteriori disposizioni contenute nel decreto ci sembrano adempimenti dovuti, ma non posso fare a meno di sottolineare alcuni aspetti negativi che devono essere oggetto di una riflessione politica collegiale che porti ad una loro correzione ed evitarne così gli effetti negativi.

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il rappresentante del Governo di Stato.

ANTONINO MANGIACAVALLLO, *Sottosegretario di Stato per la sanità.* Il Governo si riserva di intervenire in sede di replica.

PRESIDENTE. Il primo iscritto a parlare è l'onorevole Filocamo. Ne ha facoltà.

GIOVANNI FILOCAMO. Signor Presidente, signor rappresentante del Governo, onorevole Mangiacavallo, noi la stimiamo molto come politico e come persona, ma non stimiamo il Governo di cui lei fa parte.

Innanzitutto vorrei soffermarmi, sia pure con una battuta, sull'intervento del relatore il quale, oltre a farci una lodevole « commemorazione » del senatore Di Pietro (che tra l'altro ha dimostrato la sua innocenza con il pianto in televisione), non ci ha fatto ascoltare nient'altro di costruttivo e di serio. Abbiamo soltanto sentito ingiurie, calunnie e diffamazione nei riguardi degli operatori sanitari che, nel caos in cui il Governo e la maggioranza hanno buttato la sanità in Italia, sono gli unici a mantenere alta la bandiera della medicina in Italia.

Passando al merito del provvedimento, da esso si evince chiaramente che il Governo e la maggioranza non possono improvvisare in temi così importanti, quali quelli della sanità e della salute dei cittadini. Quest'ultimo è un bene a cui nessuno vuole e può rinunciare.

Dopo aver strombazzato ai quattro venti — sia la maggioranza, sia il Governo, sia lo stesso ministro — l'utilità e la completezza di una programmazione nazionale chiamata addirittura « patto di solidarietà per la salute », ci si è accorti non solo che non c'erano i fondi per poterlo attuare, ma che mancano persino le strutture per poter alleviare le atroci sofferenze ai malati terminali di tumore.

Lo Stato, non solo non assicura a questi ammalati la prevenzione e la cura, ma non dà loro neanche la possibilità di una morte tranquilla.

Non si ha neanche la cognizione di ammalato terminale, così come di ammalato in generale. Il Governo e la maggioranza non sanno che se ogni ammalato è diverso dall'altro, tuttavia, il dolore appartiene a tutti gli ammalati e, quindi, non va curato per i tumori in un modo e per le altre malattie in un altro.

Il piano sanitario nazionale 1998-2000 è stato da noi definito — quando fu presentato — « specchietto per le allodole » e « libro dei sogni ». Esso, infatti, è pieno di frasi ad effetto, di affermazioni velleitarie e teoriche e non si discosta, se non per gli *spot* pubblicitari che contiene, dai precedenti piani sanitari.

Il voluminoso documento inizia, infatti, con l'affermazione ovvia, quanto scontata ed inutile, che la salute è un bene fondamentale; ma su tale bene, finora nel provvedimento si trovano soltanto parole che non hanno riscontro poi nell'organizzazione e nei finanziamenti.

Il piano stabilisce che l'assistenza è un servizio essenziale, ma non indica in che modo essa debba essere erogata e con quali garanzie, in quali termini di efficienza ed efficacia. Esso non contiene alcuna affermazione sul miglioramento della diagnostica, sull'incremento dell'efficacia delle cure mediche e chirurgiche, sull'utilizzo di tecnologie avanzate, cioè su quel complesso di azioni dell'area diagnostico-curativa che possono effettivamente ridurre la mortalità.

E, difatti, non vi sono le strutture ed i mezzi per alleviare i dolori dei pazienti oncologici, né il provvedimento — misero e meschino — riuscirà ad organizzarle. Tutto ciò perché il Governo e la maggioranza di sinistra, pur partendo con grandi parole e pur dicendo che il piano è ispirato a principi di solidarietà, equità ed appropriatezza, vengono poi ad accreditare — in una visione autoritaria e burocratica — il servizio sanitario nazionale quale tutore e decisore delle scelte sanitarie dei cittadini.

Il Governo, anziché operare all'interno di una visione — e di una conseguente azione — di regolamentazione e di controllo, intende gestire direttamente l'erogazione e la produzione del servizio, mantenendo il monopolio della gestione delle risorse finanziarie. Si fa confusione, così, fra sistema di pubblica utilità e gestione pubblica del sistema. Una tale visione di Stato centralista, produttore e gestore del servizio — che noi vogliamo mutare in regolatore e controllore del sistema — è rivolta all'autotutela dell'ampio blocco di interessi esistenti, al quale, ancora una volta, viene sacrificato l'interesse generale e quello singolo del cittadino.

L'efficienza, infatti, non viene definita come migliore prestazione a costo uguale, oppure, come uguale prestazione a costo

minore, bensì come uso ottimale delle risorse: un principio, questo, che autorizza ogni arbitrio nella definizione, assolutamente non oggettiva, di uso ottimale.

Consideriamo inoltre ridicolo ed offensivo per i cittadini utenti il cosiddetto ripiano dei disavanzi delle aziende sanitarie, in quanto innanzitutto non ripiana nulla, essendo il disavanzo non di 3 mila, ma di oltre 26 mila miliardi, e in secondo luogo perché non si tratta di vero disavanzo, ma di cattiva stima del riparto del fondo sanitario. Si sapeva, infatti, che nel riparto non erano incluse le spese per i contratti collettivi del personale, l'aumento del prezzo dei medicinali e dell'IVA, nonché le conseguenze derivanti dalla libera scelta, che peraltro non è stata attuata né poteva esserlo e, nei casi in cui lo è stata, è stata male attuata. Riteniamo, quindi, che con la politica sanitaria che il Governo dissennatamente ed ostinatamente persegue non si raggiungerà un equilibrio finanziario. I cosiddetti provvedimenti tampone e di *maquillage* finanziario determineranno una caduta dell'efficienza e dell'efficacia, dell'equità e dell'universalismo del sistema sanitario, che non sarà più in grado di tutelare i cittadini, a cominciare da quelli più deboli e bisognosi.

L'efficienza del sistema non può essere perseguita per decreto, ma solo attraverso l'introduzione graduale di elementi di concorrenza e di liberalizzazione, sia nella fase di produzione delle prestazioni sia in quella di gestione delle risorse destinate alla copertura pubblica. Tutti i cittadini devono essere partecipi della copertura, il costo deve essere posto a carico della fiscalità generale solo per le fasce riconosciute più deboli, ricomprendendo in questo termine sia le condizioni economiche sia quelle relative a gravi patologie. La gran parte dei cittadini deve invece partecipare al costo della sanità, utilizzando sia parte delle risorse assorbite dall'IRAP sia quelle che le famiglie oggi volontariamente versano al di fuori del sistema sanitario nazionale, garantendo ai cittadini utenti una libertà di scelta tra i

diversi soggetti produttori e tra i soggetti gestori. Vanno quindi introdotte forme di mutualità obbligatoria che consentano ad una pluralità di utenti di concorrere nella gestione dei fondi sanitari. È necessario seguire alcuni criteri imprescindibili: libertà di scelta del luogo di cura e del medico quale unico strumento di tutela del cittadino nei confronti delle disfunzioni del sistema sanitario nazionale e degli abusi della burocrazia; separazione tra acquirenti, controllori ed erogatori delle prestazioni, come garanzia di trasparenza, di moralità e di efficienza; controllo della spesa tramite un rigoroso pagamento delle prestazioni. È inoltre necessario istituire corsi di formazione postlaurea e modificare l'ordinamento universitario, in modo che venga privilegiato il saper fare rispetto al sapere, nonché convincere i medici che la poli-prassia medicamentosa è causa di malattie iatrogene: un medicamento non idoneo non è soltanto inutile, ma anche dannoso. Solo così si può diminuire la spesa farmaceutica e non con i protocolli diagnostici terapeutici redatti da burocrati ministeriali, che mortificano la professione del medico e lo rendono uguale ad uno scribacchino, mentre la sua funzione di terapeuta è un'arte che si modella da caso a caso.

Tutti i soggetti erogatori di prestazioni, statali o non statali, devono inoltre essere messi alla pari, con gli stessi diritti e gli stessi doveri, in concorrenza tra loro nella qualità, sottoposti a vigilanza e controllo da un soggetto statale non in concorrenza e secondo piani di intervento e metodologie predeterminati, noti e trasparenti. Soltanto così, signor Presidente, signor sottosegretario, attuando cioè questi principi di libertà, di democrazia, di uguaglianza, di efficacia e di efficienza si eviteranno questi decreti-legge inutili, inefficaci e che mortificano il Parlamento, accentuano la disorganizzazione della sanità e provocano danni alla salute dei cittadini, utenti avviliti e tartassati da un Governo usurpatore e incapace di tutelare i beni fondamentali della società (*Applausi*

dei deputati dei gruppi di forza Italia e della lega nord per l'indipendenza della Padania).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare l'onorevole Battaglia. Ne ha facoltà.

AUGUSTO BATTAGLIA. Signor Presidente, i democratici di sinistra ritengono importante e urgente la conversione in legge del decreto-legge n. 450. La riteniamo importante ed urgente perché, a nostro avviso, si tratta di un provvedimento che introduce misure concrete e soprattutto operative che dovranno consentire — ce lo auguriamo — alle regioni e alle aziende sanitarie di mettere in atto una serie di interventi che poi sono quelli contenuti nel piano sanitario nazionale 1998-2000.

Ho ascoltato il collega Filocamo e debbo dire che a me sembra che abbia usato dei termini certamente non rispondenti alla realtà allorquando ha parlato di improvvisazione. Qui si sta lavorando sulla base di un piano sanitario nazionale, con degli obiettivi precisi.

Ritengo che il piano sanitario nazionale colga quelli che sono gli aspetti più importanti della questione sanitaria nel nostro paese e individui alcune linee di lavoro importanti come le azioni di contrasto alle patologie più diffuse, l'obiettivo di migliorare le condizioni ambientali (molte delle patologie oggi derivano dal tipo di aria che respiriamo, dal tipo di acqua che beviamo, dal tipo di alimenti di cui ci nutriamo), la tutela dei soggetti più deboli, spesso meno tutelati rispetto ad altri cittadini che possono avere maggiori opportunità o una migliore organizzazione, l'innovazione tecnologica. A quest'ultimo riguardo sappiamo quanto il settore della sanità del nostro paese debba recuperare in termini di efficienza, di adozione di tecnologie nuove ed innovative ed anche in termini di adeguamento della normativa esistente.

Proprio in questi giorni abbiamo discusso la legge sui trapianti che penso costituirà un grande passo in avanti se si riuscirà a condurla rapidamente in porto.

Non possiamo tollerare che il nostro sia un paese che si muove a velocità ridotta in questa direzione, con percentuali di donazione di organi che sono la metà di quelle dei paesi che si sono dotati di normative più moderne ed efficaci.

È dunque questa la direzione nella quale ci si sta muovendo! Indubbiamente, questo decreto non risolve tutti i problemi; probabilmente non mette in campo tutte le risorse che sarebbe necessario ed auspicabile avere; in ogni caso si muove nella giusta direzione e ci mette nelle condizioni di poter utilizzare rapidamente e poi positivamente quelle risorse che la legge finanziaria ha stanziato nel fondo speciale.

In particolare vogliamo sottolineare l'importanza di quella disposizioni normativa che si riferisce al ripiano dei disavanzi nazionali per la gestione finanziaria (per questo la somma prevista è di 3 mila miliardi). Si tratta di una misura importante anche se non rappresenta — al riguardo condivido alcune delle considerazioni che sono state fatte — un intervento risolutivo, perché interviene sui disavanzi solo fino al 1997. Tutti siamo consapevoli che, al di là di questo intervento, bisognerà considerare anche le gestioni del 1998 e del 1999. In ogni caso l'erogazione prevista costituirà una grossa boccata d'ossigeno per le nostre regioni, per le aziende sanitarie e certamente contribuirà a migliorare le condizioni di gestione finanziaria della sanità.

Ciò è molto importante perché non dobbiamo mai sottovalutare che spesso le difficoltà finanziarie fanno lievitare i costi, caricando di oneri una gestione di per sé difficile.

Nessuno si nasconde che il nostro paese attraversa una fase complessa e che avremmo bisogno di più risorse. Abbiamo appena affrontato una situazione di risanamento importante e stiamo uscendo da una situazione di difficoltà finanziaria. Ciò indubbiamente comporta problemi nella gestione quotidiana dei servizi e crea difficoltà agli amministratori e ai direttori generali che devono necessariamente affidare servizi a fornitori disponibili ad

aspettare in cambio dell'aumento dei costi o di una qualità scadente dei servizi prestati e quindi, complessivamente, di uno scadimento della qualità della prestazione sanitaria.

Per questo è importante il provvedimento oggi al nostro esame ed è soprattutto importante il fatto che esso rappresenti la prima tappa di un lavoro da realizzare per dare un assetto stabile e definitivo alla gestione sanitaria.

A questo proposito, ritengo significativo anche l'articolo 5: se, infatti, attualmente il costo del denaro è più basso, è opportuno che i direttori generali rivedano tutti i contratti stipulati prima del dicembre 1997 per ricondurre alcune clausole alle condizioni odierne. Siamo convinti che ciò potrà portare ad un recupero di somme finanziarie che possono essere finalizzate ad una migliore gestione dei servizi.

Indubbiamente, il ripiano che si realizza attraverso questo provvedimento rappresenta un passo in avanti, ma dobbiamo fare ogni sforzo per arrivare il più rapidamente possibile a garantire alle aziende sanitarie e alle regioni una certezza finanziaria, non solo nella competenza, ma anche nella cassa, necessaria per affrontare quotidianamente i problemi disponendo delle risorse necessarie.

Mi sembra che una prospettiva sia stata aperta non solo dal piano sanitario nazionale, ma anche dalle trasformazioni dell'organizzazione del sistema fiscale del nostro paese cui sta lavorando il Ministero delle finanze. Con l'introduzione di imposte quali l'IRAP, si va verso un sistema in cui le regioni saranno direttamente responsabilizzate e potranno disporre di quote di gettito fiscale in base alle quali organizzare i propri servizi. In tal modo potranno essere giudicate direttamente dai cittadini sulle capacità che esse stesse, in un'ottica di federalismo e di maggiore autonomia, dimostrano nell'assicurare risposte più efficaci ai bisogni fondamentali dei cittadini.

Questa è la strada da seguire: la responsabilizzazione delle regioni e il superamento del sistema dei trasferimenti

dal centro alla periferia per realizzare quello della compartecipazione ai tributi.

Siamo consapevoli dei rischi di quest'operazione che potrebbe dar luogo ad un paese che procede a due velocità, a regioni con più risorse e, quindi, con maggiori capacità di organizzare sistemi efficienti rispetto ad altre. Dobbiamo essere attenti e contrastare qualsiasi prospettiva di avere 21 modelli sanitari diversi a seconda delle risorse delle singole regioni. Vi sono gli strumenti per bilanciare questo processo perché, nella visione di un federalismo all'interno di uno Stato unitario, dobbiamo garantire uguali standard di servizi e uguali prestazioni a tutti i cittadini, sia che nascano a Milano, sia che nascano a Pantelleria.

È, quindi, importante prevedere un fondo di perequazione gestito centralmente, effettuare il monitoraggio della spesa sanitaria e soprattutto della qualità dei servizi che si garantiscono ai cittadini, nonché stabilire quote di fondo che servono a dare un indirizzo strategico alla spesa sanitaria e a gestire, in un rapporto tra Stato e regioni, l'evoluzione del servizio sanitario. Ciò affinché esso risponda sempre meglio ai bisogni dei cittadini, bisogni che, oltre tutto, nelle società moderne cambiano. Nel settore dei servizi vi è infatti una continua necessità di adeguamento tra domanda e risposta.

Se questa è forse la parte più corposa del provvedimento, credo che non dobbiamo nemmeno sottovalutare l'importanza degli altri punti. Mi riferisco in particolare agli interventi per l'assistenza ai pazienti affetti da patologia neoplastica. Possiamo discutere se le risorse siano adeguate e se dovrebbero essere maggiori. È indubbio però che cominciamo a fare stanziamenti e non di poco conto, perché tra l'assistenza domiciliare e le strutture che le regioni dovranno organizzare arriviamo, nel triennio, a circa 450 miliardi. Si promuovono, quindi, interventi corposi in un settore importantissimo.

Non dimentichiamoci mai, infatti, che le malattie tumorali costituiscono il 30 per cento delle cause di morte nel nostro

paese, che ogni anno vengono diagnosticati 270 mila nuovi casi di tumori e che in Italia abbiamo circa un milione di malati, per i quali naturalmente è necessario si sviluppi il massimo di sforzo ed i più ampi interventi possibili. Questi interventi debbono essere di varia natura e ritengo che, al di là delle polemiche di questi anni (sulle quali non voglio certamente tornare), dobbiamo apprezzare gli sforzi compiuti ed anche i risultati raggiunti.

Oggi, a cinque anni dalla diagnosi, il 40 per cento dei pazienti affetti da tumori maligni è in vita. Andiamo quindi in una direzione positiva, i dati sono migliorati ed i tassi italiani sono ormai ai livelli degli altri paesi europei. Certo, c'è ancora da migliorare sia per quanto riguarda gli interventi volti a consentire che da queste malattie si possa guarire, sia per quanto concerne i cosiddetti malati terminali, per i quali non deve esserci una rinuncia alla cura, anche se spesso è un palliativo. Si tratta, infatti, di interventi che possono comunque migliorare la qualità della vita sia del malato affetto da questa terribile patologia, sia della sua famiglia. Auspico dunque che si riesca, a partire dalle risorse stanziare, ad organizzare nei prossimi anni una rete di servizi, riguardanti sia il ricovero sia l'assistenza domiciliare.

Nel dibattito svoltosi in Commissione si è insistito molto affinché si punti sugli interventi domiciliari ed affinché i malati vengano assistiti il più possibile a casa anche quando sono affetti dalle malattie in questione. Le risorse previste potranno sicuramente aiutare le regioni e le aziende sanitarie a migliorare ulteriormente la rete dei servizi con l'obiettivo — che del resto il piano sanitario si dà — di conquistare ancora qualche punto percentuale negli esiti positivi degli interventi e migliorare la qualità della vita dei malati.

Attribuiamo molta importanza anche all'articolo 2, che si riferisce all'introduzione della tessera sanitaria informata elettronica. Credo che a nessuno sfuggano

le potenzialità di questo nuovo strumento. Siamo in una fase sperimentale che giustamente si sostiene deve essere breve. Ci troviamo per la prima volta di fronte alla sperimentazione nazionale di uno strumento nuovo, ma già diverse aziende sanitarie e diversi comuni l'hanno avviata. Non si tratta quindi di una sperimentazione che parte da zero e possiamo porci l'obiettivo di arrivare rapidamente a dotare tutti i cittadini italiani della tessera sanitaria.

A nessuno può sfuggire quali siano le possibilità offerte dall'introduzione di tale importante strumento. Affermo sempre che, nel nostro paese, per prenotare un viaggio (ad esempio stando a Roma) da New York a Londra occorrono soltanto due minuti — basta alzare il telefono —, mentre per prenotare le analisi delle urine alla USL bisogna fare la fila, presentare certificazioni, eccetera.

È chiaro che l'introduzione dello strumento elettronico, delle nuove tecnologie, anzitutto può dare risposte concrete sul piano dell'efficienza dei servizi, della conoscenza in tempo reale delle situazioni e della semplificazione dell'intera trafila burocratica, dal pagamento del ticket alla prenotazione della visita specialistica, al ricovero. L'introduzione di tali strumenti tenderà a modificare l'organizzazione sanitaria e — credo — anche a valorizzare il ruolo del medico di famiglia che, a mio avviso, dovrà diventare il punto centrale delle risposte sanitarie al cittadino sul territorio.

Credo, poi, che tali tecnologie possano consentire dei risparmi, perché non c'è dubbio che un sistema più efficiente, che conosca meglio le situazioni giornaliere, che monitorizzi le diverse fasi degli interventi sanitari, possa risultare più efficace, ridurre gli sprechi e recuperare ulteriori risorse.

Svolgo un'ultima osservazione sull'importanza di un ulteriore finanziamento del piano di edilizia sanitaria pubblica, un programma decennale avviato da alcuni anni. Condivido le osservazioni dei miei colleghi in ordine al fatto che si tratta di un aspetto molto importante; nelle diverse

parti del paese la situazione è indubbiamente differenziata, ma non dobbiamo dimenticare che in alcune regioni vi è un livello medio di vetustà delle strutture ospedaliere di centoquaranta anni.

Sappiamo come in questi anni sia cambiato il concetto di edilizia sanitaria ed ospedaliera e quanti sprechi, disfunzioni e disagi per il cittadino e per il malato derivino proprio dall'inadeguatezza delle strutture sanitarie rispetto alle esigenze di un'organizzazione moderna. Sappiamo, poi, che spesso strutture sanitarie inadeguate, vecchie e fatiscenti sono fonte di patologie; ad esempio, recentemente abbiamo assistito a un episodio grave, anzi gravissimo, che ha interessato il Policlinico.

Credo che dovremmo fare un'ulteriore riflessione ed essere consapevoli del fatto che nel nostro paese non è vero che non si sia speso, ma spesso le risorse sono state utilizzate nel tentativo di ristrutturare, rendere efficienti e moderne vecchie strutture, laddove una struttura costruita nel 1600 non potrà mai essere adeguata agli *standard* di qualità igienici e di sicurezza (legge n. 626 del 1994) e a tutto ciò che oggi si esige per un servizio.

Dobbiamo agire affinché si vada in una direzione di rinnovamento reale delle strutture, soprattutto della rete ospedaliera italiana, in particolare in quelle regioni dove si registrano maggiori ritardi, perché credo che anche ciò rappresenti una condizione per creare un servizio moderno, efficiente, senza sprechi e, soprattutto, che crei condizioni adeguate per il cittadino.

Per tali motivi, sollecitiamo la Camera a votare quanto prima a favore della conversione in legge del decreto-legge in esame nel testo approvato dal Senato, onde evitare il rischio di una decadenza del decreto-legge stesso. Annunciamo, quindi, il nostro voto favorevole.

PRESIDENTE. Non vi sono altri iscritti a parlare e pertanto dichiaro chiusa la discussione sulle linee generali.

**(Repliche del relatore e del Governo
— A.C. 5677)**

PRESIDENTE. Ha facoltà di replicare il relatore, onorevole Di Capua.

FABIO DI CAPUA, *Relatore*. Signor Presidente, replico brevemente al collega Filocamo, che non mi pare sia presente in aula, in quanto non ritengo di avere ingiuriato alcun operatore sanitario ma soltanto di aver sottolineato alcuni aspetti negativi, peraltro condivisi dallo stesso collega nel prosieguo del suo intervento.

Ritengo però che la valutazione sul piano sanitario nazionale non sia corretta ed adeguata; condivido invece la valutazione innovativa e positiva che ha espresso il collega Battaglia su questo strumento. Ricordo che questo è uno strumento del quale si è dotato un paese che è ai vertici per quanto riguarda la sopravvivenza e l'età media dei propri pazienti. Risulta pertanto evidente che, nonostante la precarietà del sistema, qualche risultato è stato ottenuto!

Mi sento di condividere molte delle riflessioni e delle affermazioni svolte dal collega Battaglia, come pure alcuni rilievi mossi dal collega dell'opposizione. Mi permetto soltanto di sottolineare un aspetto che è emerso nella discussione: l'esigenza di uno sforzo del Governo più forte e più significativo per quanto riguarda il riequilibrio territoriale delle dotazioni strutturali e dell'offerta di servizi. Questo è un problema antico e che ha radici storiche nel nostro paese e che però vede in moltissimi settori — cito la patologia neoplastica e il settore trapiantistico — delle sperequazioni e degli squilibri che meritano di essere adeguatamente corretti con iniziative di ordine finanziario, di indirizzo e di sollecitazione alle regioni e di attribuzione di risorse.

Esprimo pertanto l'auspicio che i prossimi provvedimenti che verranno emanati vedano il Governo e le istituzioni impegnati in un'opera di riequilibrio per assicurare livelli qualitativi e quantitativi di assistenza piuttosto omogenei ai cittadini,

considerando questo uno degli aspetti più importanti che noi affidiamo alla struttura centrale del nostro paese nel sistema sanitario: mi riferisco a quello di farsi garante della erogazione di prestazioni qualitativamente accettabili ed adeguatamente uniformi all'intero paese.

PRESIDENTE. Ha facoltà di replicare il rappresentante del Governo.

ANTONINO MANGIACAVALLO, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, ritengo doveroso prendere la parola anche per ringraziare il relatore per la sua scrupolosa e attenta relazione e la XII Commissione della Camera che, con celerità ed attenzione, ha esaminato il provvedimento. Rivolgo poi un ringraziamento anche ai colleghi intervenuti oggi nel dibattito.

Ringrazio inoltre, sentitamente e in maniera particolare, l'onorevole Battaglia per il grande contributo di proposte che ancora una volta ha fornito.

Vorrei ora rispondere alle accuse di pressappochismo e di improvvisazione formulate dal collega Filocamo rifacendomi alle stesse motivazioni addotte dal collega Battaglia nel corso del suo intervento: riguardo al piano sanitario nazionale non si può infatti parlare né di pressappochismo né di improvvisazione! Si tratta di uno strumento di programmazione che tiene conto non solo delle esigenze di efficienza e di qualità, ma anche di quelle di modernità e di europeismo, a cui ha fatto ripetutamente appello l'opposizione dai banchi delle Commissioni e dell'aula.

In maniera particolare, desidererei ricordare al collega Filocamo che proprio le accuse che vengono rivolte al Governo riguardo al provvedimento al nostro esame sono immotivate, perché in tale testo vengono raccolte anche quelle sollecitazioni che durante il dibattito sul caso Di Bella erano giunte proprio dal collega Filocamo, dall'alto della sua esperienza e della sua competenza professionale. Ritengo, quindi, se non altro strumentali le

accuse che sono state rivolte al Governo, sia sul piano sanitario nazionale sia sul provvedimento in esame, da parte del collega Filocamo.

Credo che si debba fare ora un cenno storico alle origini di questo provvedimento, anche perché in Commissione e in altre sedi siamo stati accusati di ricorrere impropriamente allo strumento del decreto-legge. Desidero ricordare all'Assemblea che il decreto-legge che ci apprestiamo a convertire, il quale è diretto ad assicurare interventi in campo sanitario aventi contenuto ideologicamente omogeneo, riproduce sostanzialmente il contenuto dei disegni di legge A.S. 3626 e 3627, recanti rispettivamente disposizioni per fronteggiare parzialmente le maggiori occorrenze finanziarie del servizio sanitario nazionale relative agli anni pregressi e disposizioni per la realizzazione di strutture sanitarie innovative e per l'introduzione della tessera sanitaria, che erano già stati assegnati all'esame della XII Commissione del Senato in sede deliberante e successivamente trasferiti in sede referente.

L'unificazione delle disposizioni dei richiamati disegni di legge in un unico provvedimento d'urgenza non è un atto di pressappochismo o un atto di improvvisazione. Esso risponde all'esigenza non procrastinabile di utilizzare le risorse finanziarie per l'attuazione del piano sanitario nazionale. È noto infatti come il piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000 preveda, ad esempio, tra gli interventi dei quali è essenziale la realizzazione, l'assistenza alle persone nella fase terminale della vita alle quali, nell'impossibilità di attuare trattamenti risolutivi, resta comunque necessario garantire un'assistenza palliativa o di supporto. E desidererei sottolineare che il provvedimento prevede non solo l'assistenza in termini di qualità della vita per i pazienti affetti da malattie neoplastiche, ma anche una sorta di supporto psicologico per le famiglie. È questo un elemento che non è assolutamente da trascurare, perché non solo i pazienti neoplastici soffrono fisicamente del male che portano, ma anche i loro familiari risentono notevolmente di

questa particolare situazione. Il provvedimento in esame, dunque, prende anche in considerazione questo particolare aspetto che non è assolutamente trascurabile dal punto di vista socio-sanitario.

Allo stato attuale — come è stato evidenziato anche dalle recenti vicende collegate al caso Di Bella e alla relativa sperimentazione clinica — l'offerta di questo tipo di assistenza ai cittadini da parte del servizio sanitario nazionale presenta alcuni punti critici che richiedono quindi concreti ed urgenti interventi.

In maniera particolare, in quanto non esistono nel nostro paese, salvo in alcune limitate realtà, appare indispensabile realizzare immediatamente strutture residenziali e diurne autorizzate ed accreditate sul tipo degli *hospice* dei paesi anglosassoni. A tal fine ricordo che l'articolo 1 del provvedimento dispone che entro trenta giorni dall'entrata in vigore del decreto (quindi le accuse di ingiustificati ritardi e di pressappochismo sono ancora più irrazionali) il Ministero della sanità dovrebbe adottare, d'intesa con la conferenza Stato-regioni, un programma nazionale per la realizzazione in ogni regione o provincia autonoma di almeno una struttura dedicata all'assistenza palliativa e di supporto per pazienti la cui patologia non risponde ai trattamenti disponibili. A tal proposito, desidero aggiungere che in questo atto di programmazione troverà verosimilmente utile collocazione anche il trattamento dei pazienti affetti da dolore cronico, che molto spesso sopportano livelli di sofferenza che non sono assolutamente inferiori a quelli dei pazienti neoplastici, come più volte è stato sollecitato e anche in considerazione dei disegni di legge che sono stati presentati nei due rami del Parlamento.

Con il comma 2 si prevede, in coerenza con la prevista realizzazione delle suddette strutture innovative, l'emanazione di un atto di indirizzo e coordinamento volto ad integrare il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 in materia di requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi per l'esercizio dell'attività sanitaria da parte delle strutture pubbliche e pri-

vate. Anche questa ritengo sia una risposta alle osservazioni effettuate dall'onorevole Filocamo.

Molto importante e degno di una sottolineatura — così come ha fatto l'onorevole Battaglia — credo sia il comma 6 dell'articolo 1 che prevede uno stanziamento di 150 miliardi di lire a favore delle regioni, da destinare all'assistenza domiciliare, con particolare riferimento ai pazienti in fase critica. Anche questo ritengo che sia un atto di elevatissima responsabilità che risponde alle precise, reali e improcrastinabili esigenze che si manifestano sul territorio. Infatti, quella dell'assistenza domiciliare ai pazienti terminali è una carenza che dovrà essere colmata al più presto.

Il presente e limitato finanziamento non rappresenta una panacea, né abbiamo la presunzione di dire che nell'arco di quindici giorni o di un anno risolveremo tutti i problemi, ma sicuramente si avvia, con questa procedura, una serie di provvedimenti e di realizzazioni che rappresentano solo l'inizio di un processo che ci auguriamo che, nell'arco di pochissimi anni, possa assicurare risposte concrete e complete a questo particolare aspetto della sanità.

Anche questa misura dell'assistenza domiciliare appare indifferibile, tenuto conto che i livelli di assistenza attualmente assicurati non possono che considerarsi insufficienti. È una situazione che riconosciamo anche noi componenti il Governo! Del resto, è manifesta anche per i recenti episodi di ricorso a metodiche terapeutiche non alternative non validate dalla medicina ufficiale.

Per quanto riguarda l'articolo 2, è finalizzato alla realizzazione della tessera sanitaria. Tale norma appare indispensabile — così come è stato sottolineato dal collega Battaglia — per consentire l'effettiva introduzione di tale importante strumento per il trattamento e la verifica dei dati sulla gestione delle prestazioni sanitarie per la cui utilizzazione, in base al provvedimento collegato alla finanziaria del corrente anno e al decreto legislativo n. 124 del 1998, è lecito attendersi con-

creti risultati anche in termini di razionalizzazione delle risorse e di contenimento della spesa sanitaria.

A proposito delle osservazioni emerse in questo dibattito sull'edilizia sanitaria, desidero ricordare, onorevole Battaglia, che sono disponibili circa 20 mila miliardi in base all'ex articolo 20 della legge n. 67 del 1988 e voglio sottolineare nuovamente, in questa sede, che ben 1.500 miliardi per il triennio 1999-2001 sono stati inseriti nel collegato alla finanziaria per l'ammodernamento e la creazione di nuove strutture sanitarie nelle aree metropolitane, in particolare nelle aree del centro-sud, proprio per evitare la differenza, sostanziale in termini strutturali, tra nord e sud del paese. Desidero altresì ricordare che non è compito del Governo nazionale elaborare i progetti, non è compito del Ministero della sanità decidere se devono essere ristrutturati ospedali già esistenti o create nuove strutture. Nel rispetto dell'autonomia delle regioni e di una programmazione autonoma, sono le regioni a decidere i programmi di edilizia sanitaria, che poi evidentemente dovranno essere approvati dal Ministero.

Non mi soffermo sugli altri articoli del disegno di legge, perché l'intervento dell'onorevole Battaglia è stato più che esauriente. L'unico appello che desidero rivolgere al Parlamento è ad approvare in tempi brevissimi il provvedimento, per evitare che il 28 febbraio il decreto decada e vengano quindi compromessi fini nobili e altamente qualificanti non solo sul piano dell'assistenza sanitaria, ma anche sul piano delle risposte alle esigenze sociali della cittadinanza.

PRESIDENTE. Il seguito del dibattito è rinviato ad altra seduta.

Discussione del testo unificato delle proposte di legge: Calderoli; Bertinotti ed altri; Malavenda ed altri; Piscitello ed altri; Gardiol; Stanisci ed altri; Schmid ed altri; Scrivani ed altri; Scalia; Pannetta; Manzione; Colucci ed altri; Colucci; Gaetano Veneto: Norme sulle

rappresentanze sindacali unitarie nei luoghi di lavoro, sulla rappresentatività sindacale e sull'efficacia dei contratti collettivi di lavoro (136-2052-3147-3707-3831-3849-3850-3866-3896-4032-4064-4065-4066-4451) (ore 10,10).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del testo unificato delle proposte di legge d'iniziativa dei deputati Calderoli; Bertinotti ed altri; Malavenda ed altri; Piscitello ed altri; Gardiol; Stanisci ed altri; Schmid ed altri; Scrivani ed altri; Scalia; Panetta; Manzione; Colucci ed altri; Colucci; Gaetano Veneto: Norme sulle rappresentanze sindacali unitarie nei luoghi di lavoro, sulla rappresentatività sindacale e sull'efficacia dei contratti collettivi di lavoro.

(Contingentamento tempi discussione generale — A.C. 136)

PRESIDENTE. Avverto che, a seguito della riunione del 16 febbraio 1999 della Conferenza dei presidenti di gruppo, si è provveduto, ai sensi dell'articolo 24, commi 7 e 9, del regolamento, all'organizzazione dei tempi per l'esame del disegno di legge. Il tempo riservato alla discussione generale è così ripartito:

relatore per la maggioranza: 30 minuti;

relatori di minoranza: 25 minuti;

Governo: 25 minuti;

richiami al regolamento: 10 minuti;

interventi a titolo personale: 1 ora e 31 minuti (con il limite massimo di 16 minuti per il complesso degli interventi di ciascun deputato);

Il tempo a disposizione dei gruppi, pari a 4 ore, è ripartito nel modo seguente:

democratici di sinistra-l'Ulivo: 39 minuti;

forza Italia: 35 minuti;

alleanza nazionale: 34 minuti;

popolari e democratici-l'Ulivo: 34 minuti;

lega nord per l'indipendenza della Padania: 33 minuti;

UDR: 32 minuti;

comunista: 32 minuti.

Il tempo a disposizione del gruppo misto, pari a 50 minuti, è ripartito tra le componenti politiche costituite al suo interno nel modo seguente:

verdi: 11 minuti; rifondazione comunista: 10 minuti; CCD: 9 minuti; Italia dei valori: 7 minuti; socialisti democratici italiani: 6 minuti; federalisti liberaldemocratici repubblicani: 4 minuti; minoranze linguistiche: 3 minuti.

Il tempo complessivo per i relatori di minoranza è stato ripartito per metà in parti uguali e per metà in proporzione alla consistenza dei gruppi di appartenenza, al fine di consentire a tutti i relatori di minoranza un tempo minimo congruo per l'illustrazione delle proprie posizioni.

Pertanto i tempi a disposizione dei relatori di minoranza risultano i seguenti:

Taradash: 13 minuti; Alemanno: 12 minuti.

(Discussione sulle linee generali — A.C. 136)

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali.

Ha facoltà di parlare il relatore per la maggioranza, onorevole Gasperoni.

PIETRO GASPERONI, *Relatore per la maggioranza*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, signori rappresentanti del Governo, il testo unificato che l'Assemblea si accinge ad esaminare è frutto di un lungo lavoro svolto dall'XI Commissione per portare a sintesi quattordici proposte di legge. Concentrerò l'attenzione di questa relazione su alcune valutazioni che con-

sidero più meritevoli di essere poste in rilievo, rinviando alla relazione scritta che accompagna il testo una valutazione più puntuale e compiuta sull'intero provvedimento.

Vorrei innanzitutto sottolineare con soddisfazione il fatto che su un tema così delicato e complesso si stiano finalmente registrando importanti convergenze interne ed esterne al Parlamento, che sono state fino ad oggi motivo di profonde diversità, quando non di vere e proprie divisioni. Sappiamo che tale tema tocca sensibilità e culture diverse sulle quali sono misurati e si misurano anche approcci diversi a concezioni e modelli di democrazia. È un tema importante, in quanto una società in profonda trasformazione e che tenta di ridefinire tutti i propri spazi di esercizio della democrazia non può tralasciare componenti essenziali di essa, quali sono le forme di aggregazione sociale, perché da esse trae alimento per un suo progressivo ed equilibrato sviluppo.

In campo sindacale l'esigenza della ridefinizione per via legislativa della rappresentanza e della rappresentatività è ormai ineludibile e riguarda le organizzazioni sia dei lavoratori sia delle imprese. Tutti i lavoratori pubblici o privati, delle grandi o piccole imprese devono, con certezza di esigibilità del diritto, potere eleggere i propri rappresentanti sindacali nell'ambito del luogo di lavoro o a livello interaziendale, territoriale per i luoghi di lavoro più piccoli.

Con il referendum dell'11 giugno 1995 sono venute meno sia le norme che definivano la soglia di accesso alle trattative nel pubblico impiego, sia i criteri di presunzione di maggiore rappresentatività attribuita dallo statuto dei lavoratori ai sindacati confederali, favorendo la proliferazione di tanti piccoli sindacati e la nascita di sindacati « fantasma » dei lavoratori e delle imprese, che sta producendo contratti sottoscritti da parti sociali spesso sprovviste di qualsiasi forma di legittimazione.

Questo rende ancor più urgente la necessità di definire il carattere *erga*

omnes degli accordi sottoscritti e implica anche la necessità di affrontare con chiarezza il problema di chi sia legittimato e in quale modo a siglare accordi che abbiano efficacia per tutti, lavoratori iscritti e non iscritti.

L'attuazione della delega specifica contenuta nella legge Bassanini n. 59 del 1997 ha provveduto a risolvere positivamente il problema per il lavoratori pubblici. Diventa oggi indispensabile, quindi, definire norme legislative di valore universale, al fine di evitare disparità insostenibili fra lavoratori pubblici e privati.

Il testo all'esame dell'Assemblea ha tratto stimolo da un costante confronto con le parti sociali e ciò ha rappresentato, peraltro, un elemento di riferimento del lavoro del Comitato ristretto costituito dalla Commissione lavoro, che si è svolto attraverso l'audizione delle organizzazioni sindacali e datoriali, chiamando al confronto ed alla proposta le diverse forme di rappresentanza dei lavoratori e delle imprese esistenti nel nostro paese. Oltre ai sindacati confederali ed alle maggiori organizzazioni degli imprenditori, la Commissione ha infatti provveduto ad ascoltare i rappresentanti delle svariate organizzazioni di natura autonoma e non confederale operanti nel nostro paese. Nessuna organizzazione che abbia richiesto di essere ascoltata è stata esclusa dalle audizioni; ne abbiamo sentite 51 in totale.

Il provvedimento che l'Assemblea si accinge ad esaminare, come ricordavo, è il prodotto di un anno e mezzo di confronto e mediazione sulla base delle 14 proposte di legge presentate alla Camera dei deputati, nell'intento di costruire una sintesi tra opzioni politiche e culturali molto diverse e di realizzare un testo profondamente innovativo e riformatore con il massimo livello di consenso possibile e senza mortificare nessuna delle posizioni in campo. Al contrario, si vuole valorizzare la peculiare esperienza sindacale italiana, che ha saputo far convivere sia il valore associativo, sia quello elettivo e rappresentativo, che va oltre la rappresentanza degli iscritti.

Il testo proposto tenta di convogliare in un contesto omogeneo proposte che si pongono l'obiettivo dell'aggiornamento di un sistema di rappresentanza che si è nel tempo rivelato poco idoneo a comprendere i fenomeni e le forme organizzative derivanti dai mutamenti dell'economia e del mercato del lavoro, oltre che rendere esigibili i contenuti degli accordi interconfederali del 1993.

L'operazione di aggiornamento del nostro modello di rappresentanza si è resa necessaria ed alquanto evidente soprattutto a seguito degli accadimenti di questi ultimi anni. I fenomeni intervenuti nell'economia hanno portato, da un lato, a profonde trasformazioni nell'organizzazione del lavoro e, dall'altro, alla frammentazione della rappresentanza sindacale, anche nei luoghi in cui è più radicato il sindacalismo confederale.

Il referendum sulla rappresentanza del 1995 ha contribuito, con il quadro legislativo che ne è derivato, a dare ulteriore impulso a questa esigenza.

La stessa Corte costituzionale ha più volte sollecitato il legislatore ad intervenire per sanare gli effetti che si erano prodotti a seguito del risultato referendario, in quanto con esso si è eliminato il criterio di presunta maggiore rappresentatività senza che questo fosse sostituito da un qualsiasi altro criterio, provocando così una spinta alla frammentazione sindacale, dal momento che, per essere considerati rappresentativi, è diventato sufficiente sottoscrivere un contratto di lavoro.

Desidero qui sottolineare come l'articolo proposto non intenda intervenire sugli assetti della struttura contrattuale, né voglia indebolire il ruolo della concertazione e la prevalente natura confederale del sindacalismo italiano. Obiettivo del provvedimento in esame è piuttosto quello di rafforzare la rappresentanza generale e, quindi, la democrazia sociale con una legge di impianto universalistico in grado di dettare principi omogenei per il settore pubblico e per quello privato, rafforzando così il ruolo del sindacato nella vita democratica del paese.

Il progetto di legge si propone, innanzitutto, di consolidare e valorizzare l'esperienza del sindacalismo italiano, realizzando un modello di rappresentanza basato su un *mix* tra il suo essere un sindacato associativo ed elettivo.

Gli obiettivi del provvedimento sono sintetizzabili nei seguenti sei punti: combattere l'eccessiva frammentazione delle organizzazioni sindacali attraverso una soglia di sbarramento del cinque per cento, garantendo, tuttavia, il pluralismo; misurare l'effettiva rappresentatività dei sindacati sulla base della consistenza associativa certificata e del consenso elettorale riscosso tra tutti i lavoratori; garantire la generalizzazione delle RSU (rappresentanze sindacali unitarie) in tutti i luoghi di lavoro o aree territoriali per le piccole imprese, senza provocare conflitti tra la rappresentanza sindacale firmataria dei contratti collettivi nazionali di lavoro, che è di natura associativa, e la rappresentanza sindacale aziendale nella contrattazione di secondo livello, che è, invece, di natura elettiva; garantire l'efficacia *erga omnes* a tutti i contratti di lavoro sottoscritti dai sindacati con una rappresentatività di almeno il 50 per cento più uno rispetto a tale indice misto; misurare la rappresentatività delle associazioni di imprese; indicare, infine, i criteri sulla base dei quali i sindacati dovranno disciplinare l'eventuale verifica del consenso tra i lavoratori interessati ad un contratto di lavoro o ad un altro.

Con ciò si ritiene di portare un contributo all'intero processo di adeguamento della nostra democrazia, che si arricchisce di nuove sedi, istituti e strumenti che ne determinano un progressivo ed equilibrato sviluppo.

Nel rispetto del pluralismo, l'intento è quello di contribuire a ridurre i rischi che derivano da un'eccessiva frammentazione della rappresentanza, senza comunque intervenire sull'autonomia della vita associativa; ciò che si vuole regolamentare è la funzione di rappresentanza generale che svolgono i sindacati e non invece la loro vita associativa, che resta libera.

Ritengo che sia comune la riflessione sulla necessità che il Parlamento operi affinché sia reso esigibile ciò che è stato definito in forma pattizia per l'elezione di rappresentanti dei lavoratori con gli accordi del 1993, e riconfermati dal recente patto sociale, dando certezza alla rappresentatività, misurando la capacità di rappresentanza e rendendo in questo modo più efficace la contrattazione.

Lo scrupolo di fondo è quello di realizzare una normativa in grado di definire il giusto equilibrio tra ciò che prescrive la norma di legge ed il rinvio di altre parti alla contrattazione. Un equilibrio che il testo proposto mi pare abbia raggiunto. Ritengo, inoltre, significativo che questo testo sia il risultato di un confronto e di un'elaborazione che ha visto coinvolte tutte le forze politiche impegnate in Commissione lavoro, attraverso l'apporto di contributi importanti e di segno propositivo.

Il tema del rinnovamento della rappresentanza sociale, d'altronde, non può avere coloriture di parte e deve impegnare tutti in uno sforzo di consapevolezza che non c'è rinnovamento della rappresentanza politica senza un aggiornamento della rappresentanza sociale che sia in grado di renderla anche più democratica e trasparente.

È mio auspicio che questo comportamento propositivo sia mantenuto nel prosieguo dell'esame in Assemblea del testo, in coerenza con quanto già avvenuto in Commissione lavoro. Intendo pertanto ringraziare i componenti di tale Commissione che hanno fornito un contributo di idee e di proposte, pur nell'appartenenza a partiti e schieramenti diversi e che hanno consentito l'approvazione di questo testo. Mi auguro che questa condivisione di intenti, che nasce dalla necessità di offrire al paese un importante strumento di democrazia, atteso da anni dai lavoratori e dai cittadini, si ripresenti anche durante la discussione in aula.

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il relatore di minoranza, onorevole Alemanno.

GIOVANNI ALEMANNO, Relatore di minoranza. Signor Presidente, onorevoli colleghi, il provvedimento che oggi finalmente stiamo discutendo in aula è frutto di successive e complicate mediazioni in cui si è cercato di tenere presenti esigenze diverse e proprio per questo il testo contiene ancora molte contraddizioni e punti controversi. Qual è il problema principale di fronte al quale ci troviamo allorché vogliamo introdurre la rappresentanza sindacale unitaria interamente eletta dai lavoratori? Da una parte, vi è la necessità — richiamata ieri in questa stessa sede quando ci siamo occupati della RSU della scuola — di introdurre in termini chiari un principio di democrazia e di verifica della rappresentanza sindacali. L'elezione, da parte dei lavoratori, delle proprie rappresentanze e la verifica della rappresentatività nazionale rappresentano un passo in avanti dal punto di vista della verifica della rappresentanza dei sindacati e della democrazia a livello industriale ed economico. È un passo avanti che sfida i sindacati alla modernizzazione; sfida la concezione dei sindacati come apparati burocratici che, con il meccanismo dell'iscrizione e delle rappresentanze interne, pretendono di rappresentare tutto il mondo dei lavoratori. È, questo, il meccanismo che ha funzionato fino ad oggi e che ha portato all'egemonia sindacale della triplice; è il meccanismo che ha portato, sostanzialmente, a creare uno dei due pilastri della concertazione in termini oligarchici.

Un'altra legittima aspirazione è quella di avere, nelle relazioni industriali, interlocutori credibili. Il problema che sorge in un sistema di democrazia diffusa è quello di fare in modo che non si moltiplichino gli agenti contrattuali ed i livelli di contrattazione, al punto che la contrattazione collettiva diventi inagibile.

Dal mondo imprenditoriale nasce un forte richiamo e la preoccupazione che si creino livelli diversi di contrattazione rimessi continuamente in discussione tramite meccanismi referendari e che, so-