

SENATO DELLA REPUBBLICA

VI LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE

(Igiene e sanità)

47^o RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDUTA DI GIOVEDÌ 10 LUGLIO 1975

Presidenza del Presidente MINNOCCI

INDICE

DISEGNI DI LEGGE

IN SEDE DELIBERANTE

Seguito della discussione e rinvio:

« Disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico » (1929) (*Approvato dalla Camera dei deputati*):

PRESIDENTE	Pag. 769, 776, 778 e passim
ARGIROFFI	777, 778, 781 e passim
BARBARO, relatore alla Commissione	770, 775 e passimi
BARRA	775, 782, 783 e passim
BENEDETTI	775, 779, 783
CAPUA	777, 781
CAVEZZALI	775, 786
LEGGIERI	776, 784
OSSICINI	779, 781
PINTO, sottosegretario di Stato per la sanità	780 782, 785
PITTELLA	774, 776, 785
ZANTI TONDI Carmen	785, 786

La seduta ha inizio alle ore 10,30.

ARGIROFFI, f.f. segretario, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

IN SEDE DELIBERANTE

Seguito della discussione e rinvio del disegno di legge:

« Disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico » (1929) (*Approvato dalla Camera dei deputati*)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: « Disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da ca-

davere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico », già approvato dalla Camera dei deputati.

Ricordo alla Commissione che la discussione generale è stata già chiusa nella precedente seduta. Pertanto, prego il relatore di voler replicare.

B A R B A R O, *relatore alla Commissione.* Desidero, innanzitutto, ringraziare tutti coloro che sono intervenuti nel dibattito e che hanno dimostrato un'approfondita conoscenza della tematica, oltre all'interesse che il problema in esame suscita nelle forze politiche e nel corpo sociale.

Certo il problema può, per certi aspetti e per una non ancora profondamente radicata convinzione sulle nuove acquisizioni, originare perplessità e turbamenti nel corpo sociale; ed è giusto che noi si debba avere rispetto delle altre preoccupazioni, sia sotto il profilo legislativo, che scientifico, sociale, umano, filosofico e religioso. Come è stato dimostrato qui, la tecnica si deve mettere a disposizione della filosofia, del pensiero, delle intuizioni etiche dell'uomo, nel senso di una finalizzazione tesa alla difesa dell'uomo, non alla sua offesa od oppressione.

Purtroppo momenti bui della storia hanno finalizzato le scoperte della scienza allo scopo di dare vita alla bomba di Hiroshima, alle camere a gas, alla guerra biologica, alla ecatombe ecologica dell'umanità; ma credo che compito precipuo di noi legislatori sia quello di reagire a queste aberranti finalizzazioni delle scoperte scientifiche e canalizzare l'incandescente materia in difesa ed a vantaggio dell'uomo.

Ho fatto questa premessa per sgomberare il campo da talune considerazioni che sono state fatte e che potrebbero adombrare una deformazione professionale o una spinta settoriale per un problema che invece interessa profondamente tutto il corpo sociale.

Riconfermiamo subito il principio del diritto prioritario alla sopravvivenza del donatore, sin quando questo donatore è in vita. Anche se la filosofia e la teologia possono dirci che la morte è il passaggio da uno stato provvisorio ad uno definitivo dell'es-

re umano, tuttavia nè la filosofia nè la teologia possono indicarci qual è il momento in cui la morte stessa realmente interviene. In pratica, sia la filosofia che la teologia accettano la definizione di morte che la scienza va sempre più precisando. Un tempo la scienza aveva indicato alla teologia come momento della morte l'arresto della respirazione e del battito cardiaco; quindi, le scienze religiose si erano uniformate nelle loro iniziative pratiche a queste indicazioni. Più tardi sul piano scientifico andò sempre più chiarendosi la possibilità che in certe forme di morte improvvisa, di traumi cranici gravi, l'organismo conservasse in sè la possibilità di ripresa, almeno mediante tecniche rianimative. Oggi, la dottrina teologica e la dottrina morale, seguendo le indicazioni più recenti della scienza del settore, ritengono morta la persona nella quale sia stata riscontrata una degenerazione irreversibile della massa cerebrale, cioè lo stato di morte clinica — o cerebrale — o di coma *depassé*, che rende il soggetto totalmente irrecuperabile alla vita, dal momento in cui questo stato si è instaurato. La successiva attesa e osservazione, più o meno prolungata nel tempo, non rappresenta assolutamente un parametro, ma solo una ulteriore conferma di ciò che è già avvenuto in maniera irreversibile.

Data l'incidenza del concetto di morte clinica nel problema dei trapianti, voglio essere più preciso. La morte clinica vuole indicare quello stato fisiopatologico in cui, pur essendo scomparsa ogni attività circolatoria, respiratoria e nervosa, non si può dire ancora che il paziente sia totalmente morto, in quanto l'organismo, posto in condizioni particolari, potrebbe essere riattivato, attraverso il ripristino del circolo e del respiro mediante un iniziale avvio artificiale rianimativo. Se nel frattempo, però, vi sarà stata la distruzione o la degenerazione massiva dei centri nervosi superiori, l'intervento rianimativo non riuscirà mai più a riportare il soggetto alla vita cerebrale e quindi alla vita autonoma. Per cui, fino a quando vi sarà circolazione e ventilazione forzata, l'individuo potrà pure apparire vivo biologicamen-

te, ma di fatto non è più vivo: è un prosieguo di sola vita apparente, meccanica, che diventerà morte secondo la vecchia accezione non appena verrà interrotto il contatto con le macchine della rianimazione. In altri termini, è un cadavere a cuore pulsante. Una volta, quindi, che la scienza, con tutti i suoi metodi più aggiornati, da un punto di vista tecnico ci abbia accertato che il soggetto non ha più alcuna possibilità di recupero alla vita, ci si può comportare nei suoi confronti come ci si comporta con un cadavere, su cui vigilano solo norme di rispetto e di pietà, ma non norme di intoccabilità essenziale.

Un ulteriore approfondimento scientifico potrà in seguito darci una definizione di morte più aggiornata e precisa, forse anche meno esposta a pericoli di errore. Ma non si può esigere dall'uomo di mettere in crisi tutte le sue conoscenze, costituite dalle certezze dell'oggi, soltanto perché domani potranno essere più perfette, e soprattutto quando si tratta di contesti urgenti ed indispensabili. Ciascuna epoca si avvale delle nozioni di certezza che ha raggiunto, per risolvere i suoi problemi. Anche in passato l'uomo ha risolto i suoi problemi indispensabili ed urgenti con le nozioni e con le tecniche che erano allora apparse le migliori; e se oggi talune sono state migliorate, nessuno può ragionevolmente incolpare l'uomo del passato perché non ha atteso la nostra epoca per avere nozioni più perfette. Ciascuna epoca è chiamata a portare avanti il peso delle sue responsabilità con i mezzi che man mano affiorano e risultano disponibili e non può rimandare all'infinito le sue soluzioni perché un giorno avrà idee più chiare e tecniche più perfezionate.

Di fronte a questa valutazione morale e religiosa — perchè il problema è stato posto anche e soprattutto in termini morali e religiosi — della morte clinica e irreversibile, risulta più facile rispondere al quesito se un soggetto morto clinicamente in maniera irreversibile, ma sottoposto a rianimazione, debba essere assistito in misura definitiva o si possa ad un certo punto lasciarlo al suo destino di morte biologica e totale, staccan-

dolo dagli strumenti rianimativi per soccorrere un altro paziente che con gli stessi strumenti può essere recuperato.

La risposta non può che essere affermativa: la persona infatti non è più viva, non si viola alcun precezzo di vita, non si uccide nessuno, a differenza di quanto avviene sia da un punto di vista scientifico che religioso quando si pongono in atto metodiche valide ad impedire la continuazione della vita ai primordi dell'esistenza di un nuovo essere. Certo, l'umana pietà, l'affetto del congiunto, rappresentano pure essi momenti importanti, ma non tali da essere determinanti in senso negativo, non tali da impedire l'abbandono di una vita fittizia nel tentativo di salvare una vita vera.

Anche la proposta del miracolo, che potrebbe sembrare ai più superficiali una contraddizione, sul piano religioso, a quanto in precedenza abbiamo affermato, alla luce di queste acquisizioni scientifiche non è più una contrapposizione, essendo il miracolo un evento soprannaturale che interviene alorchè il soggetto sia ancora in vita e non morto come nei casi di coma *depassé*.

Un'altra importante tematica è apparsa nella discussione generale per merito del collega Pittella, quando ha parlato di estendere il prelievo di organi da cadavere a scopo terapeutico anche al sangue. Certamente il problema sollevato dal collega Pittella esiste, sia per un retroterra di studi condotti sin dal 1930 nell'Unione sovietica, sia per le sempre più emergenti necessità che la cura di tanti infermi esige. Non esiste per la verità al riguardo una gran messe di letteratura, ma per quanto possibile ho cercato di informarmi, per portare all'attenzione della Commissione alcune considerazioni.

Nell'Unione sovietica in circa 30 anni sono state usate quasi 40 tonnellate di sangue prelevato da cadavere e, malgrado la grossa quantità, non si è riusciti che in minima parte soltanto a far fronte al fabbisogno nazionale. Negli Stati Uniti, dove il problema è stato studiato supergiù alla stessa epoca in cui iniziarono in Russia, la metodica del sangue prelevato da cadavere

non fu portata avanti, perchè ritenuta non produttiva nè adeguata ai bisogni nazionali. Supergiù le stesse considerazioni sono state fatte anche in altri paesi, Italia compresa, con la conclusione di non insistere su questo approccio del problema perchè inadeguato, tanto che ancora oggi solo nell'Unione sovietica si fa capo a questa tecnica.

Vi sono stati anche in Italia studi sull'argomento in un convegno a Pozzuoli nel 1962, in cui si misero in evidenza le grosse difficoltà legate a questo approccio, sia perchè il sangue deve essere prelevato entro le prime tre ore, sia per i processi di fibrinolisi ai quali va incontro, sia per i processi di decomposizione, sia ancora perchè (e questo è il limite maggiore, specie se si vuole abbinare all'espianto di organi il prelievo di sangue da cadavere) non può essere prelevato sangue che presenti una qualsiasi soluzione di continuo sulla superficie cutanea. A maggior ragione questo limite si evidenzia nel caso dell'espianto renale, rappresentando l'intervento chirurgico di asportazione un momento di ampia e vasta cruentazione della superficie cutanea. Non è nemmeno pensabile di asportare prima il sangue e successivamente i reni o altri organi da trapiantare. Se a tutto ciò si aggiunge l'inadeguatezza dei nostri centri trasfusionali per questo tipo di approccio, ci spieghiamo perchè questa metodica non abbia attecchito.

Certo, il problema della carenza di sangue esiste; e bene ha fatto il collega Pittella a metterlo in evidenza, anche perchè spesso è causa di volgari speculazioni a danno delle categorie meno protette. Ma noi crediamo che anche questo problema vada inquadrato in altra dimensione: è indispensabile una maggiore e più responsabile pubblicizzazione dell'argomento e non solo a livello di medico, ma anche di psicologo, sociologo, di scuola, sindacato, ambiente di lavoro. È necessaria soprattutto una ristrutturazione, nel senso di una maggiore e migliore funzionalità dei centri per evitare — come accade talvolta — lunghissime attese, per mancanza di personale, per potere donare il proprio sangue, per cui spesso si finisce per donarlo soltanto al proprio parente e non

anche ad altri. Tra i fattori di incentivazione per la donazione del sangue, desidero ricordare quello proposto ed attuato dal Centro emotrasfusionale del Policlinico di Bari, dove in cambio del *check up* gratuito (conservazione e studio di 35 parametri) il soggetto offre un certo quantitativo di sangue.

Sono state fatte anche delle osservazioni circa la validità dei trapianti renali ed è stato affermato che il loro numero sarebbe in diminuzione, quasi che l'emodialisi potesse sostituire completamente il trapianto. Non ci pare di potere convenire con queste affermazioni. In Europa, sino a due anni fa, secondo l'*European dialysis and transplant association* (EDTA), circa 6.000 era il numero dei trapianti effettuati, contro poco più del doppio di pazienti in emodialisi. I pazienti emodializzati in Italia sino al dicembre 1973 erano circa 4.000.

La mortalità per i pazienti sottoposti ad emodialisi è del dieci per cento annuo contro una mortalità del 17 per cento nei trapianti, mortalità che però comprende soggetti sottoposti a trapianto anche a distanza di 6 anni. Inutile aggiungere che talune scuole italiane (Malan), talvolta, in caso di rigetto, hanno praticato con successo un secondo trapianto renale nello stesso soggetto. È scientificamente certo che l'emodialisi non rappresenta un momento sostitutivo del trapianto, ma solo l'indispensabile fattore di sopravvivenza in attesa del trapianto.

È stata anche giustamente rilevata, da quasi tutti i colleghi intervenuti nel dibattito, la importanza della legge per quanto riguarda la cura del nanismo ipofisario. Nella relazione non mi dilungai su questo argomento, perchè non esiste praticamente un rilevamento preciso di soggetti nani a causa di mancanza dell'ormone ipofisario dell'accrescimento. Dall'Inghilterra ci giunge notizia di circa 2.000 soggetti in età di sviluppo i quali potrebbero giovarsi della terapia con ormone della crescita. Questa terapia non può che essere effettuata presso centri altamente qualificati, perchè sono indispensabili accertamenti preliminari sulla probabilità di efficacia della cura.

Attualmente in Italia il nanismo ipofisario rientra tra le malattie sociali. Essendo la finalità dei centri per le malattie sociali quella di effettuare diagnosi precoci ed interventi di medicina preventiva, il Ministero della sanità provvede in questo settore utilizzando la legge per gli invalidi civili, potendosi i nani considerare come soggetti riabilitabili attraverso un intervento farmacoterapico ed essendo l'assistenza farmaceutica compresa tra quelle fatte gravare sullo Stato dal predetto testo legislativo.

I ricoveri in Italia avvengono al Centro di Piancavallo (Novara), alla media di diciotto-venti l'anno. Altri centri esistono, che effettuano trattamenti ormonici di questo genere, ma senza diretta presa in carico da parte del Ministero della sanità. Per quanto riguarda i rifornimenti di ormone per queste esigenze terapeutiche, pare che la ditta Bonomelli (Dolzago - Como) importerebbe il prodotto non registrato e lo cederebbe a 16-18.000 lire la fiala. La ditta Serono (Roma) produrrebbe il medicamento in America e lo importerebbe in Italia cedendolo al prezzo di lire 21.000 la fiala. La ditta svedese Kabi farebbe incetta nel nostro paese di ipofisi, farebbe eseguire la preparazione del medicamento fuori d'Italia e lo immetterebbe poi sul mercato italiano su per giù agli stessi prezzi di cui sopra.

Aggiungiamo ancora che l'innesto dell'ipofisi per il trattamento del nanismo non trova applicazione terapeutica, perché è risultato inefficace. Da ultimo, la produzione sintetica dell'ormone, molto difficile e laboriosa, potrà entrare nell'armamentario terapeutico non prima di nove-dieci anni.

A giudizio del relatore non hanno motivo di essere le censure avanzate da qualche collega, e da parte di qualche Regione, sotto il profilo di un eventuale conflitto di attribuzione fra Stato e Regione. Infatti, per quanto riguarda la specifica autorizzazione ministeriale per gli ospedali, le cliniche universitarie e le case di cura private, per il prelievo di organi, e l'analogia autorizzazione per le istituzioni pubbliche, ad effettuare i trapianti, la competenza statale è ben ammissibile, pur in presenza della competenza

regionale in materia di assistenza ospedaliera. L'obiezione può essere facilmente rimossa nella considerazione che la disciplina dei prelievi e dei trapianti rientra nella polizia mortuaria, per la quale, alle attuali disposizioni, rimane integrale la competenza statale. Nel merito, poi, tale indirizzo trova conferma nella esigenza di evitare la proliferazione di centri di trapianto non dotati di requisiti tecnici ed operativi idonei allo scopo; e a monte, nell'esigenza che i prelievi siano fatti in condizioni ottimali. Il carattere tuttora sperimentale della chirurgia sostitutiva, con gli evidenti rischi per la vita del ricevente, connessi con tali interventi, richiede un unico centro decisionale, per quanto attiene alla valutazione dell'idoneità delle attrezzature tecniche e della capacità degli operatori sanitari.

Accolgo solo da un punto di vista scientifico l'obiezione del collega Capua circa la inutilità di menzionare il cervello quale organo non suscettibile di trapianto. Ma credo che non si sia trattato di una dimenticanza del legislatore, bensì di una remora di ordine filosofico, morale, religioso, essendo l'encefalo l'organo della sintesi intellettuiva e morale e di tutte le percezioni di ogni singolo essere.

Non sono d'accordo con il collega Capua — non me ne voglia — circa la possibilità di liberalizzare anche il trapianto delle gonadi. Io credo che vi ostino motivazioni di ordine scientifico (rarità dell'agenesia delle gonadi, rarità di un trauma che distrugga entrambe le gonadi, e, di contro, frequenza di affezioni ipogenitaliche facilmente curabili con ormoni di sostituzione o altra terapia). Da ultimo, ma solo in ordine cronologico, non in ordine di importanza, il problema della sostituzione delle gonadi aprirebbe od aumenterebbe le illusioni circa il sogno di una eterna giovinezza dell'uomo. Di fronte a questa utopia, vagheggiata da quando è nato l'uomo, appare facile il fiorire di immorali ed illeciti traffici mercantili legati a questo tipo di trapianto. Per questi motivi, credo che sia utile rimanere nell'alveo della proposta governativa, senza

allargare gli argini della materia, in accordo anche con quanto si fa all'estero.

Credo di avere riassunto le principali obiezioni portate al disegno di legge ed alla mia relazione. Desidero concludere la mia replica con quanto il presidente della Società italiana di anestesia e rianimazione ha avuto modo di dire della morte cerebrale: « Alcuni autori ritengono che sia una crudeltà, perfino un'azione criminale, il continuare ad usare mezzi di terapia straordinari ed artificiali, quando consulenti altamente specializzati nel campo della chirurgia, anestesia e rianimazione siano tutti d'accordo nel certificare che un determinato paziente ha un danno cerebrale completo e di natura irreversibile ».

In altre parole, il « *coma dépassé* » rappresenta, sia sotto il profilo scientifico che sotto quello umano e religioso, un punto certo di « non ritorno ».

P R E S I D E N T E. Dopo questa ampia discussione, che ho seguito con molta attenzione, e dopo l'ampio riepilogo del senatore Barbaro, penso che dovremmo stringere un po' i tempi, per concludere l'esame degli articoli del disegno di legge prima delle vacanze estive, ormai prossime. Nel corso dei loro interventi, molti colleghi hanno non solo preannunciato ma anche illustrato taluni emendamenti. Per tale motivo, nel procedere all'esame dell'articolato, soprattutto per quanto riguarda gli emendamenti ritengo possibile ed opportuno attenersi ad una discussione sintetica e breve.

Passiamo ora all'esame degli articoli, di cui do lettura.

Art. 1.

È consentito il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico.

Il prelievo può essere effettuato anche in deroga alle disposizioni vigenti concernenti il periodo di osservazione previsto dagli articoli 7, 8 e 9 del regolamento di polizia mortuaria approvato con regio decreto 21 dicembre 1942, n. 1880, previo accertamento della

morte nei casi e con le modalità di cui agli articoli seguenti.

Salvo quanto disposto nel successivo articolo 2 è vietato il prelievo dal cadavere dello encefalo e delle ghiandole della sfera genitale e della procreazione.

All'articolo 1 il senatore Pittella ha presentato il seguente emendamento:

Aggiungere al secondo rigo le parole: « nonchè utilizzazione di sangue di cadavere a scopo terapeutico-trasfusionale ».

Prego il collega Pittella di illustrare tale emendamento.

P I T T E L L A. Molto brevemente, per dire che questo emendamento dovrebbe servire soltanto a sburocratizzare ciò che in realtà già la legge consente. Non vorrei ripetere le considerazioni già svolte, riguardanti il costo attuale di un litro di sangue F (fibrinolisato) che potrebbe essere preso da un cadavere. Vorrei fermare l'attenzione dei colleghi sulla legge n. 235 del 3 aprile 1957, che consentiva il prelievo a scopo terapeutico della cornea e del bulbo oculare. Il decreto del 20 gennaio 1971, n. 300, di approvazione del regolamento per l'esecuzione della legge anzidetta, ha stabilito che, fra il prelievo di parti di cadavere a scopo terapeutico è ammesso anche il prelievo di sangue a scopo terapeutico; inoltre detta norme precise sull'autorizzazione ai prelievi, da concedersi normalmente da parte del Ministero della sanità. Tuttavia l'articolo 6 stabilisce che il prelievo può venire autorizzato anche dal medico provinciale, in taluni casi.

Con questo provvedimento, a mio giudizio, l'Italia si è posta in una posizione di avanguardia fra tutte le nazioni del mondo occidentale.

Ora, l'emendamento da me proposto serve ad evitare che, per prelevare il sangue da un cadavere, si debba andare alla ricerca del medico provinciale per avere l'autorizzazione. Perchè, una volta accettato il principio del prelievo, così come d'altronde è stabilito già nella legge prima citata, con il regolamento, ritengo non più necessario, almeno per alcuni istituti che potremmo pun-

12^a COMMISSIONE47^o RESOCONTO STEN. (10 luglio 1975)

tualizzare, chiedere di volta in volta l'autorizzazione, cosa che comporterebbe ritardi nel tempo e potrebbe rendere inutile lo stesso prelievo di sangue dal cadavere.

È inutile dire quali sono i vantaggi, perché credo che siano conosciuti da tutti, sia quelli sul piano economico che quelli relativi alla utilità terapeutica di questo sangue fibrinolizzato che, se è vero che è povero di trombociti, mantiene certamente carattere di sterilità — perchè può essere sterilizzato opportunamente — e contiene tutte quante le proteine e la stessa parte corpuscolata, che non viene a degradarsi, grazie al trattamento di conservazione.

B A R B A R O, *relatore alla Commissione*. Mi sembra che questo emendamento non possa inquadrarsi opportunamente nel testo che stiamo discutendo dato che la futura legge è destinata essenzialmente a facilitare i trapianti di organi, trapianti completamente diversi ed estranei all'utilizzazione del sangue di cadavere, anche perchè sollevano problemi etico-sociali completamente a se stanti. Pertanto, a prescindere dalle considerazioni da me svolte in precedenza sul merito del problema dei prelievi di sangue, invito il collega Pittella a ritirare l'emendamento, che oltre a tutto ci porterebbe a dover affrontare complessi e laboriosi particolari amministrativi e tecnici, in una legge già di per sè assai complessa.

B A R R A. A mio avviso la posizione presa dal relatore è prudente ed equilibrata. Non credo che allo stato attuale si possa fare qualcosa di concreto per risolvere il problema sollevato dal collega Pittella, senza con questo volersi pronunciare nel merito di esso.

B E N E D E T T I. Penso anch'io che la questione non possa essere risolta oggi, in questa sede, poichè richiede una discussione e un ripensamento a sè stanti. Dobbiamo affrontare questo problema con la necessaria preparazione e con le più recenti documentazioni che il Governo in futuro potrà fornirci.

C A V E Z Z A L I. Signor Presidente, mi pare che il collega Pittella abbia portato stamane dei riferimenti di ordine legislativo, che mi sembrano molto rilevanti e direi anche illuminanti, su una situazione che non ci era perfettamente nota, perchè pensavamo che il suo emendamento dovesse addirittura innovare in una materia che, viceversa, è ampiamente trattata dalla legislazione vigente. Direi che addirittura non esiste nemmeno più un problema di innovazione legislativa, perchè evidentemente è stato già affrontato l'aspetto scientifico. Io non conosco gli atti in base ai quali si è pervenuti a quelle normative da lui citate, fino al decreto presidenziale n. 300 del 20 gennaio 1961; ma ad ogni modo, effettivamente, come egli ha rilevato, la disciplina attuale pone solo una condizione sospensiva, e cioè la autorizzazione da richiedersi al medico provinciale.

Ora, chiaramente, questa parte autorizzativa non tocca né i principi, né la legislazione, ma tutt'al più arreca un elemento di ritardo nella spiegazione pratica di questa possibilità di prelievo del sangue da cadavere, rendendo anzi precaria la possibilità dell'impiego terapeutico, dell'utilizzazione pratica, come egli ha voluto qui attestare, di questo sangue per conseguire gli scopi che lo stesso prelievo dovrebbe realizzare.

Quindi, mi trovo completamente d'accordo con il collega Pittella, perchè la sua attestazione ci fa superare ogni timore di dover fare delle innovazioni ardite dal punto di vista legislativo, o addirittura non suffragate dal punto di vista scientifico.

Quindi, sono d'accordo nel sostenere lo emendamento Pittella, tendente appunto ad ovviare a quelle difficoltà autorizzative che, in realtà, mal si adeguano — salvo che non vi siano elementi in contrario che non mi sono noti — agli scopi che lo stesso prelievo si prefigge.

Vorrei, però, chiedere qualche chiarimento circa le modalità del prelievo. Nel riferire quelle norme, il collega non ha citato il termine di tempo, cioè le ore entro le quali, ai fini dell'utilizzo del materiale prelevato, il

prelievo stesso va effettuato. Siccome mi sembrava di avere ascoltato, nei precedenti interventi, come tutto fosse estremamente condizionato ai tempi di prelievo, ai fini delle possibilità stesse di utilizzo, vorrei conoscere da parte del collega se su questo punto la disciplina da lui citata offriva elementi o addirittura li superava decisamente. Ma allora non mi saprei spiegare come questa autorizzazione non fosse obbligatoria, in determinate circostante.

P R E S I D E N T E . Prima di procedere nella discussione di questo emendamento, vorrei far notare ai colleghi che nel caso in cui l'emendamento Pittella venisse respinto, di prelievo di sangue da cadavere non si potrebbe più parlare, perchè la legge 3 aprile 1957, n. 235, verrebbe completamente a cadere se noi, come è specificato nel testo della Camera, approveremo la disposizione dell'articolo 23, che prevede appunto l'abrogazione di questa legge e del regolamento emanato per l'esecuzione della stessa.

L E G G I E R I . Io credo che sia necessario ricorrere ad un accantonamento di questo emendamento per un motivo di indole pratica, del resto già prospettato dal relatore: perchè il prelievo del sangue verrebbe assoggettato a una normativa che è stata elaborata per i trapianti di organi, e quindi a tutte quelle norme che regolano il prelievo di organi e che comportano degli adempimenti, delle cautele che vanno al di là, nel tempo, di quanto non sia auspicabile invece nel caso del sangue, il quale deve essere utilizzato prima.

È vero che il senatore Pittella ha proposto un emendamento all'articolo 4 che ridurrebbe i termini di tempo; però io ritengo che, se non passa questo emendamento all'articolo 4, inutile sarebbe l'aver modificato l'articolo 1, perchè rimarremmo con un impedimento temporale che renderebbe inutilizzabile il sangue prelevato in base all'articolo 1. Allora, credo che soltanto dopo che noi avremo approvato l'emendamento Pittella al-

l'articolo 4 — se lo approviamo — potremo ritornare su questo articolo e quindi inserirvi anche l'utilizzazione del sangue.

P I T T E L L A . Ritengo di poter modificare la mia proposta, nel senso che il prelievo possa effettuarsi nei casi previsti dall'articolo 4. Qualora però questa disposizione non venisse accolta, sarebbe indispensabile almeno modificare l'articolo 23, per impedire le conseguenze prospettate dal Presidente.

P R E S I D E N T E . C'è dunque una proposta del collega Leggieri tendente ad accantonare l'articolo 1. Non facendosi osservazioni, così rimane stabilito.

Passiamo pertanto all'esame del successivo articolo, di cui do lettura:

Art. 2.

È consentito il prelievo di ipofisi dai cadaveri sottoposti a riscontro diagnostico ai sensi della legge 15 febbraio 1961, n. 83, o ad operazioni autoptiche ordinate dall'autorità giudiziaria al fine di produrre estratti iniettabili per la cura dei soggetti affetti da nannismo ipofisario ormonosensibile, o di altri ormoni necessari per la terapia di altre insufficienze ipofisarie.

È consentito ancora per gli stessi fini il prelievo di ipofisi nei casi previsti dagli articoli 3 e 4 secondo le modalità degli articoli 5 e 6.

(È approvato).

Art. 3.

Fermo l'obbligo dei medici curanti, in caso di cessazione del battito cardiaco, di compiere tutti gli interventi suggeriti dalla scienza e dalla tecnica per salvaguardare la vita del paziente, quando, previo adempimento di tutte le condizioni previste dalla legge, il corpo di una persona deceduta viene destinato ad operazioni di prelievo, l'accertamento della morte deve essere effettuato, salvo i casi di cui all'articolo 4, mediante il rilievo continuo dell'elettrocardiogramma protratto

12^a COMMISSIONE47^o RESOCONTO STEN. (10 luglio 1975)

per non meno di venti minuti primi e l'accertamento di assenza di respirazione spontanea, dopo sospensione, per due minuti primi, di quella artificiale e di assenza di attività elettrica cerebrale, spontanea e provocata.

Le operazioni di prelievo possono essere effettuate in ospedali civili e militari, negli istituti universitari, negli istituti di ricerca e nelle case di cura private, all'uopo autorizzati dal Ministero della sanità.

Il Ministero della sanità rilascia l'autorizzazione ai sensi del secondo e terzo comma dell'articolo 10 della presente legge.

Le operazioni di prelievo della cornea possono essere effettuate anche in luoghi diversi da quelli indicati nei commi precedenti purchè eseguite da sanitari appartenenti agli enti, istituti o case di cura indicati nel presente articolo.

La morte deve essere accertata da un collegio di tre medici, di cui uno esperto in cardiologia ed uno esperto in elettroencefalografia.

A R G I R O F F I. Nel secondo comma di questo articolo si afferma che le operazioni di prelievo possono essere effettuate in ospedali civili e militari, negli istituti universitari, negli istituti di ricerca e nelle case di cura private, all'uopo autorizzati dal Ministero della sanità. Noi abbiamo presentato un emendamento all'articolo 10, riguardante appunto il regime dell'autorizzazione. Poichè, a nostro avviso, è più pertinente affrontare questo argomento all'articolo 10, noi le chiediamo, signor Presidente, di accantonare gli ultimi quattro commi dell'articolo 3, abbinandone poi la discussione all'articolo 10, poichè in quella sede dovrà essere discusso il problema della competenza statale o regionale, sollevato da alcune Regioni.

C A P U A. Il presente disegno di legge riguarda i trapianti. Chiedo al relatore se egli ritiene che venti minuti dopo la morte un rene sia ancora utilizzabile. A mio avviso non è più utilizzabile. Perchè si possa prelevare un rene, occorre che vi sia un paziente con vita vegetativa piena; l'intervento

chirurgico deve essere effettuato su paziente vivo, deve essere incanalata l'arteria aortica, iniettata una soluzione refrigerante e l'integrità funzionale del rene deve essere perfetta.

L'articolo 3, pertanto, esclude la possibilità di effettuare il trapianto renale; esso consentirà di poter prelevare tutt'al più cornee, ipofisi e niente altro. Questo provvedimento pertanto sarà ben poco utile al fine di facilitare i trapianti.

B A R B A R O, *relatore alla Commissione.* Credo che non si possa aprioristicamente affermare che venti minuti dopo la morte improvvisa, se il cadavere è mantenuto in condizioni ottimali con manovre di ventilazione, il rene non sia utilizzabile, anche perchè alcuni studi parlano di disturbi che intervengono nel rene dopo alcune ore.

È chiaro che non ci troveremo di fronte ad un morto senza circolo e senza respiro, perchè si dice: « fermo l'obbligo dei medici curanti di compiere tutti gli interventi... »; e tra questi interventi vi è appunto quello della ventilazione forzata. Non posso quindi dire che dopo venti minuti intervengano delle alterazioni renali tali da impedire il prelievo del rene. Non credo che sia una assurdità dal punto di vista scientifico la norma anche perchè, a proposito di trapianti renali alcuni studi affermano che in pazienti con circolazione forzata le prime lesioni si instaurano dopo 7-8 ore. Naturalmente bisogna considerare anche il caso del soggetto che muoia improvvisamente in mezzo alla strada, per cui non sia possibile attuare certi interventi. Senonchè, il legislatore si riferisce anche alle case di cura, proprio per non polverizzare la possibilità di utilizzare questi eventuali donatori.

C A P U A. Si parla di venti minuti sotto ventilazione forzata; ma l'elettrocardiogramma è fermo, sempre in base all'articolo 3, quindi per venti minuti il cuore non pulsula e, se non pulsula, non c'è circolazione nel rene. È chiaro, pertanto, che il soggetto non solo dovrebbe essere sotto ventilazione forzata, ma anche in circuito extra-cardiaco.

12^a COMMISSIONE47^o RESOCONTO STEN. (10 luglio 1975)

Ribadisco che l'articolo 3, così come è congegnato, non è utilizzabile per il trapianto del rene, ma solo per la cornea e per l'ipofisi.

A R G I R O F F I. Il disegno di legge n. 1929 non può naturalmente pretendere di risolvere quesiti scientifici di così vasta ampiezza, che ancora richiedono una ricerca scientifica, che scientificamente siamo ben lungi dall'avere esaurito. Potremmo dire che il capitolo dei trapianti è uno dei capitoli più aperti e discutibili di tutta la medicina contemporanea.

Tuttavia, il disegno di legge al nostro esame — voglio sottolineare questo aspetto — è relativo alla disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e a norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico. Non possiamo, quindi, entrare in una discussione relativamente al problema del momento della morte, se non acquisendo i dati scientifici sicuri che esistono, e che possono garantirci sul piano giuridico e morale. Non abbiamo una veste e una competenza di tale ampiezza e profondità da poter sostituire con la nostra personale valutazione scientifica la valutazione che ci viene, e sulla quale soltanto noi possiamo basare la nostra decisione, dai settori della scienza che nella materia sono i più qualificati a darci suggerimenti.

Credo che i problemi avanzati dal senatore Capua e da altri colleghi — mi riferisco in particolare all'interessante proposta del collega Pittella — possano e debbano senz'altro costituire un momento di apertura e di ricerca, indubbiamente di altissimo interesse per lo stesso avvenire della ricerca scientifica, sulla condizione umana. Tuttavia, se noi non abbiamo dati certi, non possiamo inserire tali problemi nel presente disegno di legge, che tende a razionalizzare e applicare nella pratica una serie di elementi di informazione scientifica già scontati sul piano della sicurezza più ampia e più discutibile.

Tanto varrebbe, allora, discutere sulla possibilità di tagliare la testa ad uno per darla ad un altro: sarebbe questa un'ipotesi fan-

tascientifica, nè più nè meno di altre che oggi sono state avanzate.

Pertanto, io propongo di limitarci a discutere sulle proposte che vengono avanzate nell'ambito dell'articolato, e di non pretendere di affrontare ipotesi di fantascienza che non possiamo risolvere.

B A R B A R O, *relatore alla Commissione.* Posso condividere le perplessità del senatore Capua in ordine a trapianti renali fatti sulla base dell'articolo 3, e anche le considerazioni del senatore Argiroffi sull'opportunità di non pretendere troppo dal provvedimento, dalla legge che ci accingiamo a varare. Tuttavia ritengo che anche l'articolo 3, come tutte le norme dell'articolato, avrà una precisa utilità, e precisamente nel facilitare tutti quei trapianti che non richiedono requisiti severi e ristrettissimi come il trapianto renale, e che vengono già effettuati comunemente all'estero. È chiaro che per i trapianti renali occorrerà far capo essenzialmente all'articolo 4.

P R E S I D E N T E. Da quanto posso desumere dai vari interventi, penso che la questione richieda un ripensamento. Ritengo quindi opportuno accantonare l'articolo 3.

Passiamo pertanto al successivo articolo, di cui do lettura:

Art. 4.

Nei soggetti affetti da lesioni cerebrali primitive e sottoposti a rianimazione presso enti ospedalieri od istituti universitari, la morte si verifica quando in essi venga riscontrata la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:

1) stato di coma profondo accompagnato da:

- a) atonia muscolare;
- b) ariflessia tendinea;
- c) « assenza » (ovvero « indifferenza ») dei riflessi plantari;

d) midriasi paralitica con assenza del riflesso corneale e del riflesso pupillare alla luce;

2) assenza di respirazione spontanea, dopo sospensione, per due minuti primi, di quella artificiale;

3) assenza di attività elettrica cerebrale, spontanea e provocata.

L'inizio della coesistenza delle condizioni predette determina il momento della morte, ma questa deve essere accertata attraverso la loro ininterrotta presenza durante un successivo periodo di almeno ventiquattro ore, in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale e di condizioni di ipotermia.

Le condizioni di cui ai punti 1) e 2) del primo comma devono essere controllate e rilevate ad intervalli di tempo non superiori ad un'ora. Invece l'accertamento dell'assenza dell'attività elettrica cerebrale, spontanea e provocata, dovrà essere effettuato per periodi di trenta minuti primi, ripetuti ogni quattro ore durante le ventiquattro ore di osservazione.

Qualora, durante il periodo di osservazione, si verifichi la cessazione spontanea del battito cardiaco, l'accertamento della morte viene effettuato con le modalità indicate nel primo comma dell'articolo 3.

All'articolo 4 è stato presentato un emendamento del senatore Pittella tendente a sostituire, nel secondo comma, le parole: « periodo di almeno ventiquattro ore », con le altre: « periodo di almeno sette ore ».

Sempre all'articolo 4 un altro emendamento è stato presentato dal senatore Argiroffi ed altri tendente ad aggiungere, nel secondo comma, ultima linea, dopo le parole: « condizioni di ipotermia », le parole: « indotta artificialmente ».

Allo stesso articolo 4 infine il relatore, senatore Barbaro, ha presentato due emendamenti. Ne do lettura:

Nel primo comma modificare come segue:

« c) indifferenza dei riflessi plantari »;

Nel secondo comma sostituire le parole « ventiquattro ore » con le altre: « dodici ore ».

Prima di passare alla discussione di questi emendamenti, vorrei dare la parola al senatore Ossicini, che ha una questione pregiudiziale da esporre.

O S S I C I N I . Rivolgo una domanda di carattere tecnico: possiamo procedere alla discussione e approvazione di un articolo (numero 4) nel quale si fa riferimento ad un altro articolo (numero 3) che è stato accantonato?

P R E S I D E N T E . Effettivamente l'osservazione del senatore Ossicini è esatta ed in realtà, quando abbiamo deciso di accantonare l'articolo 3, non rammentavo che nell'articolo 4 si fa riferimento allo stesso articolo 3. Tuttavia anche l'articolo 5 presuppone l'articolo 4, e pertanto ritengo che non sia possibile procedere a questo modo, occorre che la Commissione affronti con decisione l'ostacolo essenziale, costituito dall'articolo 4.

Si potrebbe forse sviluppare su questo articolo, prima di affrontarli in dettaglio, un dibattito approfondito, senza quindi proporsi in via assoluta di pervenire alla sua approvazione nella presente seduta.

B E N E D E T T I . Sono d'accordo, signor Presidente, con la sua proposta, anche perchè altrimenti procederemmo senza un termine preciso, ma con una serie di rinvii. Mi sorge comunque una perplessità: si è mancato di rilevare che esistono ancora problemi di fondo da chiarire.

In sostanza, stabilito che alla luce dell'esperienza scientifica il trapianto è ormai un tipo di intervento acquisito, in linea generale, in Italia come all'estero, dobbiamo ovviamente realizzare questo obiettivo nell'ambito di questo provvedimento, in modo che sia garantita la possibilità di conseguire lo scopo che la norma si prefigge. Altrimenti la norma, qualora non sia atta a conseguire lo scopo che si intende porre in essere, è inutile.

A questo punto, ferma restando la mia adesione alla proposta del Presidente, chiedo che siano chiariti alcuni aspetti di fondo

12^a COMMISSIONE47^o RESOCONTO STEN. (10 luglio 1975)

circa la estensione che dobbiamo dare ad un provvedimento come quello del trapianto renale, alla luce di una pubblicistica ben nota.

P R E S I D E N T E. Prima di dare la parola ai colleghi che l'hanno richiesta, faccio presente che queste osservazioni potevano molto più utilmente essere fatte in sede di discussione generale, quando questi problemi avrebbero potuto essere sollevati, ad esempio, in modo particolare da parte del collega Capua.

Vorrei poi far osservare che ci troviamo in seconda lettura, cioè il provvedimento è stato già approvato da un ramo del Parlamento, il quale non ha potuto approvarlo che con l'oculatezza che distingue i lavori parlamentari.

In terzo luogo, faccio presente che ho avuto un incontro non molto tempo fa, qui a Roma, presso il policlinico « Gemelli », con il professor Malan, di Milano, che ha presentato anche alcuni filmati su trapianti da lui effettuati con la sua *équipe* a Milano. Abbiamo parlato anche di questo disegno di legge ed ho pregato il professore Malan, quale esperto della materia, di farmi pervenire tutte le osservazioni che egli avesse ritenute opportune, oltre a quelle che già mi aveva fatte pervenire in precedenza per corrispondenza e che io avevo tempestivamente trasmesse al relatore Barbaro, prima ancora che si iniziasse la discussione generale su questo provvedimento. Il professore Malan successivamente non mi ha fatto pervenire alcun'altra osservazione, il che mi porta a ritenere che non abbia trovato nel presente disegno di legge nessun altro difetto, sotto l'aspetto tecnico, beninteso.

Indubbiamente questo che è stato sollevato è un problema che esiste, e che però penso possa essere superato, almeno in buona parte, attraverso una discussione che potremo fare seduta stante, per non prolungare ulteriormente l'*iter* del disegno di legge, per il quale le pressioni sono continue e pienamente giustificate perché è molta la gente che è pronta ad andare all'altro mondo se il legislatore non interviene.

P I N T O, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Vorrei dire brevemente: prego i colleghi della Commissione di tener presente che in questo provvedimento si parla, se è consentita l'espressione, di due tipi di morte: di una morte « naturale », di cui all'articolo 1, ove si parla di prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico in senso ampio e generico; e di una morte diversa, cioè di casi del tutto particolari, contemplati all'articolo 4. I reni e gli altri organi da trapiantare devono essere prevalentemente prelevati da soggetti colpiti da morte cerebrale, quella cioè contemplata all'articolo 4: è ovvio che dai cadaveri derivati da morte naturale non possono essere prelevati e trapiantati dei veri e propri organi, normalmente.

P R E S I D E N T E. Visto che il Sottosegretario ha inteso dare un chiarimento, penso che sia il caso che dia un ulteriore chiarimento anche il relatore, in maniera che i successivi interventi possano tener conto delle opinioni di entrambi.

B A R B A R O, *relatore alla Commissione*. Dal punto di vista scientifico non ci sono problemi. La legge è finalizzata essenzialmente a due scopi: l'utilizzazione della ipofisi ed il trapianto renale. Se noi intendiamo allargarla ad altre ipotesi, quale il prelievo del sangue, prelievo che ha una metodica completamente diversa, noi fallisiamo questo disegno di legge, usciamo dal campo naturale.

Per quanto attiene alle osservazioni scientifiche, non ho voluto replicare perchè non siamo in un congresso. Ma la scienza è d'accordo sulla validità assoluta di questi prelievi renali. Bisogna poi pensare che c'è molta gente che pratica la dialisi per sopravvivere, in attesa di poter essere sottoposta a trapianto renale. Ed intanto è costretta ad andare con un aereo personale da una città all'altra alla ricerca di centri e possibilità di dialisi.

Esiste il problema del sangue, lo so. Però dobbiamo anche tenere presenti i tempi tecnici della discussione della presente legge. Per il sangue, allo stato attuale, basta

chiedere l'autorizzazione al medico provinciale. Però è vero che se non lo si è fatto finora, non lo si è fatto per motivi tecnici, cioè perché richiederebbe troppo tempo. Si parla, per esempio, di tre ore, massimo due, come termine entro il quale deve essere prelevato il sangue. E per prelevare il sangue c'è necessario inoltre che il cadavere non abbia neppure un'escoriazione; e, infine, questo sangue potrebbe servire solo per gli emoderivati. Credo che non convenga, comunque, cercare di inserire la questione del sangue in questo disegno di legge, che ha una finalità precisa e positiva: impedire che il medico, il chirurgo che si occupa di trapianti renali molto spesso incarna nei rigori della legge. D'altro canto, per fare il meglio, la perfezione, rischiamo di non concludere nulla. È un provvedimento che il corpo sociale esige, non per spirito corporativistico, ma per una necessità globale.

Vorrei quindi pregare il collega Pittella, pur ritenendo validi i presupposti del suo emendamento, di soprassedere anche per quanto concerne l'articolo 4, e non solo sull'articolo 1. Anche perchè alla Camera è già stata presentata una proposta di legge al riguardo, sulla quale il Consiglio superiore di sanità si è espresso in maniera negativa. Nemmeno negli altri Stati europei si ricorre più a tali sistemi, e del resto è accertato che i prelievi non sarebbero adeguati al fabbisogno di ogni nazione. E sarebbero pure antieconomici, come si è detto, con una brutta parola, negli Stati Uniti d'America.

C A P U A . Ringrazio il Sottosegretario per i chiarimenti che ha dato, confermando che il prelievo del rene, fatto a termini dell'articolo 3, non ha nessun valore, e del resto sappiamo bene che abbiamo già fatto una legge per i trapianti di reni che non ha funzionato per nulla. Sull'articolo 5 vorrei fare un'osservazione in relazione agli accertamenti diretti ad individuare i caratteri immunogenetici. Poichè gli accertamenti immunogenetici non possono danneggiare il morto, potrebbero essere anticipati, e sarebbero più utili se venissero fatti prima. Bisognerebbe trasferirli fra le competenze e i compiti pre-

visti al comma primo. Se con questi accertamenti si accerta la presenza di un donatore, si può risparmiare un'ora di tempo.

O S S I C I N I . Non capisco perchè all'articolo 6 venga stabilito che la famiglia può eventualmente negare il permesso. Secondo me la famiglia deve invece essere richiesta del permesso e non si deve invece aspettare un suo eventuale diniego. Per quanto riguarda l'articolo 4, cioè il nodo essenziale, quello che mi preoccupa è il problema della morte cerebrale. Ammire la sicurezza da parte vostra; ma io ne ho molta meno: sono un neurologo, e il problema dell'accertamento della morte cerebrale non mi sembra risolto in modo tranquillizzante, nella norma in questione.

A R G I R O F F I . Vorrei fare una proposta, perchè la discussione, secondo me, non nasce dal fatto che bisogna definire due tipi di morte. Qui il problema che sta sorgendo, di modificare l'articolato in punti qualificanti, scaturisce da alcuni degli emendamenti che sono stati presentati all'articolo 4 e che tendono ad accorciare i tempi riconosciuti dal testo al nostro esame come insuperabili, per l'accertamento di morte. Naturalmente, nell'ambito di questo dibattito, tutto è opinabile e ci sono ovviamente dei contributi critici, scientifici e di informazione che devono essere rispettati dall'una parte e dall'altra. Rimane però il fatto che nessuno di noi ha il diritto o la possibilità, l'autorità scientifica, il titolo sufficiente per poter compiere una scelta decisa.

Allora, dal momento che se non si risolve questo problema non si può andare avanti con questa legge, trattiamo questi emendamenti considerandoli con il rispetto che cortamente essi meritano, e quindi su di essi chiediamo un altro parere, più preciso ed esauriente, dell'Istituto superiore di sanità.

Qui nessuno ha parlato di questo istituto. Vediamo cosa dice il competente settore di ricerca dell'Istituto superiore di sanità: è un parere che può essere abbastanza interessante anche a proposito degli studi immunologici

E vediamo un po' di tenere conto anche dei dati precedenti, che sono stati forniti dal Consiglio superiore di sanità sulla legge Messeni Nemagna. Il disegno di legge al nostro esame crea grossi problemi, crea inquietudine, anche se per tanti versi è affascinante per le sue aperture. Certo, non possiamo risolvere il problema su due piedi.

Quindi, la mia proposta è questa: di sotoporre questi emendamenti, che tendono a ridurre il termine delle 24 ore, all'Istituto superiore di sanità, in modo che dia subito un'informazione precisa, in base alla quale noi potremo procedere. Altrimenti non riusciremo a cavare un ragnino dal buco.

B A R B A R O , relatore alla Commissione. Il quesito inquietante che ha posto nuovamente il collega Arginoffi, a mio modesto giudizio è stato già risolto. Non c'è bisogno dell'Istituto superiore di sanità né del Consiglio superiore di sanità per risolverlo. Ne parla tutto il mondo, tutta la letteratura scientifica, molto più qualificata — senza voler offendere l'Istituto superiore di sanità — per ampiezza di ricerche. Io ho fatto vedere l'altro giorno al senatore Arginoffi un documento nel quale era dimostrato che altrove, all'estero, non aspettano che un'ora. Noi dobbiamo partire da una constatazione: che il giudizio di quei tre medici, previsti al primo comma dell'articolo 5, è in accordo con la scienza, è inappellabile, giusto, certo, sereno. In Danimarca non esiste in proposito alcuna normativa: basta che il collegio medico, nella sua pienezza di poteri, dica che il paziente è morto da un punto di vista clinico. Si intende: non morto da un punto di vista biologico, perché se restasse attaccato a quelle macchine, continuerebbe a pompare sangue, a respirare (non autonomamente, ma indotto) altri tre, quattro, cinque, sei giorni. Lei ha ricordato il collega Messeni Nemagna, della Camera. Poveretto, io l'ho visto al cimitero: è stato venti giorni attaccato a queste macchine e poi è morto. Ma era finito fin dal primo momento. In conclusione: remore di ordine morale o scientifico non ve ne sono, possiamo tranquillamente ridurre il termine da 24 a 12 ore.

B A R R A . Allora, sotto il profilo scientifico e morale, voi medici — mi riferisco al caso che lei ha citato — perchè lo avete sottoposto a quelle macchine?

B A R B A R O , relatore alla Commissione. Anche la Chiesa, alla quale mi sono rivolto, ha detto che quando il giudizio dei tre medici è chiaro, è certo, quelle macchine le possiamo usare per cercare di dare la vita a un altro soggetto, che sia in condizioni meno gravi, e per il quale pertanto vi siano maggiori probabilità di recupero. Tanto è vero che il professor De Blasi ha chiesto che in questa legge venisse inserito un articolo con il quale i rianimatori siano autorizzati, quando avessero stabilito e osservato questi parametri, in generale, cioè a prescindere da eventuali trapianti, a staccare la chiavetta che eroga l'ossigeno, perchè quell'individuo è morto. Purtroppo, se oggi questo si facesse, vi sarebbe da temere che, sia per il retroterra culturale, sia perchè manca una norma di legge, il rianimatore possa finire di fronte al giudice. È per questa ragione che gli stessi anestesiologi e i rianimatori hanno chiesto di inserire questo articolo, in generale, a prescindere dal problema dei trapianti.

A R G I R O F F I . Bisogna che lei mi dimostri che la logica dalla quale parte ha un approdo.

B A R B A R O , relatore alla Commissione. L'approdo è che quando si verificano quei parametri, l'individuo è certamente morto, non è più possibile un ritorno alla vita.

A R G I R O F F I . C'è una risoluzione dell'ONU contro la violazione dei diritti dell'uomo, a questo proposito. Ricordiamocelo.

P I N T O , sottosegretario di Stato per la sanità. Stiamo andando oltre ogni limite ragionevole, nella discussione. La domanda del senatore Barrà è però perfettamente pertinente. Ma la risposta è che quando l'individuo viene messo sotto l'apparato rianimatore, non si sa quali possibilità abbia di vi-

vere: non è stata fatta ancora la diagnosi di morte cerebrale, questa diagnosi viene fatta quando l'apparato è in funzione. Noi, con l'articolo 4, autorizziamo di fatto gli anestesisti, dopo le 24 ore, a chiudere la chiavetta. E questo, sia ben chiaro, perchè dobbiamo essere consapevoli di quello che vogliamo e di quello che decidiamo.

B A R R A. Volevo dire al professor Capua che io — che sono un profano — ho ascoltato e visto alla televisione un'intervista del professor Stefanini. E il suo giudizio, che è stato evidentemente reso a livello scientifico, mi ha colpito e indirizzato. Stefanini ha affermato, infatti, che questa è una legge importante, che segna un notevole passo avanti — si riferiva al testo della Camera — però è una legge che ha sostanzialmente un contenuto sperimentale, e quindi intesa a rendere possibili quelle che dovranno essere le opportune modifiche da apportare, in un secondo tempo, alla legge stessa.

Qual è il punto? Qui si dice che bisogna rispettare la scienza. Io mi inchino di fronte alla scienza, però io non sono uno scienziato, ma un politico, e un politico che leggerà nel quadro e nell'ambito di quelle che sono le strutture, anche consultive, dello Stato, strutture che abbiamo il diritto e il dovere di esaminare.

Qual è il punto di fondo? Qui si fa la questione della morte cerebrale Il discorso potremo dire, dal punto di vista filosofico non è di oggi; è la famosa distinzione tra la morte intellettuale e la morte legislativa. Mi pare che nel testo della Camera si è trovata una soluzione, in un certo senso equilibrata, perchè consente il prelievo quando la morte intellettuale — o la morte cerebrale, come dite voi — può essere esattamente accertata.

Si sostiene, con argomenti scientifici, che in determinati casi il prelievo dovrebbe essere fatto più tempestivamente, e che quindi occorrerebbe abbreviare i termini. Ma, da un punto di vista non giuridico, ma etico, ritengo che in proposito si debba essere estremamente cauti, non facendosi trascinare da certe tendenze scientifiche. E inoltre l'abbreviazione dei termini non può es-

sere valutata anche sotto un altro aspetto per una conseguenza di estrema importanza che potrebbe avere. Mi chiedo infatti se essa non potrebbe favorire le tendenze all'eutanasia, così come avviene in altri paesi d'Europa, in dipendenza dalle relative legislazioni, qui richiamate dall'onorevole relatore nell'ultima parte della sua replica.

Comprendo bene quanto si sostiene da parte dei medici che operano, che si occupano concretamente della materia, però ritengo che debba essere usata la massima cautela nel modificare quanto in proposito è stato stabilito dalla Camera dei deputati. Intaccare quel principio potrebbe condurci a situazioni aberranti. Mi ha molto colpito quella frase del professor Stefanini: « È una legge positiva, che apre vasti orizzonti, ma che ha bisogno di essere sperimentata ». E gli esperimenti si fanno sempre con molta cautela.

P R E S I D E N T E. Prima di procedere nella discussione, vorrei ricordare ai colleghi che il disegno di legge in esame è d'iniziativa governativa, presentato dal Ministro della sanità, di concerto con il Ministro di grazia e giustizia. Non che i disegni di legge governativi diano maggiori garanzie di quelli d'iniziativa parlamentare, ma è da presumere che il Ministero della sanità, prima di elaborare il testo di un disegno di legge di questo genere, abbia consultato tutti gli organi scientifici competenti in materia, e primo fra tutti l'Istituto superiore di sanità.

In secondo luogo, poichè sono state avanzate alcune preoccupazioni circa modifiche da apportare al testo della Camera dei deputati in ordine all'abbreviazione di determinati tempi, posso dire che il professor Melzi, ordinario di medicina legale all'università di Roma, in un colloquio che ebbi con lui assieme al senatore Cavezzali, disse che tale abbreviazione sarebbe stata, agli effetti scientifici, del tutto irrilevante.

B E N E D E T T I. Vorrei esprimere il mio pieno accordo con il senatore Barra. Ricorderò che come ho già affermato in sede di discussione generale a proposito di questo problema così scottante, alla Came-

ra era stato raggiunto un equilibrio estremamente delicato, nel quale si era riusciti a comporre le esigenze di carattere scientifico con quelle di carattere morale ed etico. Nel suo intervento il senatore Argiroffi ha sottolineato, tra l'altro, con particolare efficacia, che in questa legge i protagonisti sono almeno due: da un lato gli scienziati e i medici, dall'altro la gente comune. Aggiungerei che, però, c'è anche un'altra componente, che non vorrei qui porre troppo in evidenza, ma che esiste: quella di coloro che hanno interesse a forzare determinate situazioni. Fermiamoci comunque alle prime due componenti, quella scientifica e quella popolare, tra le esigenze delle quali, ripeto, alla Camera dei deputati è stato raggiunto un equilibrio prezioso. Questa legge è stata giustamente definita come un provvedimento dal contenuto sperimentale, ed essa affronta una materia altrettanto sperimentale. Per quanto ne so, infatti, la scienza e la pratica dei trapianti deve ancora avere delle conferme.

Mi dichiaro quindi favorevole al termine di 24 ore, che reputo ottimale, perché valido scientificamente e perché non intacca valori primari. È un termine che troviamo anche ripetuto all'articolo 6, secondo comma, in relazione all'autorizzazione dei trapianti da parte dei parenti, autorizzazione od opposizione sottoposta al termine di 24 ore. E non possiamo non tener presente questa connessione: altrimenti pregiudicheremmo lo scopo che ci siamo prefissi, di avere, in questo momento, la legge migliore possibile.

P R E S I D E N T E. Non desidero entrare nel merito della discussione, ma poiché ho sempre manifestato la volontà di vedere la legge approvata quanto più presto possibile — e nel testo migliore, naturalmente — vorrei far presente una mia preoccupazione. Alla Camera dei deputati è stato raggiunto un certo accordo sul testo che ci è stato trasmesso. Le modifiche che noi volessimo recare a tale testo, poi, come conseguenza, produrrebbero il ritorno del disegno di legge nuovamente alla Camera dal Senato, il che farebbe perdere ulteriore tempo e qualora poi le modifiche fossero so-

stanziali le prospettive si farebbero incerte. Come ho già avuto modo di dire, le pressioni — non soltanto da parte del mondo scientifico, ma anche da parte dei pazienti — sono continue perché la legge venga approvata il più presto possibile.

L E G G I E R I . Il senso del mio intervento è stato anticipato da quello del senatore Benedetti. Comunque, vorrei dire che in sostanza ci troviamo di fronte ad una scelta: o accettare il testo della Camera dei deputati, sul quale sappiamo che esiste già un equilibrio acquisito e che inoltre, come abbiamo potuto tutti constatare, costituisce un insieme unitario, nel senso che le norme sono legate le une alle altre; oppure l'altro corno del dilemma: se ci lasciamo prendere dall'esigenza, apprezzabilissima, di fare una legge più avanzata, di cui si sente la necessità, allora credo che bisogna ricominciare il lavoro tutto da capo, nel senso che abbiamo bisogno di consultare, abbiamo bisogno di sapere, abbiamo bisogno d'imparare, perché spostare di 12 ore, o di quello che sia, il tempo di osservazione, ci metterebbe nella condizione di dover affrontare tutta una serie di problemi, dal punto di vista biologico, dal punto di vista morale, e soprattutto dal punto di vista dei rapporti con i familiari che devono concedere l'autorizzazione, come ha detto giustamente il senatore Benedetti. Perchè credo che, nel momento in cui avremo abbreviato il tempo di osservazione, rischiamo di andare a provocare frequenti perplessità da parte dei familiari e cioè ci potremmo trovare nella condizione di vederci rifiutare molto spesso l'autorizzazione al prelievo.

D'altra parte mi pare, in merito particolarmente all'articolo 4, che il provvedimento in sostanza appaia equilibrato, per quanto riguarda il periodo di 24 ore di osservazione della coesistenza delle condizioni di morte cerebrale. Obietto che la proposta di arrivare addirittura ad elevare a 48 ore questo tempo di osservazione sarebbe stato un errore tecnico, valutato e respinto già dalla Camera nel corso della discussione sul provvedimento. Quando si parla di « assenza dei riflessi plantari », sappiamo che sono in di-

retto rapporto al midollo spinale e sappiamo che questi riflessi addirittura si accentuano, dopo la morte cerebrale, per poi scomparire. Ci sembra quindi che il periodo di osservazione di 24 ore, previsto dall'articolo 4, sia adeguato alle esigenze di tali accertamenti.

A me pare che questo disegno di legge sia il meglio che si poteva fare, in questa fase delle nostre conoscenze, delle nostre considerazioni sociali, della nostra visione delle cose, ed allora limitiamoci a soffermarci a talune leggere modifiche di tipo formale, che sono state prospettate. Oppure, se vogliamo invece ritornare sull'essenza del provvedimento, allora, per un motivo morale richiedo che questi ulteriori accertamenti e queste eventuali modifiche siano fatte sul piano scientifico, cioè documentandoci anche a livello di istituti universitari, di istituti scientifici.

ZANTI TONDI CARMEN PAOLINA. Io ritengo che su questi problemi delicati le cose devono certamente maturare anche nei sentimenti della popolazione. E bisogna accettare, qualora questa maturazione ancora non vi sia, che il trapianto sia operato effettuando il prelievo dal cadavere soltanto dopo un certo irragionevole intervallo dal decesso.

PINTO, *sottosegretario di Stato per la sanità* Debbo con rammarico constatare che questa mattina, in pratica, si è ripresa la discussione generale, e purtroppo senza nemmeno giungere a una conclusione in merito al problema che stiamo dibattendo. Comprendo le preoccupazioni degli onorevoli commissari, ma il fatto che l'iniziativa legislativa del Governo sia stata assunta dopo accurati studi e dopo avere acquisito il risultato di approfondite indagini scientifiche, dovrebbe alleviare tali preoccupazioni. È appena il caso di ricordare che non stiamo discutendo della morte naturale, ma di autorizzare l'anestesista a togliere la vita vegetativa. È una cosa ben diversa. Comunque, il Governo ritiene che tutti gli aspetti del problema siano stati sufficientemente dibattuti e approfonditi e che pertanto sia

giunto il momento di fare scelte decise, con coscienza e responsabilità. Certo si tratta di una scelta tormentosa. Mi sembra ragionevole che si voglia riflettere ancora una settimana, ma alla prossima seduta, senza riprendere di nuovo la discussione, si potrebbe procedere alla votazione dell'articolo, per il quale il Governo conferma la propria adesione al testo approvato dalla Camera dei deputati.

Desidero inoltre invitare il senatore Pittella a ritirare il suo emendamento, in quanto esso, se approvato, altererebbe il senso e la portata della legge. Questo emendamento, relativo al prelievo del sangue, determinerebbe la necessità di rivedere tutta la legislazione in materia di polizia mortuaria.

PITTELLA. Non è il caso qui di contrapporre posizioni personali, ma soltanto di rilevare la posizione della scienza a livello europeo e a livello mondiale, la quale scienza dice tutt'altre cose, rispetto a quelle che sono state espresse da alcuni in questa sede. Comunque, io potrei aderire alla proposta del Governo di ritirare l'emendamento, purché si sopprima l'articolo 23, che è limitativo anche sul piano scientifico, perché non dà neppure la possibilità di vedere se l'utilizzazione di questo tipo di sangue è adeguata o meno alle esigenze, che sono drammatiche, non solo della popolazione italiana ma della popolazione mondiale.

Si tratta di un articolo che annullerebbe quanto è stato fatto nel passato, credo con valutazioni adeguate, e che ha dato la possibilità, per esempio a Napoli, in questi anni, di dire una parola conclusiva sullo studio di questo tipo di sangue. E mi permetto di leggere, in proposito — dalla « Rassegna sovietica » del 1961, n. 5 — quanto segue: « Il presidente del consiglio di amministrazione degli Ospedali riuniti di Napoli, su proposta del sovrintendente sanitario Martinelli, ha inoltrato al Ministero della sanità la richiesta perché gli Ospedali riuniti di Napoli siano autorizzati a istituire un centro per il prelievo, la conservazione e la distribuzione del sangue. E... » (e poi vengono indicati tutti i vantaggi che da tale esperienza sono derivati).

L'articolo 23, quindi, sopprime anche la possibilità sperimentale di utilizzare il sangue E. Per tali considerazioni, io sono disposto a ritirare l'emendamento a condizione che venga eliminato il suddetto articolo.

I discorsi che vengono fatti in questa circostanza sono gli stessi che vennero fatti quando si trattò di varare la legge sulla vaccinazione antipolio. Anche allora, per mascherare altri interessi, si diceva che la vaccinazione era dannosa, e se non fosse stato perchè quello era un momento felice della nostra partecipazione al Governo, oggi non avremmo avuto neppure la vaccinazione antipolio, che si è rivelata molto utile.

B A R B A R O, relatore alla Commissione. Sono state rivolte molte domande al relatore: permettete che quest'ultimo ne rivolga una ai membri della Commissione. Se non vi sentite tranquilli con le 12 ore, qual è la certezza morale e scientifica che voi acquisite con le 24 ore? Dalle 12 ore alle 24 ore non succede nulla, soltanto che gli organi dell'uomo sottoposto a circolazione forzata vanno incontro certamente a fatti degenerativi.

B A R R A. Allora abbiamo veramente il dovere di chiedere il parere al Consiglio superiore di sanità, perchè io francamente non sono in grado di risolvere il problema.

Z A N T I T O N D I C A R M E N P A O L A. M'inchino dinanzi a voi che siete i possessori della scienza; io non posseggo la scienza, ma leggo ciò che dicono i giornali di tutto il mondo e quindi so che la materia dei trapianti è ancora confinata nella ricerca. Non credo, infatti, che in America, in Francia o dovunque vengano praticati trapianti di organi prelevati da cadaveri o da persone vive, siano state superate totalmente le difficoltà di ordine scientifico e si sia arrivati addirittura alla possibilità di un'applicazione generale, totale di questo ramo della scienza medica.

Ritengo che la scienza debba ancora approfondire e superare molti problemi. Con questo non voglio dire che sono contro i trapianti; il mio parere, anzi, è che la scien-

za debba poter indagare, approfondire, adoperare anche questa branca della medicina per salvare delle vite umane. Non accetto l'affermazione che la scienza abbia oggi risolto tutti i problemi; questo non è vero e ce lo dimostrano le polemiche in atto tra scienziati sul trapianto del cuore e del polmone, nonchè le statistiche, dalle quali risulta che tre quarti delle persone che sono state sottoposte a trapianti muoiono.

Questo significa che bisogna fare molti passi avanti per poter affermare in modo categorico che la scienza ha risolto tutti i problemi. E se le cose stanno in questi termini, il buon senso dovrebbe portarci a concludere che è nostro dovere aiutare la scienza ad andare avanti in questo ramo delle ricerche.

Voi dite che 12 ore sono come 24 ore. Può anche darsi, ma io mi metto anche nei panni della gente semplice, la quale certamente sarà meglio disposta a porre a disposizione della scienza il proprio familiare nella misura in cui saprà che 24 ore possono offrire maggiori garanzie di 12 ore.

Se 24 ore, come sembra (perchè alcuni hanno affermato che sono troppe) rispecchiano certe garanzie e non implicano dei limiti in questo settore, di fronte al dubbio che 12 ore possano costituire un tempo troppo affrettato, è chiaro che chiunque, ignorante come sono io dei problemi scientifici, sceglie la soluzione delle 24 ore.

Questa è la nostra posizione e dichiaro che per quanto ci riguarda siamo anche disposti a ritirare i nostri emendamenti per accettare il disegno di legge così com'è stato approvato dalla Camera dei deputati.

C A V E Z Z A L I. Voglio riferirmi alla proposta del Presidente che, tutto sommato, è la più idonea al tipo di procedura che dobbiamo seguire e che purtroppo non varrà per oggi ma per la prossima seduta, allorquando potremo riprendere il discorso articolo per articolo e andare avanti senza ulteriori accantonamenti e meditazioni. Perchè è certo che molti problemi non potranno tra una settimana trovare una maturazione scientifica e umana diversa da quella che si può prospettare oggi. Direi che è per-

12^a COMMISSIONE47^o RESOCONTO STEN. (10 luglio 1975)

tuttamente inutile ricorrere ad ulteriori consultazioni, perchè è da presumere che il Governo, quando ha predisposto il disegno di legge, abbia già sentito il parere di organi e organismi competenti

P R E S I D E N T E . Non ho nessuna difficoltà ad accogliere la proposta avanzata dal collega Cavezzali, anche se devo francamente manifestare la mia preoccupazione circa la possibilità che noi possiamo riunire la prossima settimana a varare il disegno di legge. Comunque, la settimana prossima dovrebbe essere l'ultima utile per una seduta della nostra Commissione. Dico per una seduta della nostra Commissione, perchè voi sapete bene che la settimana prossima ci riuniremo anche congiuntamente con la 2^a Commissione, con all'ordine del giorno la cosiddetta legge sulla droga. Il presidente Viviani mi ha fatto presente la necessità di tenere almeno due sedute la prossima settimana. Quindi noi dovremmo esaminare questo disegno di legge, ed eventual-

mente approvarlo, in un'unica seduta. Ritengo che la discussione di questa mattina, così ampia, sia stata tutt'altro che inutile. È servita ad approfondire l'argomento ed a consentire a vari colleghi di esprimere perplessità che persistono. Comunque ritengo che, proprio sulla base di questa discussione, nel giro di una settimana ogni singolo commissario, ed in modo particolare il relatore, e se lo desiderate anche il Presidente, faranno tutto il possibile per tornare nella nostra aula con le idee più chiare e con l'intenzione di assumere ciascuno le proprie responsabilità attraverso la votazione degli emendamenti e degli articoli.

Poichè non si fanno osservazioni, rinvio il seguito della discussione ad altra seduta.

La seduta termina alle ore 12,50.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Il consigliere parlamentare delegato per i resoconti stenografici

DOTT GIULIO GRAZIANI