

Inchiesta di *GynecoAogoi* sul futuro delle leggi per la sanità (Seconda parte)

# Cosa bolle alla Camera

Testi in discussione, proposte nel cassetto, temi caldi e questioni "dimenticate", tra soluzioni bipartisan e nodi da sciogliere. A colloquio con gli onorevoli Binetti (Udc), Di Virgilio (Pdl), Molteni (Lnp), Palagiano (Idv) e Turco (Pd) per capire anche quali sono i provvedimenti al vaglio della Camera che potranno vedere la luce entro la fine della legislatura

**Paola Binetti (Udc)**  
Componente XII Commissione Affari sociali della Camera dei deputati

## Un "tridente" per la gestione delle patologie e la tutela della condizione di vita

**Onorevole Binetti, qual è lo stato dell'arte dei provvedimenti sanitari alla Camera?**

In questo momento storico si parla tanto di riforme come se fossero un obiettivo che compete quasi prioritariamente ed esclusivamente al Governo. Sotto i riflettori ci sono la riforma fiscale, quella della giustizia e il federalismo fiscale, e si ignora molte volte che il Parlamento sta lavorando da tempo a riforme concrete come quella sulle dichiarazioni anticipate di trattamento. Un provvedimento che vorrei si concludesse con serenità e in modo costruttivo. È stato licenziato dal Senato da oltre un anno, per cui i tempi sono maturi per mettere una parola ferma ad un provvedimento ampiamente discusso. Anche perché, probabilmente, alcuni nodi non troveranno una soluzione "bipartisan". Perciò ogni parte politica, per quello che è di sua competenza, dovrebbe evitare di intrattenere gli elettori con cavilli e falsi problemi e iniziare ad assumersi le proprie responsabilità.

**Parliamo di uno dei provvedimenti che più interessano il mondo medico: il Governo clinico.**

È un provvedimento assolutamente determinante per quella che potremmo chiamare l'etica del quotidiano. Rappresenta una di quelle riforme ordinarie che, se ben impostata, condivisa e centralizzata sui punti critici può servire realmente a contenere gli sprechi e a bloccare l'ingerenza della politica.

**Siete d'accordo sull'ultimo testo in discussione?**

L'impianto nel suo complesso può essere considerato accettabile. Il problema vero ora è ca-

pire la reale disponibilità della maggioranza - che ogni tanto si blinda su posizione di parte - ad accogliere gli emendamenti dell'opposizione. Bisogna ricordarsi invece che il Ssn è di tutti. Che quella della sanità è una battaglia comune perché tutti siamo interessati a che non ci siano sprechi.

**Altre proposte nel cassetto?**

Come prima firmataria ho presentato un Ddl sulle unità di lungodegenza per i pazienti in stato vegetativo che insieme alla legge sulle cure palliative, già approvata, e alla Dat costituiscono una sorta di tridente per la gestione delle patologie e la tutela della condizione di vita. Credo



che questo terzo provvedimento vada approvato quanto prima. È la nostra risposta positiva quando asseriamo di volere tutelare il diritto alla vita per i pazienti e compiere atti che aiutino concretamente le famiglie di questi pazienti.

**Quali sono i punti cardine di questo provvedimento?**

Pochi e molto semplici da realizzare. Anche perché stiamo parlando di pazienti che hanno bisogni molto contenuti sono il profilo clinico-diagnostico mentre richiedono un'assistenza maggiore da parte di fisioterapisti e del personale infermieristico. Anche dal punto dei costi si avrebbe un beneficio per il Ssn: l'assistenza nelle unità di lungodegenza costa molto meno di quella in ospedale e al do-

micilio del paziente dove si ha una moltiplicazione di tutti i supporti necessari. Ora, aspettiamo la conclusione del provvedimento sulle Dat, dopo di che diventerà inevitabile iniziare a lavorare anche su questa proposta.

**Una materia all'attenzione della commissione Affari Sociali è l'assistenza al paziente psichiatrico. Cosa ne pensa?**

La legge 180 è una legge importantissima che ha fatto la storia della psichiatria, ma oggi richiede una messa a punto. Le proposte presentate contengono elementi nuovi per completare aspetti della 180 che in questi 30 anni si sono rilevati problematici in particolare per le famiglie le quali devono farsi carico totale di questi pazienti. È quindi una materia delicata da affrontare abbandonando atteggiamenti di tipo ideologico. Va inoltre considerato che in trent'anni la psico-farmacologia ha fatto passi da gigante, quindi tutti profili terapeutici richiedono una rivisitazione, una rivalutazione importante. Dobbiamo dare supporto alle famiglie, prevedere un inserimento sociale per questi pazienti ma negare la malattia mentale. Questa è una malattia a tutti gli effetti e come tale va trattata, richiede quindi anche il ricovero ospedaliero nelle migliori condizioni possibili.

**Domenico Di Virgilio (Pdl)**  
Componente XII Commissione Affari sociali della Camera dei deputati

## Governo clinico, un fiore all'occhiello

**Onorevole Di Virgilio, quali sono i provvedimenti nell'agenda del Pdl che potrebbero vedere la luce entro la fine di questa legislatura?**

Innanzitutto un risultato lo abbiamo già conseguito: abbiamo approvato all'unanimità il provvedimento sulle cure palliative e le terapie del dolore. È una leg-

ge importantissima che ci pone all'avanguardia in Europa, e va incontro alle esigenze di oltre 300mila famiglie. Soprattutto è la dimostrazione che quando si prescinde dall'appartenenza ideologica si possono fare ottime leggi.

**Ma i fondi per le cure palliative sono sufficienti per rispondere**



**alle richieste dei cittadini?**

Se ragioniamo in questa ottica dobbiamo dire che i soldi non bastano mai. L'importante era partire e lo abbiamo fatto. E poi non dimentichiamo che ci sono anche ulteriori risorse messe a disposizione dal Ministero: una parte del Fondo sanitario nazionale è stata finalizzata proprio a questo scopo.

**Le altre proposte in agenda?**

Puntiamo su tre Ddl: Governo clinico, "Testamento biologico" - provvedimento per altro così erroneamente definito, in quanto in realtà la legge titola "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, consenso informato e dichiarazione anticipata di trattamento" - e quello di riforma dell'assistenza psichiatrica.

**Partiamo dal Governo clinico.**

È il mio fiore all'occhiello. Consentirà finalmente di restituire ai medici un ruolo di primo piano grazie alla previsione del Collegio di direzione come organo dell'Azienda; ripristinare la meritocrazia e portare trasparenza. Ci saranno, infatti, nuove norme concorsuali per la nomina dei dirigenti di struttura complessa: la

commissione verrà sorteggiata e sarà composta da tre membri che proporranno al Dg una rosa di tre nomi scelti per merito.

**I temi più caldi sono quelli della libera professione e dell'età pensionabile. Qual è la vostra posizione in merito?**

Il Pdl è per la libertà di scelta del cittadino e per la libera professione, ma nel rispetto di regole precise. Questo non significa che i medici possono fare quello che vogliono. Riteniamo quindi che il volume di prestazioni in libera professione non debba superare quello svolto in ospedale. Vogliamo tariffe concordate con l'Azienda e che una parte dell'attività sia dedicata ad abbattere le liste d'attesa. Sull'età pensionabile ci sono state fin ora discriminazioni che vanno superate: ci sarà un'equiparazione tra universitari e ospedalieri, quindi tutti dovranno andare in pensione a 70 anni. Gli ospedalieri potranno andare in pensione a 67 anni, o a domanda dell'interessato, a 70 anni.

**Previsioni sui tempi di approvazione?**

Superati i dubbi di costituzionalità che erano stati sollevati alla Affari Costituzionali abbiamo ripresentato un testo che ha recepito in toto le osservazioni di questa commissione. Attualmente c'è un conflitto con l'Opposizione per quanto riguarda la libera professione e in piccola parte l'età pensionabile. Spero per la fine di aprile di portare il testo in aula. Poi la discussione proseguirà al Senato.

**Sul testamento biologico?**

Per la prima volta in Italia, un provvedimento consente all'individuo e al medico di stringere un'alleanza terapeutica per arrivare a una decisione comune. Soprattutto, per la prima volta, si definiscono dettagliatamente i contorni del "consenso informato". Attualmente il medico è obbligato solo da norme deontologiche, con questo provvedimento invece si stabilisce cosa significa realmente il consenso informato, come deve essere chiesto e come deve essere attuato. Per quanto riguarda le dichiarazioni anticipate di trattamento, viene sancito che la figura di riferimento sarà il proprio medico di fiducia, quindi il medico di famiglia. L'alleanza sarà scritta e si potrà cambiare quando si vuole. Abbiamo proposto una durata di cinque anni comunque non vincolabile: nell'arco di un quinquennio si potrebbe assistere a progressi scientifici che possono cambiare le decisioni.

**Che tempi prevede per la chiusura di questo provvedimento?**

Spero di portarlo in aula entro maggio. Però le previsioni sono ipotetiche proprio perché vogliamo portare avanti un dibattito approfondito e chiaro. Vedremo come andrà in aula, dove il voto è segreto. Rispetto al testo del Senato che riguardava solo gli stati vegetativi, abbiamo approvato un emendamento che amplia la platea, anche a soggetti in stato comatoso in fase terminale che non sono in grado di intendere

e di volere. È un emendamento particolarmente qualificante. Queste persone possono presentare, infatti, condizioni cliniche che facciano ritenere, in via eccezionale, al medico controproducenti nutrizione e alimentazione. Questo è una novità, vedremo come andrà al Senato.

#### Parliamo della riforma dell'assistenza psichiatrica...

La legge Basaglia è stata una buona legge, ma dopo 25 anni va rivista e sono le stesse associazioni dei familiari a chiedercelo. Stiamo lavorando su un progetto che prevede il ripristino del trattamento sanitario obbligatorio di breve durata. Non vogliamo riaprire i manicomi come qualcuno ha affermato, ma riteniamo che ogni struttura ospedaliera debba avere dei posti riservati a trattare adeguatamente questi pazienti con equipe mediche specializzate in grado di dare risposte adeguate per tutta la durata della fase acuta. Prevediamo anche un'assistenza a domicilio per aiutare le famiglie che non possono essere lasciate sole.

**Laura Molteni (Lnp)**

**Componente XII Commissione Affari sociali della Camera dei deputati**

## Istituire lo specialista senologo, un progetto a cui tengo particolarmente

**Onorevole Molteni, quali sono i provvedimenti di carattere sanitario sui quali la Lega punta in questa legislatura?**

Prima di entrare nello specifico di quelle che sono le nostre proposte sulla materia, desidero puntualizzare che nostro obiettivo primario è quello di portare avanti i decreti attuativi sul federalismo fiscale. Solo quando sarà compiuto questo importantissimo giro di boa sarà possibile affrontare anche le questioni inerenti la sanità, dai problemi legati al risanamento dei deficit regionali – ricordo che sono diverse le regioni con disavanzi e che quindi hanno sottoscritto i piani di rientro – alla definizione dei costi standard. In questo modo riusciremo ad arrivare a una vera e trasparente responsabilità gestionale con l'attivazione di meccanismi sanzionatori e quindi a evitare gli sprechi.

**Entrando nello specifico dei provvedimenti sul quale state lavorando?**

Abbiamo già portato a casa le cure palliative. Una legge sulla quale ci siamo da sempre battuti in quanto è un grande passo in avanti nel percorso di civiltà del Paese, e che restituisce dignità ai pazienti e alle loro famiglie. Per questo vigileremo con attenzione sull'applicazione e sull'utilizzo dei fondi.

**Altro provvedimento al centro del dibattito parlamentare è il te-**

**stamento biologico ...**

Abbiamo espresso chiaramente la nostra posizione sia al Senato, sia alla Camera. E se arriveremo a una conclusione, sarà anche grazie al contributo della Lega. In particolare, in Commissione XXII con l'approvazione di un nostro significativo emendamento abbiamo introdotto una garanzia sul fine vita sia per le persone che consapevolmente vorranno esprimere la propria volontà, certa e inequivocabile, attraverso la Dat, sia per coloro che invece sceglieranno di non sottoscrivere, rispettando quindi tale decisione. Abbiamo previsto che, nel caso in cui il cittadino non abbia sottoscritto una dichiarazione anticipata di trattamento, eventuali dichiarazioni di intenti o orientamenti espressi dal soggetto al di fuori delle forme e dei modi previsti dalla legge non avranno valore e non potranno essere utilizzati per la ricostruzione della volontà del soggetto. Si garantisce inoltre che espressioni emozionali rilasciate in situazioni particolari o in momenti di crisi emozionale dal paziente non siano interpretate da un terzo come una volontà presunta. Se il paziente infatti avesse voluto esprimere la sua volontà avrebbe potuto farlo prima, nei tempi e nei modi stabiliti. Insomma è un emendamento laico di tutela e garanzia da un lato delle reali volontà espresse dal cittadino e da un altro lato dalla scelta di non esprimerle, il tutto secondo una logica di equilibrio delle rispettive volontà.

**Altre proposte nel cassetto?**

Penso in particolare a tre progetti di legge: quello sul "Dopo di noi" - una proposta che avevamo presentato nelle precedenti legislature per garantire assistenza e accoglienza ai disabili dopo la perdita dei loro familiari - la riforma della psichiatria e il Pdl di istituzione della figura professionale del medico specialista senologo perché ritengo che le problematiche relative alle patologie del seno debbano essere affrontate in modo specifico. E questo può avvenire solo nel riconoscere la senologia come branca specialistica a sé stante, da scorporare, quindi, dalla chirurgia generale.

**Sulla riforma della psichiatria?**

Stiamo riprendendo studi già affrontati nella legislatura del 2001. Senza buttare via la legge Basaglia, vogliamo introdurre procedure più snelle sul Tso con

tempi di permanenza più prolungati in ospedale, e soprattutto istituire, come avviene in Svizzera, strutture intermedie in grado di offrire terapie a lungo termine.

**Una battuta sul governo clinico?**

Ritengo che su questa materia debbano essere salvaguardate le competenze regionali in tema di sanità secondo le modifiche apportate al titolo V della Costituzione.

**Antonio Palagiano (Idv)**

**Componente XII Commissione Affari sociali della Camera dei deputati**

## Legge 40 e Ru486, tra le nostre battaglie future

**Onorevole Palagiano, a che punto siamo con i provvedimenti di carattere sanitario?**

È sempre più difficile portare avanti proposte di carattere sanitario in un Parlamento dove ogni provvedimento è blindato. E lo dico senza faziosità, anzi con sgo-



della salute dei cittadini non dovrebbe esserci alcuna suddivisione tra cose di destra e di sinistra. Bisognerebbe prescindere da qualsiasi ideologia. Invece, vedo che diktat dall'alto ostacolano il cammino dei provvedimenti: basta guardare a quello che sta avvenendo nel dibattito sul testamento biologico. Interessi governativi e promesse elettorali sovrastano gli interessi dei cittadini. Insomma, il Governo ha dimostrato di non avere tra le sue priorità la salute degli italiani.

**Mi faccia qualche esempio**

La legge sulle cure palliative. È una legge a metà. Nonostante gli obiettivi ammirevoli, nei fatti e per le risorse messe in campo, non garantirà certo la realizzazione completa delle due reti nazionali di cure palliative e terapia del dolore. Le risorse stanziare, pressoché nulle, non colmeranno i vuoti lasciati dalla diffusione degli hospice presenti sul territorio nazionale a macchia di leopardo, con Regioni che dispongono di strutture dedicate e altre dove sono totalmente assenti. Tradotto, cure palliative e terapie del dolore non sono una priorità di questo Governo.

**Quindi non è soddisfatto della legge sulle cure palliative?**

L'abbiamo votata considerandola come l'inizio di un percorso più lungo che deve riguardare non soltanto coloro che si trovano nella fase terminale della vita, ma anche quanti sono afflitti da malattie croniche causa di dolore quotidiano. Penso soprattutto alle donne che soffrono di dolori osteoarticolari cronici, di endometriosi, cefalee; a chi deve sottoporsi a interventi invasivi in cui spesso si omette l'analgesia. È quindi solo un primissimo passo per la diffusione capillare e la garanzia dell'accesso alle cure palliative e terapia del dolore in Italia. Unico segnale positivo è l'accoglimento dell'ordine del giorno dell'Idv che prevede una maggiore garanzia di controlli da parte dello Stato sulla reale applicazione della legge in capo alle Regioni. Questo è un passaggio importantissimo per un'esecuzione concreta della legge e per assicurare ai cittadini un'assistenza capillare. Ora sarà nostro compito vigilare che gli impegni presi dal Governo in questa occasione siano effettivamente messi in atto.

**Sul testamento biologico?**

Di male in peggio. È stato approvato un emendamento della Lega che considero inaccettabile: lede l'autonomia della persona. Sancisce che "eventuali dichiarazioni di intenti o orientamenti espressi da un soggetto al di fuori delle forme e dei modi contenute nel provvedimento sulle Dat non hanno valore e non possono essere utilizzati ai fini della ricostruzione della volontà del soggetto". Questo è un principio che oltre a contravvenire al codice di deontologia medica, per cui il medico deve tenere conto delle scelte del paziente, e alla Convenzione di Oviedo, viola gravemente inficiandola l'autonomia e la dignità della persona.

**Nuove proposte?**

Dobbiamo bloccare la catena nefasta della commistione tra sanità e politica. Abbiamo proposto come Idv la creazione di un albo unico nazionale da cui attingere per individuare i manager delle Aziende. Non è accettabile che a decidere siano sempre i soliti riciclati di turno dei partiti politici. Soprattutto è intollerabile che siano loro a decidere chi deve accedere alle posizioni apicali: questo è un compito che dovrebbe essere lasciato ai medici. Anche perché il testo sul governo clinico presentato dalla maggioranza non sposta di una virgola il problema, soprattutto nelle Università. È provvedimento farsa. Si propone il meccanismo del sorteggio pubblico per individuare i componenti della commissione che dovranno attribuire gli incarichi di direzione, peccato che questo sorteggio viene fatto sempre nell'ambito di un elenco ristretto che privilegia i soliti mammasantissima.

**Battaglie future?**

Alzeremo le barricate per la legge 40 e sulla Ru486. Il nostro obiettivo è che tutte le donne possano usufruire delle terapie mediche chirurgiche per l'interruzione di gravidanza. Non par-

liamo da partito abortista, ma da partito che si batte per i diritti civili. Non possiamo rinunciare ad uno strumento di comprovata efficacia che garantisce un diritto civile alle donne. Persone che affrontano con sofferenza scelte difficili e devono essere tutelate.

**Livia Turco (Pd)**

**Componente XII Commissione Affari sociali della Camera dei deputati**

## Tre provvedimenti da portare avanti a testa bassa

**Onorevole Turco, su quali provvedimenti la sanità potrà contare da qui alla fine della legislatura?**

Questa è una legislatura avara in materia di sanità. L'unico provvedimento che dopo due anni di lavoro abbiamo portato a casa è quello sulle cure palliative. Un obiettivo centrato anche grazie all'impegno determinante da parte dell'opposizione, sia nella stesura della legge, sia per il reperimento delle risorse. Soprattutto questa è stata l'unica iniziativa parlamentare a tagliare il traguardo. La causa di questa avarizia è da riferirsi al fatto che il Parlamento è spogliato delle proprie funzioni e prerogative. Tutta l'attività svolta è tesa a portare avanti le iniziative del Governo. Anche in commissione una larga parte della nostra attività è indirizzata a esaminare decreti del governo sul quale diamo essenzialmente pareri. E poi, come ci ricorda costantemente l'ufficio di presidenza, su di noi pende sempre la spada di Damocle delle risorse. Peccato sia difficilissimo fare provvedimenti a costo zero, soprattutto in una materia così delicata come la sanità che avrebbe invece bisogno di maggiori investimenti da parte dell'esecutivo.

**C'è qualche provvedimento sul quale punterete o al contrario al quale vi opporrete?**

Il testamento biologico ci impegnerà molto. Avevamo presentato un emendamento che prevedeva, nella fase finale della vita, la sospensione dell'idratazione e dell'alimentazione se non più utili al paziente in base ad una decisione congiunta del medico



► Segue a pagina 14

**L'oncologia in Italia: l'Aiom fa il punto**

# Tumori: il Bel Paese fa di più

È una guerra, quella contro il cancro. E l'Associazione italiana di Oncologia medica (Aiom), per la quarta volta dal 2002 con il suo Libro Bianco, passa in rassegna le armi e le truppe di cui l'oncologia italiana dispone per affrontarla. Un armamentario che è notevolmente migliorato rispetto alle precedenti rilevazioni: più strutture oncologiche, con maggiore disponibilità di strumentazioni terapeutiche e diagnostiche. Un numero più alto di personale dedicato e un'assistenza che si fa sempre più appropriata. Soprattutto, negli anni, si sta lentamente colmando il gap Nord-Sud, anche se quasi la metà delle oncologie italiane si trova ancora nell'Italia settentrionale. Questi, in sintesi i dati del rapporto che censisce le risorse del sistema assistenziale oncologico italiano.

## Strutture, personale e strumenti

Sono 230 le strutture oncologiche italiane. A far la parte del leone, il Nord con 104 unità. Il Sud, tuttavia, nell'ultimo decennio ha recuperato buona parte del suo ritardo storico, inaugurando, dopo il 2000, oltre la metà delle sue 61 strutture. Aumenta il numero di personale strutturato all'interno delle unità di oncologia: i medici sono passati dai 4,1 del 2001 ai 6 attuali, gli infermieri professionali da 8,6 a 13. Gli psicologi da 0,4 a 1,3. Nell'ultimo decennio, inoltre, è migliorata notevolmente la dotazione di strumentazione diagnostica delle strutture. Dal 2003, le Pet (tomografia) per le diagnosi sono triplicate: era-

**Pubblicata la quarta edizione del Libro bianco Aiom. Molti i miglioramenti, ma cure palliative, hospice e riabilitazione sono ancora lontani dall'essere offerti alla totalità dei cittadini**



**3 centri su 4 offrono cure a domicilio**

**IL 60%**  
ha una struttura di cure palliative o cure per i pazienti terminali

**L'80%**  
ha strutture per la terapia del dolore

**IL 45%**  
ha un hospice

**IL 42%**  
ha un servizio di riabilitazione oncologica

**Pet nel 30% delle strutture**

**61%**  
ha una scintigrafia

**90%**  
ha una risonanza magnetica

**60%**  
ha una radioterapia

**13**  
posti letto per struttura

**5000**  
visite ambulatoriali per struttura

**5700**  
accessi in day hospital per struttura

**627**  
ricoveri per struttura

no disponibili allora per il 10% delle strutture, oggi per il 30% dei centri. Raddoppiate le scintigrafie e le risonanze magnetiche passando dal 36 al 61%, le prime, e dal 51 al 90% le seconde.

Progressi più lenti sono stati rilevati invece nella disponibilità di apparecchi per radioterapia presenti in quasi il 60 per cento delle strutture (rispetto al 46 per cento del 2001). Una ragione di tale ritardo potrebbe essere ricercata nella sentenza emessa nel 2008 dalla Corte costituzionale

che accoglieva la questione di legittimità costituzionale sollevata dalla regione Veneto in merito a un articolo della finanziaria del 2007 (legge 27 dicembre 2006) che vincolava 500 milioni di euro "alla riqua-

lificazione strutturale e tecnologica dei servizi di radiodiagnostica e di radioterapia di interesse oncologico con prioritario riferimento alle regioni meridionali ed insulari".

## Assistenza e cura

La quarta edizione del Libro bianco, realizzato con il contributo di Novartis Farma, ha consentito inoltre di cogliere il cambiamento in atto nel modello di assistenza oncologica: da un lato mino-

ri spazi e tempi dedicati al ricovero (i posti letto per struttura sono passati dai 17 del 2001 ai 13 attuali mentre i tempi di ricovero dai 7-8 giorni del 2004 ai 5 del 2009), dall'altro maggiore accesso al Day Hospital (gli accessi sono passati dai 5.200 del 2004 ai 5.700 del 2009).

Aumentano inoltre le strutture che forniscono cure a domicilio: attive oggi in 3 centri su 4 rispetto al 50 per cento del censimento 2005. Proprio su questo aspetto ha focalizzato la propria attenzione il ministro della Salute Ferruccio Fazio nella prefazione al Libro bianco: "I tumori - scrive il ministro - stanno diventando la vera emergenza sanitaria del Paese [...]. Diventa pertanto indispensabile prepararsi ad affrontare tale emergenza cercando anche di intervenire sulle problematiche connesse alla cronicizzazione grazie a un maggior coinvolgimento del territorio".

Il Rapporto non ha tuttavia mancato di registrare diversi ritardi nell'offerta di servizi. La disponibilità di strutture di cure palliative, per cominciare, presenti nel 60% delle unità di Oncologia medica italiane, gli hospice di cui dispone meno della metà delle strutture (45%), i servizi di riabilitazione oncologica (presenti nel 42% dei casi).

Le strutture per la terapia del dolore sono invece disponibili nella quasi totalità (80%) delle unità oncologiche. Come era nelle attese, sono in forte crescita i costi per farmaci, passati da poco più di un milione di euro per unità di oncologia nel 2004 agli attuali 2.207.000.

## La ricerca

Il rapporto fotografa un positivo mutamento di rotta nell'oncologia italiana con un progressivo avvicinamento della pratica clinica alla ricerca.

È il presidente dell'Aiom Carmelo Iacono a spiegare le ragioni di un simile avvicinamento: "Il paziente oncologico - ha affermato Iacono - ha necessità di prestazioni di alto livello assistenziale con la tempestiva traslazione dei risultati della ricerca più attuale nella pratica clinica".

## ► Segue Da pagina 13

curante e dei familiari del paziente. Un emendamento migliorativo del testo che è stato respinto, anche se con un dibattito interessante nella maggioranza. Per questo considero la partita non chiusa, anzi siamo pronti a tornare in aula per discuterne. Inoltre la maggioranza sta insistendo per presentare un progetto di revisione della legge 180 che contrasteremo fermamente. **Qualche fiore all'occhiello?** Sono tre i provvedimenti che porteremo avanti a testa bassa. Il primo è quello per la creazione di un fondo a sostegno delle persone non autosufficienti: è una legge che costa, ma sulla quale

non intendiamo cedere. Abbiamo poi presentato una Pdl per affrontare con misure concrete il fenomeno crescente dell'impovertimento della popolazione. Non dimentichiamo che il 2010 è l'anno europeo della lotta alla povertà e all'esclusione sociale, per questo la nostra proposta contiene gli indirizzi, gli strumenti e le risorse per un vero e proprio Piano nazionale contro la povertà. È una novità importante, di cui il nostro Paese ha un'urgente necessità, con misure specifiche come il "reddito di solidarietà attiva" che costituisce un intervento monetario di tipo universalistico, promosso dallo Stato, nell'ambito del Programma nazionale per il sostegno del-

l'autonomia economica delle persone.

## La terza proposta?

È piccola, ma di grande civiltà. Punta a realizzare la rete del "dopo di noi" per la presa in carico delle persone con disabilità grave. L'obiettivo è quello di garantire un futuro di assistenza ed accoglienza a persone disabili dopo la perdita dei loro familiari. Su questo mi batterò con forza, quindi andremo avanti con decisione per incardinarla perché non sempre i diritti dell'opposizione sono adeguatamente riconosciuti.

## Altri provvedimenti in agenda?

Entrerà presto in vigore il federalismo fiscale e questo richiederà l'emanazione di una legge

quadro sui principi del Ssn. È inutile mentire, con il federalismo fiscale la normativa in vigore rischia di perdere qualsiasi possibilità di coerenza. I principi sanciti dalla legge 833 e dalla 229 rischiano di diventare dei "richiami". Per questo è necessario emanare una legge che tuteli il Ssn. È importante che sia un provvedimento bipartisan e potrebbe aprire davvero una nuova stagione per la sanità. C'è poi la legge 328 del 2000 sulla riforma dell'assistenza, un provvedimento di fatto abbandonato. Per questo deve essere avviata un'indagine conoscitiva sui servizi integrati alla persona per capire lo stato dell'arte del welfare nei comuni.

## È sul governo clinico?

Il nodo è sulla libera professione medica. Non vogliamo che ci siano ricadute negative sul Ssn. In realtà il problema relativo all'esercizio di questa attività avrebbe dovuto essere affrontato solo in un'ottica di predisporre strutture adeguate dedicate all'attività intramoenia. **Tirando le somme, previsioni per il futuro?** Sono fiduciosa, in tre anni senza elezioni qualcosa dovrà pur arrivare in porto. Per quanto mi riguarda, garantisco che l'opposizione continuerà ad essere propositiva per conquistare anche il piccolo risultato. Noi lavoreremo guardando al bene del Paese. **La prima parte dell'inchiesta sul numero 3-2010**