

con successo quattordici anni fa) e il professor Di Bella mi ha guardato come se stessi bestemmiando.

Manteniamo la nostra discussione sul merito degli emendamenti, ampliamo il discorso — chi lo vorrà fare e se lo vorrà fare nelle dichiarazioni di voto — e soprattutto diciamo con chiarezza che stiamo trattando un argomento tecnico che non dovrebbe consentire divagazioni politiche, ma richiamare dati di fatto precisi. La cura dei tumori...

**PRESIDENTE.** Onorevole Del Barone, deve concludere!

**GIUSEPPE DEL BARONE.** ... e ciò che si potrà fare, con o senza metodologia Di Bella, è un fatto estremamente serio!

**PRESIDENTE.** Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Cè. Ne ha facoltà.

**ALESSANDRO CÈ.** Ho chiesto la parola perché l'intervento del collega Petrella merita una risposta. In effetti, egli ha esordito invitando tutti a fare un passo indietro. Chi deve farlo? Noi in quanto medici anche parlamentari? Se dobbiamo fare un passo indietro, allora questo deve valere anche per lui. Subito dopo, però, l'onorevole Petrella ha avallato le indiscrezioni provenienti dalla regione Lombardia — secondo la quale la sperimentazione, lo studio osservazionale non ha di fatto validità — o dalla ricercatrice del centro oncologico di Aviano.

Penso, allora, che il collega Petrella non abbia fatto il passo indietro che chiedeva agli altri colleghi! La competenza che abbiamo noi in materia, come parlamentari, è quella di garantire che venga effettuata una sperimentazione congrua, adeguata, seria, che venga portata avanti con modalità che possiamo valutare, condividere e deliberare facendo in modo che, eventualmente, il ministro, nel suo impegno di tipo esecutivo ed amministrativo, garantisca che all'interno di queste strutture che gestiscono la sperimentazione vi siano persone serie.

Quando parlo di « persone serie » mi riferisco a soggetti che non rilascino interviste al primo giornalista che li interPELLI sui probabili esiti della sperimentazione stessa e che, da persone serie, attendano il termine della sperimentazione per comunicare poi i relativi risultati ufficiali! Il ministro dovrebbe garantire e sovrintendere affinché questo avvenga.

Questi sono, quindi, i termini della questione. Tutto il resto, in particolare le valutazioni dell'onorevole Petrella sulla validità clinica o meno del trattamento, è assolutamente fuori luogo!

**PRESIDENTE.** Passiamo ai voti.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Massidda 1.4, accettato dalla Commissione e sul quale il Governo si rimette all'Assemblea.

*(Segue la votazione).*

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva *(Vedi votazioni)*.

<i>(Presenti</i> .....	372
<i>Votanti</i> .....	362
<i>Astenuti</i> .....	10
<i>Maggioranza</i> .....	182
<i>Hanno votato sì</i> .....	349
<i>Hanno votato no</i> ..	13).

Passiamo alla votazione dell'emendamento Conti 1.5.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Filocamo. Ne ha facoltà.

**GIOVANNI FILOCAMO.** Vorrei intervenire riferendomi al primo disegno di legge sulla sperimentazione.

Vorrei dire ai Soloni della medicina, che sono venuti qui in un'aula del Parlamento italiano ad insegnarci come si cura il cancro, che la sperimentazione è un metodo altamente libertario e liberale; io non posso, cioè, coartare la sperimentazione con un decreto-legge. Vorrei chiedere a questi signori deputati, che hanno

fatto — credo — sperimentazione sul cancro, come hanno fatto quella sui chemioterapici e sull'ormonoterapia, se c'è stato un disegno di legge o un decreto-legge del ministro Bindi o di qualche altro Governo italiano. Credo che il modo in cui si deve realizzare la sperimentazione non lo debba certamente dire il Governo italiano o l'Assemblea di Montecitorio. Qui approviamo leggi che devono essere quelle di uno Stato libero; la sperimentazione deve essere libera. Se voi mi dite, per esempio, che io devo sperimentare quel dato farmaco dopo che tutte le altre terapie non sono risultate efficaci, io non pongo quel farmaco nelle stesse possibilità sperimentali dei farmaci precedenti.

Mi dovete dire quale scoperta si sarebbe fatta in Italia o nel mondo se avessimo dovuto approvare un decreto-legge per ogni sperimentazione! Mi sapete dire come si sarebbero sperimentati i chemioterapici, i chemioantibiotici, come si sarebbe sperimentata l'insulina nella cura del diabete, visto che è stata scoperta da un veterinario? Come si sarebbero scoperti i farmaci contro l'ipertensione arteriosa, i calcioantagonisti, se non avessimo prima usato la papaverina, antesi-gnano dei calcioantagonisti?

Non potete venire qui ed insegnare a noi come si cura il cancro! Se sapete curarlo dovete andare nelle corsie degli ospedali, ma ricordatevi che non esiste la malattia, esiste l'ammalato, non esiste il cancro, esiste l'ammalato di cancro e ciascuno è diverso dall'altro. È certo che nella prima fase del cancro coloretale si ricorre alla terapia chirurgica, lo sappiamo, ma nelle altre fasi perché non dobbiamo sperimentare un altro farmaco? Siete sicuri che non sia efficace, e come fate a dirlo prima se non effettuate una sperimentazione corretta, libera, in « doppio cieco », se non sottoponete l'ammalato, in quella data fase, in quel determinato stadio di malattia, a terapia diversa? Questo dovete dirmi e non venite ad insegnarmi come si cura l'ammalato! Modestamente, so come si curano gli ammalati, conosco la sofferenza dei ma-

lati di cancro, so quanti medici, miei colleghi, approfittino delle situazioni e si scambiano gli ammalati tra di loro.

Questa non è una sperimentazione, voi non volete fare una sperimentazione sul cancro, voi volete continuare a somministrare una terapia vecchia (che sicuramente è stata efficace in alcuni casi) e non volete sperimentare nuovi farmaci perché non vi interessano, avete interessi particolari che volete preservare. E allora, lasciate libera la sperimentazione, non vincolatela con un decreto-legge, non dite che si deve usare una data terapia quando nessun'altra è efficace! Non è quella la terapia che si deve usare! Perché, voi dite, devo spendere tutti quei soldi nella fase terminale? Nella fase terminale c'è il placebo, l'acqua, c'è la mollica di pane! Non si devono somministrare farmaci nella fase terminale, si deve fare in modo che l'ammalato muoia tranquillo. È inutile, allora, somministrare terapie nella fase terminale. Perché devo spendere tanti soldi per la somatostatina e per altri farmaci, nella fase terminale, quando tutti sappiamo e quando anche gli ammalati sanno che non c'è terapia nella fase terminale? Questo allora dovete dirmi, non dovete venire qui ad insegnare, qui dovete fare le leggi e lasciare libera la sperimentazione. Solo così si fa una vera sperimentazione (*Applausi dei deputati dei gruppi di forza Italia e di alleanza nazionale — Commenti!*)

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Conti. Ne ha facoltà.

GIULIO CONTI. Signor Presidente, vorrei che non vi fosse in quest'aula un brusio, un rimasuglio dei campionati del mondo, perché mi pare che siamo ancora in curva! Questo è un argomento della massima serietà, e lo è soprattutto l'emendamento in esame, che dice come il malato possa scegliere il tipo di terapia in riferimento alle malattie comprese nell'allegato 1.

Se si vuole approvare una legge per così dire libera, che non veda un nuovo

ricorso alla magistratura, alla Corte costituzionale e agli altri organismi istituzionali che controllano la legittimità delle leggi, questa dovrebbe stabilire che si tratta di un diritto legittimo. Il paziente malato di cancro — mi rivolgo anche all'onorevole Petrella, il quale è molto garantista — sceglie, una volta informato dal medico, il tipo di terapia al quale accedere: mi pare che questo sia un diritto legittimo e nel provvedimento vengono elencate le patologie interessate, ma il comma 1 dell'articolo 1, lettera *b*) impone il contrario. Per la precisione, il medico, sotto la propria responsabilità, attesta che non esistono valide alternative terapeutiche ed allora può ricorrere al metodo Di Bella. Questo significa che il paziente deve aver seguito prima la terapia chirurgica, poi l'ormonoterapia o la chemioterapia, o ancora la radioterapia, della quale peraltro nessuno parla, pur essendo molto usata, diffusa, propagandata, pur facendosi attorno ad essa tante speculazioni vergognose e pur provocando tanti danni letali. Gli oncologi non parlano mai della radioterapia, ma — guarda caso — la fanno eseguire a tutti.

Una volta praticate tutte le terapie che ho ricordato, si va ad adottare, sperimentalmente, un metodo rispetto al quale le precedenti terapie, eccetto quella chirurgica, sono controindicate. Mi dovete spiegare, allora, se quello al nostro esame sia un decreto-legge che garantisce o che obbliga. Ebbene, è un decreto-legge che impone il fallimento di quello che viene sperimentato. A questo punto consiglierò al professor Di Bella, se mi darà udienza, di rinunciare alla sperimentazione, perché questa non è una sperimentazione libera, ma condizionatissima. Da cosa? Da tutto quello che è controproducente nei confronti delle sostanze che compongono la formula Di Bella. Credo che ciò sia evidentissimo, ma che sia scritto in modo così chiaro, in un testo di legge che si richiama alla sperimentazione, che è concetto di libertà, nel tentativo di ottenere un risultato positivo — altrimenti è inutile

—, mi sembra una grave contraddizione ed un controsenso, ma anche un atto di estrema malafede.

Non possiamo dire al malato: tu puoi curarti e scegliere la tua terapia purché il medico attesti, ma prima devi averne seguite almeno altre quattro. Questo mi sembra non solo un assurdo giuridico, ma, soprattutto, un assurdo medico; un assurdo nella e della sperimentazione.

Chiedo pertanto, con un atto di coscienza, in nome dello spirito della legge, di lasciare libero il malato, una volta che sia stato consigliato dal medico e che quest'ultimo abbia attestato e spiegato al malato stesso le terapie da scegliere, di seguire la terapia che vuole, nell'ambito delle patologie indicate nell'allegato 1, non di proibirlo comunque.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Conti 1.5, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

*(Segue la votazione).*

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge *(Vedi votazioni)*.

<i>(Presenti</i> .....	373
<i>Votanti</i> .....	368
<i>Astenuti</i> .....	5
<i>Maggioranza</i> .....	185
<i>Hanno votato sì</i> .....	175
<i>Hanno votato no</i> .....	193).

Passiamo all'emendamento Cè 1.21.

Onorevole Cè, su questo emendamento il relatore si era riservato di esprimere il parere, perché voleva dei chiarimenti sulla sua effettiva portata. Quindi, anche se non è molto corretto dal punto di vista regolamentare, credo sia il caso che lei fornisca questi chiarimenti, così il relatore potrà esprimere il suo parere.

ALESSANDRO CÈ. L'emendamento 1.21 va nel senso della chiarezza e della semplificazione, perché mentre la lettera *b*) è indispensabile in quanto il medico è

tenuto a fare una diagnosi, nella lettera c) si chiede che, di fatto, egli dia già indicazioni di qualche tipo in ordine alla terapia. Questo è il senso dell'emendamento. Comunque, non è un emendamento di grande importanza, per cui lo ritiro.

PRESIDENTE. L'emendamento Cè 1.21 è quindi ritirato.

Passiamo alla votazione dell'emendamento Conti 1.8.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Conti. Ne ha facoltà.

GIULIO CONTI. Signor Presidente, in questo momento non mi rivolgo a tutti i deputati nello stesso modo, ma in primo luogo ai miei colleghi di Commissione, i quali poco fa hanno votato a favore della soppressione della parola « molto »; credo che con ciò abbiano espresso la volontà che non venga stabilito a che punto di gravità debba essere la malattia prima di intervenire con la terapia che stiamo valutando. Ciò ha un senso: eliminare la parola « molto » significa che, per quella malattia, il paziente può essere curato scegliendo la terapia senza che ci sia un particolare stato di gravità, e questo mi sembra un atto di serietà; poi, però, l'articolato impone esattamente il contrario. Ora, io ho presentato un emendamento in linea con la soppressione della parola « molto ». Se voi aveste la pazienza e la bontà di leggerlo (ed il presidente della Commissione di valutarlo, invece di leggere *la Repubblica* o *l'Unità*, non so), penso che potremmo addivenire ad un discorso serio. Io propongo, in sostanza, che « ogni paziente affetto da malattia neoplastica prevista dall'allegato 1 », in linea con la legge, « purché opportunamente informato, è libero di accedere al multitrattamento Di Bella anche per trattamenti di 'prima linea' ». Ciò significa che chi scopre di avere il cancro, una volta informato dal medico, per la patologia prevista dalla legge può decidere di farsi curare con il metodo Di Bella. Mi sembra che non si tratti di una proposta contraria allo spirito della legge, bensì in linea con

esso. Chiedo allora alla Commissione di rivalutare questo concetto di fondo, che mi pare sia scontato e che non sia in contrasto con nulla. Il medico si assumerebbe la responsabilità, come previsto per qualsiasi altro tipo di malattia. Il mio appello in proposito è un indice di serietà, perché non possiamo continuare a procedere in questo modo.

Poc'anzi l'onorevole Del Barone ci invitava a non dividerci tra sinistra, destra e centro sulla malattia: ma se questo appello non si traduce in comportamenti concludenti, rimane soltanto una declamazione di buoni principi. Mi sembra, infatti, che la cosa più semplice e più giusta sia proprio quella di valutare la malattia e di fare tutto ciò che la legge prevede, lasciando libero il paziente, per lo meno in questa fase sperimentale, di scegliere la terapia cui vuol essere sottoposto. Una simile decisione, infatti, sarebbe in linea con i concetti di libertà di scelta e di serietà. Se, invece, imponiamo che prima dell'applicazione di questa terapia il paziente debba essere stato sottoposto a tutte le altre terapie, ossia debba essere già stato trattato sei volte con la chemioterapia — perché tanti sono i cicli che comunque vengono effettuati — e prima ancora operato e forse irradiato, credo che questo paziente non si troverà in fase terminale, ma sarà forse un morto che cammina. Ricordo, a questo proposito, che l'altro giorno, tra le valutazioni espresse nella regione Lombardia da questo nuovo scienziato, era compresa la seguente: « purché sia arrivato in ospedale a piedi ». Se, infatti, è arrivato in ospedale a piedi non è considerato terminale. Ora, tutti i medici, anche di campagna, sanno che il malato terminale può arrivare in ospedale a piedi: ma come si fa a dire certe cose e a dare loro valore scientifico?

Chiedo allora alla Commissione di valutare il mio emendamento 1.8, eventualmente tramite un accantonamento che consenta di analizzarlo meglio, oppure di dare la possibilità ai deputati di votare liberamente, almeno su questo.

**PRESIDENTE.** Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Palumbo. Ne ha facoltà.

**GIUSEPPE PALUMBO.** Signor Presidente, questa mattina mi sono trovato alcune volte in difficoltà, nel corso della discussione sulla multiterapia Di Bella in campo oncologico: è infatti la prima volta che mi trovo a discutere un protocollo terapeutico, di grande importanza, in un'aula parlamentare e francamente devo notare che, in genere, i protocolli terapeutici vengono discussi tra gli esperti della materia. Normalmente, infatti, la comunità scientifica nazionale o internazionale si riunisce e discute un protocollo, ne approva le indicazioni e le controindicazioni, ne definisce i criteri ed eventualmente l'applicazione; inoltre, inizialmente, prima di passare all'applicazione del protocollo sul paziente, si fa una sperimentazione biologica, sugli animali e in laboratorio, per cui i farmaci vengono in qualche modo inquadrati. Questa mattina, mi trovo d'accordo su alcune indicazioni, come quelle richiamate dall'onorevole Conti della libertà di scelta della terapia per il medico ed il paziente, che sono sicuramente valide (su cui credo che tutti i medici concordino), ma devo dire che qualche altro aspetto mi suona invece strano.

Il tipo di protocollo di cui stiamo discutendo oggi è stato concordato con il professor Di Bella e la sua *équipe*, quanto ad indicazioni, controindicazioni, modalità di applicazioni, periodi di cura, oppure no? Ci stiamo permettendo, qui dentro, di criticare scientificamente un protocollo e non so fino a che punto quest'aula ne sia capace; io dico che, personalmente, non sono capace di criticare scientificamente questo protocollo, al di là dei risultati iniziali che la multiterapia Di Bella ha dato e di tutto quello che possiamo considerare acquisito nel campo dell'oncologia. Tutti sappiamo, infatti, che oggi in genere si interviene con una multiterapia, perché il cancro non si guarisce con la sola radioterapia, la sola chemioterapia o la sola terapia Di Bella: tutte possono

essere utili ed io sono convinto che anche la terapia Di Bella lo sia, evidentemente collocata nell'ambito di una terapia multipla, perché, se avessimo scoperto la terapia unica che guarisce dal cancro, evidentemente avremmo fatto un gran bene all'umanità. Purtroppo, però, così non è: la terapia Di Bella dà senz'altro dei vantaggi e conosco delle persone che ne hanno tratto enormi vantaggi, ma vi sono anche persone che non ne hanno ricevuto alcun beneficio.

Questa discussione, quindi, a mio avviso, pecca di un errore iniziale di impostazione: si vuol fare una discussione scientifica in Parlamento, che non mi sembra la sede più adatta per questo tipo di approfondimenti. In questa sede, invece, bisognerebbe impostare la riflessione su un piano di politica ed economia sanitaria, assicurando la libertà di cura del medico ed eventualmente dei pazienti: se torniamo a questo tipo di inquadramento, la discussione può andare avanti, mentre se ci soffermiamo sui problemi scientifici, a mio avviso, l'Assemblea farà un grossissimo errore e sicuramente non porteremo alcun beneficio ai malati di cancro.

**DINO SCANTAMBURLO, Relatore.** Chiedo di parlare per una precisazione.

**PRESIDENTE.** Ne ha facoltà.

**DINO SCANTAMBURLO, Relatore.** Signor Presidente, ritengo che la proposta dell'onorevole Conti non sia accoglibile per la seguente motivazione: il collega Conti ha fatto riferimento al testo del decreto-legge, e non invece a quello della Commissione. Quest'ultimo, al comma 1, lettera *b*) recita: « Il medico attesta, in base ad atti documentabili, la inefficacia, nello specifico caso, di medicinali o trattamenti già autorizzati o sperimentati ». Questo è il testo di riferimento e credo che esso apra degli spazi, ma contemporaneamente stabilisca le necessarie limitazioni all'interno delle quali il decreto n. 23 e quello in esame devono opportunamente restare. Credo quindi che, poiché

non possiamo, accogliendo il suo emendamento, aprire in maniera arbitraria l'accesso alla cura, senza alcun paletto e limite, non sia accoglibile la sua richiesta di una pausa di riflessione per tornare sul parere già espresso.

**PRESIDENTE.** Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Del Barone. Ne ha facoltà.

**GIUSEPPE DEL BARONE.** Mi trovo sempre nella situazione di cercare di capire, nel patteggiamento con me stesso, fino a che punto trattiamo politica e fino a che punto trattiamo scienza ed io propendo per la scienza — questo è un dato di fatto — e non parlo della mia scienza, perché ne ho pochissima e questo è notorio.

Vorrei dire all'amico Giulio Conti che egli ha letto solo la prima parte del suo emendamento 1.8, che così recita: « Ogni paziente affetto da malattia neoplastica prevista dall'allegato 1, purché opportunamente informato, è libero di accedere al metodo Di Bella anche per trattamenti di prima linea ». Poi, non so se per una dimenticanza, non ha letto anche la seconda parte: « previa attestazione del medico che, secondo scienza e coscienza, se ne assume la responsabilità ».

Pur considerando con estrema attenzione ciò che ha detto l'amico Scantamburlo per quel che riguarda la contestazione in linea di massima all'emendamento, c'è anche questa seconda parte che non mi convince completamente. So quanto egli sia un bravo e preparato medico di famiglia ma, se questa attestazione secondo scienza e coscienza è data dal medico di famiglia — ed io riconfermo l'assoluta validità professionale di questa figura —, a me pare possano sorgere dei rischi per il fatto che egli se ne assuma la responsabilità senza una consulenza oncologica nel significato pieno del termine, rischi che potrebbero riguardare contemporaneamente il malato ed il medico. Forse è su questa seconda parte che cerco la difesa del malato e del medico.

È per questa seconda parte — formulata in maniera estremamente negativa e

assolutamente non efficace per il medico, che potrebbe credere di operare secondo scienza e coscienza e invece operare secondo coscienza e non secondo scienza — che non mi sento di condividere l'emendamento 1.8, per cui il voto mio personale e del gruppo dell'UDR sarà contrario.

**PRESIDENTE.** Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto, in dissenso dal proprio gruppo, l'onorevole Mussolini. Ne ha facoltà. Onorevole Mussolini, lei ha due minuti a sua disposizione.

**ALESSANDRA MUSSOLINI.** Anche se capisco e condivido l'emendamento dell'onorevole Conti, non posso però votare a favore, in quanto fa riferimento alla malattia neoplastica prevista dall'allegato 1. Quindi, lo accoglierei se noi avessimo modificato l'allegato 1 attraverso tutti gli emendamenti presentati dai colleghi, che invece ovviamente non sono passati. Per questo motivo, pur condividendo l'emendamento, voterò contro, in dissenso dal gruppo.

**GIULIO CONTI.** Il trionfo della coerenza !

**PRESIDENTE.** Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Cè. Ne ha facoltà.

**ALESSANDRO CÈ.** Pongo una questione all'attenzione della Commissione e del relatore in particolare...

**PRESIDENTE.** Vorrei che i componenti il Comitato dei nove ricordassero che il regolamento prevede che il deputato parli rivolgendosi all'Assemblea, non al banco della Commissione. In Commissione avete già concluso i lavori, quindi per piacere si rivolga all'Assemblea !

**ALESSANDRO CÈ.** Ha ragione, Presidente. Purtroppo questo provvedimento contiene aspetti talmente tecnici che alcune volte viene spontaneo rivolgersi a chi

ha partecipato attivamente ai lavori in Commissione. Ha ragione, comunque. Allora, mi rivolgo all'Assemblea.

Nel precedente decreto-legge, avevamo stabilito, all'articolo 3, comma 3, che fino al termine della sperimentazione « sono fatti salvi gli atti del medico che, limitatamente al campo oncologico, abbia impiegato o impieghi medicinali a base di somatostatina, purché il paziente renda per iscritto il proprio consenso dal quale risulti che i medicinali impiegati sono sottoposti a sperimentazione ».

Mi chiedo se il parere espresso dal relatore sull'emendamento Conti 1.8 non sia in contrasto con l'impostazione del precedente decreto-legge. Si tratta di un contrasto di tipo sostanziale. Qui diciamo che questi pazienti non possono accedere allo studio osservazionale, che prevede l'erogazione della somatostatina, dell'octreotide e di altri farmaci. La differenza sostanziale a mio parere è solo una: chi accede personalmente deve sopportare i costi della terapia; chi viene inserito nello studio osservazionale di fatto non sopporta i costi. Ma in questo caso, allora, non si ricade in quella situazione che ci è stata segnalata dalla Corte costituzionale? Infatti per pazienti che hanno patologie tumorali gravi (magari non rientranti esattamente nello stesso protocollo) vengono adottati trattamenti differenziati: eppure si tratta di patologie identiche o analoghe.

Invito pertanto ad una riflessione ulteriore su questo emendamento, perché il testo potrebbe avere profili non perfettamente accettabili dal punto di vista costituzionale.

**PRESIDENTE.** Passiamo ai voti.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Conti 1.8, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

*(Segue la votazione).*

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge *(Vedi votazioni)*.

<i>(Presenti</i> .....	367
<i>Votanti</i> .....	362
<i>Astenuti</i> .....	5
<i>Maggioranza</i> .....	182
<i>Hanno votato sì</i> .....	160
<i>Hanno votato no</i> .	202).

Passiamo alla votazione dell'emendamento Cè 1.22.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Cè. Ne ha facoltà.

**ALESSANDRO CÈ.** Presidente, il testo in esame prevede che il paziente possa essere indirizzato solo al centro oncologico di riferimento della regione di residenza. Il mio emendamento tende a sopprimere quest'obbligo. La proposta deriva da una serie di motivazioni, che illustrerò brevemente.

Alcune regioni hanno pochissimi centri. Un cittadino, abitando anche molto lontano, potrebbe trarre vantaggio dal recarsi presso centri oncologici della regione vicina, magari più facilmente raggiungibili in termini chilometrici.

La possibilità di usufruire di centri situati in qualunque regione, poi, serve ad evitare che i costi siano sopportati dalla singola regione. Il testo in esame prevede una copertura finanziaria complessiva per rimborsare i costi sostenuti per la terapia; ogni centro riceverà quindi di fatto dal ministero il rimborso a fronte dell'erogazione dei medicinali.

Nel testo, inoltre, è previsto che il medico curante possa monitorare la terapia. Il responsabile del centro nel quale viene erogata potrebbe anche non essere d'accordo sull'opportunità di procedere alla terapia e quindi potrebbe — con atto motivato — esprimere il proprio dissenso riguardo alla somministrazione. In questo caso il testo prevede che la terapia sia erogata sotto la responsabilità del responsabile del centro. Credo che questa impostazione contenga profili giuridici non accettabili: di fatto sussisterebbe comunque una responsabilità giuridica oggettiva da parte del responsabile del centro oncologico. Prevedere che il paziente possa recarsi anche in centri di altre regioni

amplia le possibilità che altri responsabili di centri oncologici siano disponibili ad attuare la multiterapia Di Bella. Si elimina così un ostacolo che nell'attuale stesura del decreto mi sembra insormontabile.

**PRESIDENTE.** Passiamo ai voti.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Cè 1.22, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

*(Segue la votazione).*

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge *(Vedi votazioni)*.

<i>(Presenti</i> .....	354
<i>Votanti</i> .....	353
<i>Astenuti</i> .....	1
<i>Maggioranza</i> .....	177
<i>Hanno votato sì</i> .....	160
<i>Hanno votato no</i> .	193).

**GIULIO CONTI.** Signor Presidente, desidero segnalare che il dispositivo di voto della mia postazione non ha funzionato.

**PRESIDENTE.** Ne prendo atto.

Passiamo alla votazione dell'emendamento Conti 1.11.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Conti. Ne ha facoltà.

**GIULIO CONTI.** Ho presentato questo emendamento per sottolineare quanto sta accadendo in molti ospedali d'Italia nei quali si pratica la sperimentazione del metodo Di Bella.

Il caso delle Marche è unico. La scelta dell'assessore alla sanità, convalidata dal ministro, è strana: tra un ospedale di ricerca e di cura con un reparto di oncologia ed un reparto ospedaliero di oncologia non si è scelto il primo, quale luogo di sperimentazione, così come è avvenuto in tutta Italia, ma il secondo. La decisione è riconducibile chiaramente a ragioni di amicizia e a motivi clientelari.

Si tratta di un dato scientifico ed il commento può essere più o meno accolto: si è scelto il reparto meno preparato per fare la sperimentazione.

Il secondo punto da rilevare è che il primario di questo reparto oncologico dice — e mi assumo le responsabilità di quanto affermo — ai pazienti che vogliono fare ricorso al metodo Di Bella, dopo tutto il massacro terapeutico che devono subire (e che dopo la legge aumenterà), che quel metodo farebbe loro male. Mi domando: se lo sperimentatore si comporta in questo modo (potrei citare i casi di altri ospedali, come quelli di Verona o di Milano), non ritenete che dovrebbe essere destituito e sostituito da chi dal punto di vista scientifico ed istituzionale sarebbe maggiormente indicato a fare la sperimentazione?

Capisco le difficoltà che ha la Commissione nell'accogliere questo emendamento, ma denuncio la superficialità del ministro, del ministero e dell'assessorato alla sanità che conoscono benissimo questo stato di fatto e non intervengono per impedire che si verifichino episodi di quel tipo.

A questo punto rilevo che il ministro ha potere sostitutivo nei confronti dell'assessore alla sanità che non si comporti secondo legge ed ha altresì il compito di controllare quanto accade negli ospedali ai quali è stata assegnata la sperimentazione, ma che non fa ricorso a tale suo potere.

D'altro canto, nelle Marche questa è un'usanza consueta: il ministro, d'accordo con l'assessore alla sanità, ha tollerato la vergogna dell'epidemia con undici morti dell'ospedale di Pesaro, cercando di non trarre le conclusioni naturali. È una vergogna!

Dico queste cose in aula dopo averle già dette in Commissione e dopo aver presentato tre interrogazioni: ovviamente non è giunta alcuna risposta né ai miei documenti né a quelli presentati dai deputati della sinistra...

**PRIMO GALDELLI.** Noi la risposta l'abbiamo avuta!



GIULIO CONTI. ... che peraltro sono andati a parlare con il ministro per denunciare questi fatti. Sono andati ben 21 deputati, ma non hanno avuto risposta!

PRIMO GALDELLI. Non è vero: la risposta c'è stata!

GIULIO CONTI. Sono state analizzate tutte le possibili cause, fatta eccezione per la più semplice! Esclusa la più semplice!

Questa è, dunque, la condizione della sanità nelle Marche. Ritengo, pertanto, che il ministro debba intervenire per valutare il caso che denunciò in aula e verificare se corrisponda al vero. Qualora così fosse, lo pregherei di procedere alla sostituzione.

ALESSANDRA MUSSOLINI. Chiedo di parlare per dichiarazione di voto.

PRESIDENTE. Onorevole Mussolini, ci troviamo nella stessa situazione di prima: intende intervenire in dissenso?

ALESSANDRA MUSSOLINI. Sì, signor Presidente, intervengo in dissenso, preannunciando che mi asterrò. Il regolamento della Camera è conosciuto anche dai deputati, nonostante siano ormai considerati men che niente, Presidente!

PRESIDENTE. Onorevole Mussolini, il mio era un atto di cortesia!

ALESSANDRA MUSSOLINI. La ringrazio della sua gentilezza.

Nel preannunciare la mia astensione su questo emendamento, rilevo che ci troviamo dinanzi ad una conseguenza politica della mancata libertà di scelta del luogo di cura da parte del paziente. L'emendamento Cè 1.22 era di fondamentale importanza e l'aula avrebbe dovuto approvarlo.

Ciò detto, avrei votato a favore dell'emendamento Conti 1.11 se si parlasse non di sostituire un istituto con un altro ma di aggiungerne un altro. In tal modo infatti sarebbe stato possibile eliminare

tutta la strumentalizzazione politica che in questa materia non ci deve essere (*Applausi di deputati del gruppo di alleanza nazionale*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Di Capua. Ne ha facoltà.

FABIO DI CAPUA. Penso che l'emendamento Conti 1.11 inviti ad una riflessione sul problema legato al fatto che sia stato individuato in due regioni un unico centro presso il quale è possibile effettuare il multitrattamento Di Bella.

Non entro nel merito del giudizio professionale espresso o su altri aspetti politico-clientelari che sarebbero alla base di questa richiesta sostitutiva, però pongo il problema dell'individuazione di un unico centro che potrebbe essere anche diretto da una figura apicale che magari opponga obiezione di coscienza di fronte al metodo, costringendo di fatto tutti i pazienti di quella regione ad andare fuori dalla stessa.

Ho dunque offerto un elemento di riflessione al Governo in ordine ad un'indicazione alle regioni di offrire un numero di centri (superiori almeno ad uno) al fine di dare ai pazienti delle alternative.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Valpiana. Ne ha facoltà.

TIZIANA VALPIANA. Mi limiterò a fare una precisazione relativamente a quanto ha detto l'onorevole Conti in ordine all'ospedale di Verona, da lui paragonato, per tipo di scelta, a quello di Ancona.

Come è possibile constatare leggendo l'allegato 3, Verona non è menzionata tra le città in cui hanno sede i centri del Veneto presso i quali si procede allo studio osservazionale sulla multiterapia Di Bella e questo perché il primario si è opposto, essendo contrario e non credendovi in scienza e coscienza, a questo tipo di sperimentazione. I pazienti hanno co-

munque la possibilità di rivolgersi ad altri quattro centri per sottoporsi allo studio osservazionale.

Non conosco la situazione delle Marche tuttavia, parlando induttivamente, se anche nel centro previsto non vi fosse, diciamo così, un'attitudine positiva nei confronti di questo metodo, lo si potrebbe sostituire con un altro centro.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Del Barone. Ne ha facoltà.

GIUSEPPE DEL BARONE. Presidente, mi trovo dinanzi a due considerazioni che sono molto precise e anche molto brevi. La prima, sulla quale concordo, attiene ad un fatto ben preciso: se al paziente viene offerta una possibilità maggiore di scelta, la condivido in maniera netta.

La seconda è che mi sono trovato dinanzi a delle dichiarazioni assai puntuali dell'onorevole Conti. Ci troviamo in quest'aula da un certo tempo ed anche per motivi sindacali conosco l'onorevole Conti non da un giorno. Potrei dunque arrivare a definirlo bugiardo se non gli credessi, ma, poiché gli credo, voterò a favore del suo emendamento.

MONICA BETTONI BRANDANI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

MONICA BETTONI BRANDANI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Vorrei ricordare all'aula che la scelta sui centri che hanno partecipato ed hanno in corso la sperimentazione è stata effettuata dal Ministero della sanità in accordo con le regioni. Anzi, sono state le regioni che hanno individuato i centri ...

GIULIO CONTI. Chi l'ha negato questo?

MONICA BETTONI BRANDANI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. ... cui è affidata la sperimentazione.

Vorrei anche ricordare, come l'onorevole Valpiana ha testé detto, che alcuni centri si sono rifiutati di entrare a far parte della sperimentazione per motivi del tutto legittimi e che non sono stati presi in considerazione.

Gli altri centri, che invece sono stati individuati, partecipano alla sperimentazione a pieno titolo e con pieno diritto. Non vi è, quindi, alcun motivo di ritenere che vi siano ostacoli di ordine personale a che questo avvenga, a meno che non si voglia censurare, ma non credo sia questo il caso, quelle che sono, nell'ambito dell'autonomia decisionale del medico, le opinioni dello stesso in merito a tutte le terapie. Ma questo è altro discorso rispetto alla possibilità di mettere in condizione il centro stesso di effettuare la sperimentazione, cosa che è puntualmente avvenuta.

PRESIDENTE. Ricordo che avendo parlato il rappresentante del Governo, si intende riaperta la discussione.

GIULIO CONTI. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

GIULIO CONTI. Da un po' di tempo evidentemente non riesco più a farmi capire perché le mie parole vengono completamente stravolte e lo stesso avviene per il loro senso.

Io ho detto che in questo ospedale, analogamente a quanto accadeva a Verona, c'è un primario che fa un gioco poco chiaro: consiglia i pazienti, nel momento in cui si ricoverano e chiedono di sottoporsi a questa terapia, di non farlo. Questo è un primo fatto gravissimo, del quale il ministero è al corrente.

In secondo luogo, non è vero che vi è solo questo reparto a disposizione perché l'INRCA aveva fatto domanda per sperimentare e, secondo il buon senso, aveva più titoli di quanti ne avesse l'ospedale.

In terzo luogo, non capisco perché per le Marche, che certamente non sono meno popolate né meno grandi del Molise, sia stato previsto un solo centro di sperimentazione.

tazione, mentre il Molise ne ha tre, la Basilicata, che però ha un terzo della popolazione delle Marche, ne ha uno come le Marche stesse, la Calabria, che ha lo stesso numero di abitanti, dispone di tre centri di sperimentazione e la Sardegna ne ha addirittura otto, pur avendo lo stesso numero di abitanti delle Marche.

Perché faccio questo discorso apparentemente poco importante? Perché si tratta anche di una questione economica. I cittadini delle Marche, che non si recano ad Ancona perché il primario non li accoglie o li scoraggia, sono costretti a far spendere alla regione centinaia e centinaia di milioni per ricoverarsi presso altri ospedali. Di conseguenza, con il nuovo metodo di pagamento a tariffa con il sistema DGR verranno pagate altre regioni con una perdita di soldi da parte delle Marche.

Se il sottosegretario ed il ministro non si accorgono neppure di questo e non si rendono conto del danno economico che viene arrecato alla nostra regione ma dichiarano che ciò avviene d'accordo con l'assessorato, compiono una scelta che contrasta con gli interessi economici della regione — per lo meno questo mi pare lapalissiano — e ciò mi lascia molto perplesso circa la valutazione obiettiva che si fa intorno a questo caso con tutto ciò che è connesso.

Il ministero conceda almeno a quest'altro ospedale la possibilità di sperimentare oppure dica chiaramente al primario, se non ha fiducia in questo metodo, di fare obiezione di coscienza, come è avvenuto a Verona, e di non effettuare più la sperimentazione. È inutile prendersi in giro in questo modo! Il mio è un appello alla serietà, che non riguarda tanto le parole che vengono cambiate o le denunce che vengono presentate.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Signor Presidente, dopo aver ascoltato gli inter-

venti dei colleghi, voglio avanzare una proposta. Un suggerimento che darei al collega, all'Assemblea ed al Comitato dei nove è quello di non sostituire, ma di aggiungere qualcosa.

Ha detto giustamente l'onorevole Di Capua che vi sono alcune regioni che hanno un solo centro. Ho constatato con piacere che la mia regione, che ha grosse difficoltà, ha più centri. Dal momento che è stato detto che il « reclutamento » — è stato usato questo termine — dei pazienti è inferiore a quello previsto e visto che apprendiamo — per le stesse ragioni evidenziate dal collega e amico Del Barone sono portato a credere a quello che hanno detto tutti i colleghi in questa sede — che l'INRCA, che conosciamo come istituto estremamente serio con sedi in più parti d'Italia (sedici), ha dato la sua disponibilità, non vedo perché debba essere escluso.

Non è più un problema che riguarda l'autonomia regionale; noi, come ha detto l'onorevole Valpiana, rispettiamo un reparto che ritenga opportuno non praticare questa sperimentazione: avessero avuto altri reparti il coraggio di fare questa scelta piuttosto che affermare certe cose! Comprendiamo l'obiezione: difendiamo la libertà in tutti i sensi, anche quella di obiezione.

Se si dice che il reclutamento è minore di quello atteso e si afferma che i pazienti avrebbero dei problemi in quel reparto attualmente autorizzato, interpretando lo spirito degli emendamenti che verranno presentati successivamente anche dal Comitato dei nove, chiedo formalmente al collega Conti, e all'Assemblea di accettarlo, di non sostituire il centro, per tutti i problemi che ciò comporterebbe, ma di estendere la possibilità di sperimentazione anche ad un reparto di oncologia ospedaliera dell'INRCA che ha chiesto l'autorizzazione.

Ciò andrebbe a beneficio dei cittadini e probabilmente anche di quel reparto che attualmente svolge questo compito forse di malavoglia.

PRESIDENTE. Onorevole Conti, accetta l'invito che le è stato rivolto di riformulare il suo emendamento 1.11?

GIULIO CONTI. Sono d'accordo, anche nel senso di estendere la previsione ad altre regioni che hanno un solo centro.

PRESIDENTE. Onorevole relatore?

DINO SCANTAMBURLO, *Relatore*. Presidente, colleghi, anzitutto devo dire che non sono solo le Marche ad avere un solo centro: ci sono anche l'Umbria, la Basilicata e la Val d'Aosta. L'emendamento del collega Conti avrebbe dovuto essere aggiuntivo, non sostitutivo, ed inoltre riferirsi anche alle altre regioni.

In secondo luogo, il Governo ci ha ricordato che la decisione discende dall'accordo Stato-regioni. Inoltre, dopo rapide indagini, è stato accertato che la clinica oncologica medica di Ancona è inserita nell'università e quindi non ha solo compiti di assistenza ma anche di ricerca.

Alla luce di queste ragioni, non credo si possa pensare di modificare quanto stabilito nell'accordo tra Stato e regioni.

ALESSANDRO CÈ. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

ALESSANDRO CÈ. Sono pienamente d'accordo con le ragioni di fondo esposte dall'onorevole Conti. È lapalissiano che, dato il numero di pazienti inseriti nella sperimentazione — circa un terzo di quelli previsti — c'è qualcosa che non funziona in questo meccanismo. Pensiamo che sarebbe stato opportuno dare la possibilità a tutti i centri in grado di gestire la sperimentazione di farlo realmente: così non è avvenuto ed in ciò ravvisiamo ragioni non condivisibili, riconducibili sempre e comunque all'opportunità politica, che non accettiamo.

È vero comunque, come ha osservato il relatore, che ampliando di un'unità il numero dei centri di sperimentazione si

interferisce nei rapporti fra Ministero e regioni. Questo è il motivo per cui mi asterrò sull'emendamento Conti 1.11, tanto più che sarebbe opportuno rinviare la decisione ad un successivo accordo tra ministro e regioni.

GIULIO CONTI. Signor Presidente, ritiro il mio emendamento 1.11, riservandomi di trasferirne il contenuto in un ordine del giorno.

PRESIDENTE. Sta bene.

Passiamo ai voti.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Conti 1.9, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

*(Segue la votazione).*

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge *(Vedi votazioni)*.

<i>(Presenti</i> .....	359
<i>Votanti</i> .....	355
<i>Astenuti</i> .....	4
<i>Maggioranza</i> .....	178
<i>Hanno votato sì</i> .....	162
<i>Hanno votato no</i> .....	193).

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Cè 1.24, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

*(Segue la votazione).*

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge *(Vedi votazioni)*.

<i>(Presenti</i> .....	359
<i>Votanti</i> .....	353
<i>Astenuti</i> .....	6
<i>Maggioranza</i> .....	177
<i>Hanno votato sì</i> .....	161
<i>Hanno votato no</i> .....	192).

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emenda-

mento Cè 1.23, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

*(Segue la votazione).*

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge *(Vedi votazioni)*.

<i>(Presenti</i> .....	354
<i>Votanti</i> .....	348
<i>Astenuti</i> .....	6
<i>Maggioranza</i> .....	175
<i>Hanno votato sì</i> ....	154
<i>Hanno votato no</i> .	194).

Onorevole Cè, le ricordo che la Commissione ha presentato l'emendamento 1.36 che recepisce, riformulandolo, il suo emendamento 1.25. Accetta di ritirare il suo emendamento 1.25 ?

ALESSANDRO CÈ. Ancora una volta assistiamo al gioco parlamentare di attribuirsi la titolarità dei miglioramenti apportati ai diversi provvedimenti; è un gioco che non posso condividere, poiché i miei emendamenti tendevano a dare una impostazione particolare all'intero provvedimento. Con il mio emendamento chiedo la soppressione dell'obbligo del paziente di risiedere nella stessa regione in cui è situato il centro di sperimentazione della terapia Di Bella e prevedevo la possibilità per il medico curante di gestire autonomamente la terapia nei casi in cui i responsabili del centro di sperimentazione non fossero d'accordo nella somministrazione della terapia stessa. Non dimentichiamo che alcuni medici curanti oggi hanno raggiunto un'approfondita conoscenza della multiterapia Di Bella che sicuramente è superiore a quella di un responsabile di un centro oncologico, per cui potrebbero benissimo gestirla da soli utilizzando i presidi ospedalieri per effettuare gli esami necessari per il monitoraggio della terapia. L'impostazione complessiva del comma mi sembrava organica e più soddisfacente rispetto alla modifica parziale che vorrebbe introdurre il relatore con un emendamento che ha formulato utilizzando una parte del mio emendamento.

PRESIDENTE. Se lei insistesse per la votazione e il suo emendamento 1.25 venisse eventualmente respinto, non si porrebbero problemi di preclusione per l'emendamento 1.36 della Commissione, onorevole Cè.

ALESSANDRO CÈ. Rimane l'immoralità (mi viene suggerito questo termine) del comportamento della maggioranza, che non vuole dare mai atto all'opposizione di apportare significative modificazioni al decreto-legge. È un atteggiamento che si è manifestato già in Commissione, di cui di sono fatti complici gli organi nazionali di informazione, i quali non hanno dato il minimo risalto alla nostra proposta volta a modificare la copertura finanziaria del provvedimento, mentre hanno amplificato notevolmente l'emendamento del relatore formulato sulla falsariga del nostro e tendente allo stesso fine. Questo dimostra come l'informazione in Italia sia assolutamente distorta e come non dia il giusto merito a coloro i quali, invece, lavorano in maniera efficace per migliorare i provvedimenti.

In conclusione, Presidente, nel dichiararmi d'accordo sulla riformulazione proposta dal relatore, ritiro il mio emendamento 1.25.

GIUSEPPE DEL BARONE. Chiedo di parlare per dichiarazione di voto sull'emendamento 1.36 della Commissione.

PRESIDENTE. Onorevole Del Barone, l'emendamento 1.36 della Commissione non può essere messo in votazione ora perché, per ragioni di organicità, passeremo prima alla votazione degli emendamenti Conti 1.10 e 1.12.

Passiamo ai voti.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Conti 1.10, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

*(Segue la votazione).*

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge (*Vedi votazioni*).

( <i>Presenti</i> .....	336
<i>Votanti</i> .....	330
<i>Astenuti</i> .....	6
<i>Maggioranza</i> .....	166
<i>Hanno votato sì</i> .....	143
<i>Hanno votato no</i> .	187).

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento Conti 1.12, non accettato dalla Commissione né dal Governo.

(*Segue la votazione*).

GIULIO CONTI. Presidente !

PRESIDENTE. Mi scusi, onorevole Conti, non l'avevo vista !

Dichiaro chiusa la votazione. Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge (*Vedi votazioni*).

( <i>Presenti</i> .....	336
<i>Votanti</i> .....	333
<i>Astenuti</i> .....	3
<i>Maggioranza</i> .....	167
<i>Hanno votato sì</i> .....	142
<i>Hanno votato no</i> .	191).

Passiamo pertanto alla votazione dell'emendamento 1.36 della Commissione.

DINO SCANTAMBURLO, *Relatore*. Chiedo di parlare.

PRESIDENTE. Ne ha facoltà.

DINO SCANTAMBURLO, *Relatore*. Signor Presidente, vorrei fare una sola considerazione.

Per una questione di metodo e di correttezza dei rapporti, a cui si è riferito poc'anzi il collega Cè, vorrei chiarire che avevo proposto di accettare la prima parte del suo emendamento ma poi, sul piano procedurale, il Presidente correttamente ha ritenuto che dovesse trattarsi di un nuovo emendamento.

L'emendamento 1.36 così recita: « Al comma 2, aggiungere infine le parole: nei casi indicati dal precedente periodo il medico curante può, in alternativa, indirizzare il paziente ad un altro centro fuori dalla regione di appartenenza ». Mi pare che questa formulazione accolga nella sostanza quanto era stato proposto dal collega Cè.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Del Barone. Ne ha facoltà.

GIUSEPPE DEL BARONE. Signor Presidente, ho chiesto la parola solo per dire con grande affetto all'onorevole Cè, che ha parlato di immoralità, che in un certo senso mi sento il promotore di questa correzione. Dato che il collega Cè può testimoniare abbondantemente come nel 95 per cento dei casi in Commissione o io mi trovo d'accordo con lui oppure lui si trova d'accordo con me, l'immoralità vorrei riservarla a qualche film *hard* e non certamente a questo tipo di discussione !

Se mi sono permesso di prospettare questa nuova formulazione dell'emendamento, è perché non ero convinto della seguente previsione contenuta nell'emendamento Cè 1.25: « oppure può decidere di condurre personalmente (...) ». Nella sostanza, mi rifaccio all'interpretazione che ho dato prima, quando ho affermato che il medico di famiglia, che di solito è colui il quale manda il paziente da uno specialista: potrebbe essere una previsione validissima secondo coscienza, ma non completissima secondo scienza. Si determinerebbe praticamente sempre un gioco nel gettare in un mare di guai, nel nome della stereotipia della scienza e coscienza, il medico di famiglia. Per queste ragioni, mi è sembrato che, con la previsione che il medico curante possa in alternativa indirizzare il paziente ad un altro centro fuori dalla regione di appartenenza, si sia dato vita ad un'accettazione sotto altra forma di un principio enunciato brillantemente dall'amico Cè.

PRESIDENTE. Qual è il parere del Governo ?

MONICA BETTONI BRANDANI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Ribadisco che il parere è favorevole, Presidente.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sull'emendamento 1.36 della Commissione, accettato dal Governo.

(Segue la votazione).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva (*Vedi votazioni*).

(Presenti .....	346
Votanti .....	345
Astenuti .....	1
Maggioranza .....	173
Hanno votato sì ....	338
Hanno votato no ..	7).

Passiamo alla votazione della parte comune degli emendamenti Cè 1.31 e 1.32, contenuta nel comma 2-*bis*, avvertendo che in caso di reiezione si intenderà respinta la restante parte degli emendamenti, concernente la diversa copertura finanziaria.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Cè. Ne ha facoltà.

ALESSANDRO CÈ. Signor Presidente, chiedo l'attenzione dei colleghi perché a mio avviso si tratta di una questione estremamente importante.

Pur non avendo una competenza particolare in questioni di tipo costituzionale, a mio parere la sentenza della Corte costituzionale, riferibile solo al ricorso incidentale che è stato presentato dal Codacons, dalle regioni e dal Consiglio di Stato su una questione specifica, e non sul tema più vasto di cui sto trattando, potrebbe essere di fatto insufficiente e l'aspetto che mi accingo a trattare potrebbe far sì che, in futuro, si debba assistere ad altri ricorsi incidentali, magari con pronunce da parte della Corte costituzionale che ci costringeranno a rivedere ulteriormente il decreto-legge.

Mi esprimo in questi termini perché le considerazioni che hanno portato alla sperimentazione si sono basate innanzitutto sull'esistenza di uno studio retrospettivo che è stato preso in considerazione dagli organismi deputati (commissione oncologica, Istituto superiore di sanità, consiglio superiore di sanità). Ricordo a tutti i colleghi presenti in aula che vi è una letteratura internazionale — non solo quindi il punto di vista del professor Di Bella — che fa riferimento all'esistenza dei recettori 2SS e 5SS nella maggior parte dei tumori, i quali sono sicuramente sensibili alla somatostatina che, a quanto risulta, inibisce in moltissimi casi la moltiplicazione e la crescita cellulare. Di fatto, quindi, vi è un *fumus* di efficacia ed è stato questo a motivare l'inizio della sperimentazione. Mi rifiuto di credere, infatti, che il ministro della sanità, l'onorevole Rosy Bindi, sia stata di fatto costretta ad iniziare la sperimentazione solo ed unicamente sulla base di una sollevazione di piazza; questo sarebbe assolutamente inaccettabile da parte del ministro.

Esiste, pertanto, un *fumus* di efficacia; nella sentenza della Corte costituzionale si dice però che questo non consente di estendere la terapia a tutti coloro che versino in condizioni gravi e terminali, ma solo a quelli inseriti nel protocollo, in quanto il fatto di essere inseriti nella sperimentazione comporta il possibile privilegio di avere effetti positivi da parte del farmaco impiegato, e come contraltare i rischi degli effetti collaterali legati alla sperimentazione di una nuova sostanza o di un nuovo farmaco.

Io credo che il rischio di effetti collaterali, in questo caso, come bilanciamento del privilegio di essere inseriti nella sperimentazione, essendo tutti i farmaci della multiterapia Di Bella già stati testati e perfettamente conosciuti singolarmente (si conosce benissimo quali siano gli effetti collaterali, la tossicità, eccetera), di fatto sia ben poca cosa o non esista affatto. Mi chiedo, allora, se i pazienti che non possono essere inseriti nella sperimentazione perché non rientranti nei dieci

protocolli stabiliti e che tuttavia versano in condizioni molto gravi (nel mio emendamento indico questo caso), dopo essere stati sottoposti ad altre terapie tradizionali che non hanno sortito effetto, possono essere esclusi dalla facoltà di ricorrere al trattamento Di Bella, a carico però dello Stato. A mio parere, in questo caso si potrebbero ledere i principi costituzionali di cui all'articolo 3 sull'uguaglianza ed all'articolo 32 sulla salute. Sappiamo, peraltro, che quest'ultimo stabilisce anche che si debbano garantire agli utenti cure gratuite. Io, però, voglio spezzare una lancia in favore dell'utente tumorale; infatti, se il servizio sanitario nazionale non tutela tutti i cittadini italiani, almeno sotto il profilo della malattia più grave in assoluto, che è il tumore, non vedo di quale servizio sanitario si parli.

In conclusione, credo che, se da questo punto di vista verrà fatto un rilievo alla Corte costituzionale nei termini da me riferiti, la stessa Corte costituzionale dovrà valutare approfonditamente questo aspetto e, probabilmente, il risultato sarà quello di un'ulteriore sentenza che ci costringerà a modificare l'attuale provvedimento.

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sulla parte comune degli emendamenti Cè 1.31 e 1.32, non accettati dalla Commissione né dal Governo.

*(Segue la votazione).*

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera respinge *(Vedi votazioni)*.

<i>(Presenti</i> .....	345
<i>Votanti</i> .....	341
<i>Astenuti</i> .....	4
<i>Maggioranza</i> .....	171
<i>Hanno votato sì</i> .....	143
<i>Hanno votato no</i> .....	198).

È pertanto preclusa la restante parte degli emendamenti Cè 1.31 e 1.32, concernente la copertura finanziaria.

Passiamo alla votazione dell'emendamento Cè 1.26.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Cè. Ne ha facoltà.

ALESSANDRO CÈ. Sinceramente credevo che la Presidenza potesse ritenere l'emendamento in questione inammissibile e mi sono stupito di vederlo inserito nello stampato contenente il testo degli emendamenti. Comunque, torna alla nostra attenzione il discorso di cui abbiamo già parlato all'inizio, per cui sarò abbastanza breve. La questione è quella della libertà di cura e di terapia, indipendentemente dalla sperimentazione o meno.

È passata inosservata la regolamentazione contenuta nel precedente decreto-legge e mi stupisco molto anche del fatto che l'ordine dei medici non si sia, per così dire, sollevato contro una impostazione assolutamente centralista, nel senso che pone al centro del controllo sulle terapie autorizzate il Ministero della sanità. Io credo che il parametro di riferimento per i medici dovrebbe essere innanzitutto la scienza internazionale, non il dicastero. In secondo luogo, dobbiamo conferire la dovuta importanza al consenso informato del paziente, che è fondamentale. Noi parliamo sempre in termini generici, ma dovremmo fare anche l'esempio di casi limite. In alcuni casi il paziente ha tutti i diritti di pretendere che su di lui venga provata o che a lui venga prescritta una terapia che non è autorizzata dal Ministero della sanità, perché nessuno può garantirci che quest'ultimo sia più preparato di un singolo medico, il quale magari si è perfezionato a livello internazionale in un singolo settore sull'utilizzo di un determinato farmaco. Un medico, infatti, potrebbe conoscere anche gli effetti di un farmaco che, magari, sfuggono al Ministero della sanità ed agli organi tecnici che esprimono delle valutazioni da questo punto di vista. Credo, allora, che l'articolo 3 del precedente decreto-legge andrebbe assolutamente stralciato e che in questa Camera, da parte del Governo o di un parlamentare, dovrebbe assolutamente essere presentato un provvedimento sulla