

SENATO DELLA REPUBBLICA

VIII LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

31° RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 6 APRILE 1982

Presidenza del Presidente PITTELLA

INDICE

Disegni di legge in sede deliberante

« Modifiche ed integrazioni alla legge 2 dicembre 1975, n. 644, concernente la disciplina del prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico » (1211), d'iniziativa dei senatori Melandri ed altri

« Nuova 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 » (1759)

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE	pag. 299, 309, 312
BELLINZONA (PCI)	308
BOMPIANI (DC), relatore alla Commissione	309, 312
DEL NERO (DC)	307
GROSSI (PCI)	305
JERVOLINO RUSSO (DC)	308
MELANDRI (DC)	300
PINTO (PRI)	306
ROSSANDA (PCI)	312

I lavori hanno inizio alle ore 9,45.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

« Modifiche ed integrazioni alla legge 2 dicembre 1975, n. 644, concernente la disciplina del prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico » (1211), d'iniziativa dei senatori Melandri ed altri

« Nuova 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 » (1759)

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione congiunta dei disegni di legge: « Modifiche ed integrazioni alla legge 2 dicembre 1975, n. 644, concernente la disciplina del prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico », d'iniziativa dei senatori Melandri ed altri, e « Nuova 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 ».

Riprendiamo la discussione, sospesa nella seduta del 31 marzo scorso.

M E L A N D R I . Signor Presidente, onorevoli senatori, desidero fare alcune osservazioni di carattere generale su questa materia. Mi pare di poter affermare che vi è stato un certo sbilanciamento nel dibattito (almeno nella parte cui ho potuto assistere) fra i vari problemi che coinvolgono la nostra responsabilità di fronte alle proposte di legge che sono state presentate. Ad esempio, mi pare che sul problema delle forme del consenso, del silenzio-assenso, delle esplicite dichiarazioni di disponibilità si sia notevolmente accentuato il dibattito, mentre su alcuni aspetti che attengono a ciò che la collega Rossanda ha riassunto nel termine di problemi organizzativi e giuridici si è in certo modo sorvolato. Io vorrei tentare, se mi sarà possibile, di dare un contributo alla valutazione degli uni come degli altri aspetti.

Perchè abbiamo sentito l'esigenza di riformare la legge n. 644? Perchè abbiamo constatato — lo ha rilevato ampiamente il relatore — l'insufficienza, anzi la diminuzione dei trapianti: fatti entrambi patologici e tipici della situazione italiana in rapporto, come è stato detto, alla situazione europea. In Italia infatti — se sono giuste le cifre che mi sono state fornite — la percentuale di trapianti è di 3 per milione di abitanti l'anno, rispetto alla media europea di 6 per milione di abitanti l'anno (dal 7 della Francia e della Germania al 13 dell'Inghilterra).

Ne deriva che degli 11.000 dializzati (mi riferisco in questo momento al trapianto del rene) ben 6.000 potrebbero essere sottoposti a trapianto, ma purtroppo mancano non le attrezzature, ma la disponibilità degli organi; di conseguenza abbiamo l'evidente danno della menomazione di un patrimonio umano non recuperato ed un conseguente danno economico, se sono giuste le cifre secondo le quali si spendono 20 milioni di lire l'anno per dializzato, contro le poche centinaia di migliaia di lire in caso di trapianto.

Che cosa possiamo fare? Credo che una premessa debba essere maggiormente sottolineata e tenuta in particolare evidenza dalla Commissione. Sia nel senso indicato dai

collegi del Gruppo comunista, sia nel senso indicato dal nostro disegno di legge, sia ancora nel senso indicato dal disegno di legge d'iniziativa governativa, risolveremo comunque il problema di reperire un maggior numero di donatori di organi; rimane però il fatto che una coscienza collettiva, una educazione complessiva del cittadino italiano la si avrà solo se daremo la consapevolezza, la certezza inconfutabile che gli interventi non saranno fra una persona al limite della vita e una persona che può ancora, in condizioni di quasi normalità, proseguire la sua vita. Deve essere chiaro, cioè, che si interviene su chi non è più persona a favore di una persona, che si interviene su un cadavere a favore di una persona che può vivere in condizioni molto meno menomate. Questo è un punto che potremmo ritenere scontato; ma, ad esempio, la lettera che l'AIDO nazionale ha mandato a tutti i presidenti sezionali lascia intendere che questo limite tra la vita e la morte deve essere sottoposto necessariamente ad esplicito consenso del soggetto o dei parenti proprio perchè siamo ad un limite, siamo ad una soglia. Che cosa vuol dire, infatti, trasformare il corpo di un cittadino non ancora defunto in un bene dello Stato? Mi pare tuttavia che proprio su questo punto ci sia stata una notevole convergenza di opinioni, sia negli interventi che si sono qui susseguiti, sia nel parere della Commissione giustizia, tanto per quanto riguarda i morti di morte naturale quanto per quel che concerne i cerebrolesi. In effetti, con chiunque si parli, la prima obiezione è la seguente: ma siete sicuri della morte? Non a caso il collega Ciacci ricordava l'intervento del medico sul quasi cadavere, cioè l'intervento prima del termine ultimo, prima del tempo necessario. Io credo che sulla determinazione dei tempi e delle condizioni di accertamento dell'effettiva, sicura morte noi dovremo arrivare a concentrare i nostri sforzi per giungere a quell'unanimità di impostazione che ci consenta di presentare il dettato normativo che andremo a definire come inconfutabile e quindi come capace di creare una tranquilla coscienza anche in coloro che intendono sot-

toporsi a trapianto o ai parenti che intendono dare al medico l'autorizzazione ad effettuare l'espianto.

Ciò detto, rimane questa realtà: che in Italia si fanno dai 150 ai 180 trapianti, mentre le possibilità, tenuto conto dei centri di trapianto esistenti e funzionanti, sono di almeno quattro volte tanto, secondo i dati forniti dal professor Confortini di Verona. Vi è quindi una evidente sproporzione tra ciò che si fa e ciò che si potrebbe fare con le strutture disponibili; non dobbiamo, almeno in questa prima fase, invocare la mancanza delle strutture. Ed allora: ci sono gli organi e non si utilizzano, oppure ci sono i donatori e non vengono utilizzati, oppure ancora mancano questi ultimi? Io credo che proprio su queste tre domande si possa fare il punto della situazione. Che ci siano organi che non vengono utilizzati è senz'altro da escludere. Vi sono donatori e non vengono utilizzati? Credo che questo, in parte, possa essere uno dei motivi della scarsa disponibilità di organi. Ma esistono motivi di carattere normativo, ragioni di ordine organizzativo. Il fatto che l'iter burocratico per ottenere l'autorizzazione all'espianto sia previsto in modo artificioso e complesso; la mancata incentivazione dei centri di rianimazione e neurochirurgici; il mancato collegamento e interscambio; la mancanza di scuole di preparazione di *équipes* chirurgiche per espianti, trapianti e via dicendo; l'errata distribuzione sul territorio dei centri di espianto e trapianto, sono tutte cause della situazione in cui ci troviamo.

Se non si crea una situazione sostanzialmente diversa da quella attuale dal punto di vista della disponibilità degli organi, le strutture rimangono inutilizzate. Infatti, se con i centri di trapianto attualmente esistenti è possibile effettuare solo un quarto dei trapianti tecnicamente possibili, ciò significa che vi è una sottoutilizzazione dell'ordine del 70-75 per cento.

Potremmo continuare a citare problemi come quelli concernenti la semplificazione delle norme di tipizzazione, la mobilità delle *équipes*, la loro composizione, la diversi-

ficazione della disciplina per i diversi organi (cornea, rene) per autorizzare l'espianto ed anche delle sedi in cui effettuare gli espianti secondo i diversi tipi di organo. Vi è la questione se la cheratoplastica debba ancora essere mantenuta nell'ambito dei problemi di cui ci stiamo occupando; vi è poi il problema della segnalazione tempestiva dello stato comatoso (*dépassé*, come si dice in linguaggio tecnico), oltre quello dell'uniformità delle metodiche nei centri immunologici europei per lo scambio di organi.

Tutti questi sono problemi che dovremo sicuramente affrontare e che in parte soltanto sono stati affrontati dal disegno di legge da noi presentato, e parzialmente anche da quello presentato dal Governo; sono problemi determinanti per quanto riguarda la risposta alla domanda se vi siano donatori che non vengono utilizzati. Sì, può darsi che vi siano donatori che non vengono utilizzati; ma se risolveremo i problemi cui ho fatto cenno, daremo certamente un forte contributo all'aumento dell'utilizzo degli organi disponibili. Non dobbiamo, ripeto, illuderci che, perfezionando l'organizzazione complessiva del settore nei suoi diversi aspetti, risolveremo tutti i problemi. Attraverso il collegamento con la realtà con la quale mi trovo a contatto, e dalla quale è nata la mia idea di presentare il disegno di legge oggi in esame, ho capito che, anche quando avremo risolto i problemi citati, il problema della carenza di organi e di donatori rimarrà pesante.

Vediamo alcuni casi concreti. Nella mia regione, come è noto, la situazione è la seguente: a Bologna vi è uno dei quattro maggiori centri di trapianto italiani, a Ravenna un importante centro di trapianto della cornea, a Cesena un centro per gli espianti, a Parma un centro autorizzato per trapianti ed espianti. Le cifre, al riguardo, sono significative: Parma non è stata ancora in grado di effettuare un trapianto. La spiegazione è la seguente: ancora nessuno è stato in grado di accostarsi al letto del comatoso *dépassé* e di chiedere ai parenti la disponibilità degli organi. È un

blocco psicologico che si determina anche nel medico. A Bologna, nel 1981 si sono effettuati 39 trapianti; ma l'impianto ne avrebbe consentiti oltre 90. Perché non si sono trovati gli organi e non si sono effettuati i trapianti? Il responsabile risponde che ciò è accaduto perché non più del 10-12 per cento dei parenti risponde affermativamente alla richiesta di disporre degli organi. Per il 1982 si prevede un notevole aumento dei trapianti, ma non si conta minimamente sulla possibilità di aumentare il numero dei consensi dei parenti all'effettuazione dei trapianti stessi, talché il collegamento del centro di Bologna è tutto rivolto verso Lione, per ottenere da quel centro europeo gli organi eventualmente necessari, tenuto conto anche dell'esigenza di aumentare la soglia di compatibilità istologica e, allo stesso tempo, di affrontare il rischio di un intervento fallito.

Dove esiste la possibilità di effettuare lo spianto e il trapianto, dunque, non è detto che esista la disponibilità dell'organo.

Nel centro di Ravenna vi sono oltre 40 ciechi in « lista di attesa », ma si riesce ad effettuare un solo trapianto al mese; in alcuni mesi si sono fatti due trapianti. Ciò è dovuto alla scarsità di donatori, proprio in una zona che conosce una intensa attività dell'AIDO. È evidente, dunque, l'influenza della tradizione e del comune sentimento nei riguardi del corpo di chi fu persona. Non si pronuncia appositamente la parola « persona »: il nostro ordinamento esclude che si possa parlare di « persona » nel caso di cadavere; ed è molto singolare che la Commissione giustizia invochi il rispetto della persona al riguardo. Evidentemente, vuole riferirsi a qualcosa di simile al concetto del comune senso del pudore.

Per tornare alla mia regione, a Cesena vi è un importante ospedale provinciale in cui si è verificata, tra l'AIDO e l'amministrazione, una polemica esasperata in ordine al fatto che l'ospedale non veniva dotato delle strutture per operare gli spianti sulla base di quanto previsto dalla legge attualmente in vigore. Di fronte al mancato intervento dell'amministrazione è poi in-

tervenuta la Cassa di risparmio, e sono state realizzate le strutture sterilizzate. Ma siamo al punto di prima: per quanto riguarda la disponibilità di donatori di organi non è cambiato nulla.

Il problema, dunque, è anche quello dell'organizzazione del consenso. Vediamo dove l'AIDO funziona davvero. Le due regioni pilota sono la Lombardia e il Veneto. A Bergamo, dove risiede la principale sede dell'organizzazione, sono stati procurati oltre 200 reni negli ultimi anni (da 200 a 230). Dunque, si può concludere che in realtà il fattore bloccante è quello del consenso, talché dove esiste un'organizzazione efficiente, al di là del puro e semplice volontariato (a Bergamo l'AIDO gestisce i rapporti tra diversi centri, prende in consegna e trasporta gli organi, assiste i malati, tiene i contatti con i donatori), si moltiplica la disponibilità di organi. In altri termini, la mentalità del cittadino italiano è ancora bloccata da un pur rispettabile senso di pietà nei riguardi del cadavere. Sta di fatto che le norme di cui disponiamo sono del tutto inadeguate per assicurare il recupero degli organi atti ad essere trapiantati in numero sufficiente. Per « numero sufficiente » non intendo i 6.000 dializzati che potrebbero essere sottoposti a trapianto, ma un numero che tenga conto anche delle possibilità di fallimento di una prima operazione. Poi, vi è il problema della soglia di compatibilità istologica, che era del 70-75 per cento e tende all'80-85/90-95 per cento, o al 100 per cento nel caso di scambio di organi. Questo vediamo a Bergamo e a Udine, dove si è formata un'associazione autonoma di carattere regionale per donatori di organi che non aderisce all'AIDO proprio perché ha assunto nelle provincie vicine un carattere di struttura permanente che in parte esula dal discorso del volontariato e lo supera. Si tratta di una struttura vera e propria con determinate caratteristiche

A questo punto, cosa è necessario fare? Bisogna intervenire nell'una e nell'altra direzione e per gruppi di problemi. Non dobbiamo sottovalutare il discorso del consenso. Mi è parso che la senatrice Rossan-

da, oggi non presente, abbia in parte sottovalutato la questione nel suo complesso dicendo che il vero problema è organizzare meglio le cose per avere poi donatori e organi.

E vengo alla questione del consenso e del modo in cui ampliarlo sia attraverso un certo tipo di intervento sia attraverso la formazione di una coscienza complessiva della positività del trapianto e della necessità di accettare una forma diversa di solidarietà umana che consiste nel cedere una parte del proprio corpo o di quello di un parente affinché, a fronte di una vita che è cessata, un'altra possa proseguire.

Signor Presidente, abbiamo dinanzi un parere della Commissione giustizia che dovrei dichiarare irricevibile. se esistessero tali procedure in Parlamento, perchè impropriamente motivato. Infatti, esso è basato su « intuibili esigenze di rispetto della persona umana ». Ebbene, non si capisce a chi si faccia riferimento. Si parla di « serie perplessità anche di ordine costituzionale » e non si citano gli articoli della Costituzione in questione. Si accenna a « inaccettabili forme di consenso presunto »: inaccettabili per chi, per il senatore Gozzini? Per me, invece, sono accettabili.

Di questo passo, si motiva un provvedimento di carattere tecnico-giuridico andando nel campo della morale positiva più che del diritto positivo, cose profondamente diverse. Altro è porsi dal punto di vista di chi fa un ragionamento che attiene alle proprie convinzioni, al comune modo di sentire; altro è far riferimento alla traduzione in norma di questo comune modo di sentire. Altro è parlare del comune senso del pudore, altro è dire che questo è escluso dalla legge. La legge deve stabilire con una norma molto precisa che il comune senso del pudore ha i suoi limiti nel codice civile, nel codice penale e nella Costituzione.

A questo punto, vorrei fare una premessa ricavandone l'immediata conseguenza: il problema va guardato nell'ottica della Costituzione e non del diritto positivo.

Certamente, tutto l'ordinamento giuridico è orientato a non ammettere la persisten-

za della personalità giuridica dopo la morte. Su questo punto non c'è alcun dubbio. Ci troviamo di fronte a qualcosa che non forma oggetto di diritti patrimoniali privati, e credo che nessuno possa contestarlo. Esiste, allora, il problema del comune senso di rispetto, della *pietas* (pietà nel senso latino) nei confronti del cadavere per quanto riguarda la normazione positiva italiana.

Per quel che riguarda, invece, il discorso costituzionale, per quanto abbia letto e riletto i commenti più autorevoli alla Costituzione, non sono stato in grado di individuare articoli o parti di articolo che facciano riferimento al concetto della tutela della persona per quanto concerne il corpo *post mortem*.

Torniamo, ora, al discorso sul comune sentimento di pietà. Io non mi attesterei nè sulla posizione di chi dice che la norma deve aspettare la formazione del costume, nè sulla posizione di chi afferma che la norma fa il costume. Non è possibile, come creatori della norma positiva, che ci si collochi in una di queste due posizioni. Infatti, è abbastanza evidente che il costume influenza la norma e la norma influenza il costume. Pertanto, il problema è tutto da risolvere. Nel codice civile, il rapporto fra parenti e cadavere è un diritto familiare, quindi un diritto-dovere che si alimenta del sentimento di pietà. Non possiamo però assumere questo discorso in modo tale da non poter intervenire con una norma per agevolarne l'evoluzione e la maturazione verso traguardi di più ampia solidarietà umana. Come è possibile che sia incostituzionale — come vorrebbe il parere della Commissione giustizia — una norma che eventualmente utilizzi la formula del silenzio-assenso quando si tratta di prelevare una parte del corpo di chi fu persona a favore di una persona, quando la medesima Costituzione non considera incostituzionale la scelta tra il nascituro e il nato, cioè la madre, a favore di quest'ultima? Come possiamo pensare che questo discorso non sia incostituzionale quando si tratta di due esseri viventi (personalmente, sono di parere diverso) e sia invece incostituzionale nel caso si prelevi la cor-

nea o il rene di chi fu persona a favore di una persona? Il rispetto della persona è costituzionale nella misura in cui salviamo la persona, non nella misura in cui ci battiamo per l'integrità di chi fu persona.

Evidentemente, è necessario ricondurre un po' di ordine nelle nostre considerazioni, diversamente rischieremo di fare i legislatori sul *de facto*; e questa sarebbe una posizione non soltanto non progressista, ma nemmeno semplicemente ragionevole.

Non chiedo un provvedimento rivoluzionario o di capovolgimento totale della normativa attuale contenuta nei codici civile e penale, ma neppure un completo appiattimento sul *de facto*, in modo da avere le mani legate di fronte a ciò che precedentemente ho contribuito a dimostrare essere profondamente rilevante al fine di mettere a disposizione della struttura organizzativa, istituzionale e sanitaria del nostro paese un numero sufficiente, o meno insufficiente, di organi per eseguire i trapianti necessari. La questione di fronte alla quale ci troviamo, dal punto di vista costituzionale e giuridico, va ricondotta in questi termini. Tutti d'accordo, adottando la posizione secondo cui la norma forma il costume, possiamo introdurre nella norma qualche cosa che faccia evolvere il costume. Dal punto di vista della Costituzione, non c'è dubbio che di fronte ad una persona che rischia di morire o di fronte ai quarantadue ciechi che a Ravenna sono in lista d'attesa per avere la cornea non può essere più rilevante il parere di un parente che si opponga alla mutilazione (che avviene nella maniera più dignitosa possibile per il rispetto del cadavere) di chi persona non è più.

Noi abbiamo inizialmente stabilito, ed ho rilevato l'importanza di questo punto, che dobbiamo dare a tutti i cittadini la certezza che il medico non commette abusi e che la sua professionalità tecnicizzata e fredda non prevale sul limite oltre il quale non è dato di intervenire; mi riferisco al discorso sulla morte certa al momento dell'intervento, alla morte naturale e alla questione dei cerebrolesi che è molto più delicata delle altre.

In conclusione, se vogliamo recepire i termini della filosofia del diritto, non possiamo attestarci puramente sul discorso della morale positiva, che io rispetto (intendendo non il sistema dei principi al quale potrebbe pensare un cattolico quale io sono, ma il comune, complessivo modo di sentire, le convinzioni e i sentimenti della gente alla maniera inglese, più che nella tradizione latina), e non adottare una posizione morale di critica nei riguardi del costume e della situazione che consenta di compiere dei passi in avanti nella soluzione un problema dai caratteri estremamente drammatici.

Ritorniamo sulle cifre: quando vediamo che in Italia si fanno 3 trapianti ogni milione di abitanti (contro i 13 dell'Inghilterra) e si fanno in totale 150 trapianti a fronte di 6.000 persone che potrebbero essere sottoposte a trapianto, abbiamo veramente la sensazione dell'enorme patrimonio, soprattutto di carattere umano, che non viene utilizzato per una certa pigrizia nella elaborazione della norma e per la preoccupazione, anche giustificata, che rispecchia la legge n. 644 introducendo una riforma per tanti aspetti interessante, di garantire che tutto sia chiaro in rapporto alla morte del paziente.

Come risolvere, allora, questo problema? Cerchiamo di risolverlo insieme, ma in questo spirito, senza attestarci — per essere schematico — noi su una posizione di morale positiva e gli altri su una posizione di morale critica. Mi sia consentito alludere a quanto si è detto sulla tradizione dei cattolici. Ebbene, questa non è la tradizione dei cattolici, e soprattutto questo non è il senso della persona per i cattolici. I cattolici non hanno dubbi, quando ragionano; poi, è chiaro, anche essi sono sottoposti al comune sentimento e quindi anche al pregiudizio e a forme di irritata sensibilità nei confronti di taluni tipi di interventi. Senza far riferimento a norme che riguardano vicende passate, dico che questa è la nostra posizione.

È possibile trovare una soluzione, ma si deve entrare nell'ordine di idee, ad esempio, di introdurre meccanismi pressochè ob-

bligatori per l'espressione del consenso. Un modo potrebbe essere quello di stabilire che tutti i cittadini italiani quando vengono chiamati a sottoporsi ad un esame psicofisico per il servizio militare, per essere assegnati ad un'arma o per essere dispensati, siano tenuti a firmare, oltre ai moduli previsti, un altro modulo con il quale esprimere o meno il consenso.

Io non condivido quanto previsto dall'articolo 2 del disegno di legge n. 1759, il quale stabilisce che i ricoverati, all'ingresso in ospedale, se intendono opporsi al prelievo devono farne dichiarazione scritta, perchè in quel momento la loro situazione è già a livello patologico. Il consenso deve avvenire prima. Tutti i miei figli sono soci dell'AIDO (come lo sono anch'io) proprio perchè stanno bene. Se uno dei miei figli fosse stato ricoverato in ospedale gravemente ammalato, probabilmente avrebbe risposto in maniera diversa.

Bisogna, allora, che l'espressione del consenso avvenga in una situazione fisiologica, non patologica, per non creare ulteriori pregiudizi e per non determinare situazioni come quelle esistenti, non per mancanza di strutture, ma per mancanza di disponibilità delle persone.

In conclusione, vorrei chiedere alla Commissione, prima di ultimare l'esame di questi testi, frutto di difficoltà, di dibattiti ed anche di scontri, di valutare questo gruppo di considerazioni, che non mi sembrano irrilevanti.

G R O S S I . Diceva l'altra volta il sottosegretario Orsini che la legge n. 644 non ha raggiunto i risultati che si proponeva; questo ci ha portato a riesaminare il problema. Al centro di tale strozzatura mi pare sia stata individuata la difficoltà normativa ad ottenere il consenso. Mi sembra, però, che tale strozzatura non sia superabile soltanto con modificazioni normative. Concordo con quanto ha detto il collega Melandri circa il rapporto fra morale corrente e norma che spinge in avanti, però non credo che si possa fabbricare il futuro esclusivamente, o prevalentemente, attraverso delle

norme (in questo caso, quelle previste dal disegno di legge governativo).

L'esempio stesso di Bergamo, dove sono stati ottenuti duecento reni con l'attuale normativa, sta a dimostrare che il punto da mettere a fuoco è quello delle strutture, dei meccanismi della legge e delle forme di educazione sanitaria.

Si chiedeva il collega Melandri se vi sono donatori che non vengono utilizzati, e a tale domanda rispondeva: può essere. Io do una risposta diversa. Sono profondamente convinto di sì. Sono profondamente convinto che, al di là di un apparente peso della morale corrente, lo spirito di solidarietà, la « salute », in questo senso, del popolo italiano nel suo complesso sia maggiore di quanto pensiamo. Credo che oggi sia difficile prendere consapevolezza di questo, trovare subito il canale giusto, essere indirizzati nel modo giusto, avere la certezza che il proprio atto vada a buon fine e che su questo non vengano poi imbastiti dei meccanismi speculativi. Se riuscissimo a dare questa certezza, vi sarebbe una maggiore disponibilità di organi, che deriverebbe, sì, anche dalla normativa, ma prevalentemente proprio dalla possibilità di trovare i canali giusti. Si è parlato di meccanismi per l'espressione del consenso; sono d'accordo nel mettere a punto tali meccanismi, affinché la potenzialità di offerta, di solidarietà, di levatura morale del popolo possa trovare il modo di esprimersi. Oggi questo è estremamente difficile. Non mi riferisco alle zone molto bene organizzate, come il Veneto, la Lombardia, l'Emilia e, per certi aspetti, anche l'Umbria, ma a tante parti d'Italia dove è molto difficile esprimere questa volontà perchè non si sa dove andare, perchè mancano quelle conoscenze, quel coinvolgimento nel processo che invece in altre parti, attraverso associazioni volontarie, a vari livelli di organizzazione, è stato ottenuto. Dobbiamo allora porci anche il problema di privilegiare l'educazione sanitaria, la cultura dei trapianti, soprattutto nella parte di Italia che ne ha più bisogno perchè meno organizzata. Per questo la normativa contenuta nell'articolo 17, il quale stabilisce che l'educazione sanitaria

deve estendersi alla tematica del provvedimento in discussione, mi sembra troppo generica ed insufficiente.

È possibile con queste norme ottenere dei risultati? Mi sembra quasi che si voglia dire: non mi dai il rene, ed io me lo prendo. Ma non mi sembra questa la risposta giusta. Io credo che la norma del diritto positivo possa anche essere trainante nei confronti delle presunte norme (la mia convinzione è che non siano poi così profonde) di morale positiva, però entro il limite in cui questa non diventi la sola carta da giocare, ma sia collegata a quell'insieme di altre carte che mi sembra siano poco espresse nel disegno di legge governativo.

Concordo con una serie di considerazioni espresse dal collega Melandri, per cui non le ripeto. Ritengo, però, che una particolare attenzione vada rivolta agli articoli 10 e 12 del suddetto disegno di legge, nei quali si individua il meccanismo di organizzazione dell'espianto nel suo complesso, che mi sembra possa essere visto in un'ottica di differenziazione, in quanto il tipo di organizzazione, il numero degli organi e la stessa ampiezza del problema non sono i medesimi in tutti i casi. Gli articoli 17 e 18, poi, presentano una enunciazione estremamente generica, e ritengo che si potrebbero dare maggiori indicazioni per l'organizzazione dei meccanismi di espressione del consenso. Sono pienamente convinto che tali meccanismi vadano messi in atto tra le persone sane, perchè è veramente difficile trovare disponibilità presso una persona che già teme per la sua salute.

Questi meccanismi possono avere dimensioni di massa, come indicato dal collega Melandri, fra i giovani, ma debbono trovare nella legge un loro posto preciso, perchè altrimenti la soluzione esclusivamente normativa del consenso non esplicitamente richiesto sembra assumere il significato che, in mancanza del consenso, o per assenza di fiducia che vi sia il consenso (ma io sono convinto che vi sia una enorme disponibilità in questo senso), la legge prevede che debba essere il cittadino a dire esplicitamente che non vuole essere donatore.

Neanche io ho una soluzione precisa per questo problema; però credo che se riuscissimo a prevedere disposizioni legislative chiare sulla educazione sanitaria, sulla promozione di una cultura dei trapianti, sulla ricerca di un generico consenso fra i sani, probabilmente anche la norma, per così dire, un po' pesante che abbiamo elaborato potrebbe trovare una sua riformulazione che, collegata con il precedente processo, raggiunga il risultato di costituire un passo in avanti rispetto alla presunta morale corrente, senza essere, però, un atto di violenza nei confronti della morale corrente stessa.

P I N T O . Signor Presidente, onorevoli colleghi, il trapianto di organi è indubbiamente una conquista della società moderna, ed è un'esigenza che si impone anche nel nostro paese. Questa è una certezza, ed è inutile fare su questo punto lunghi discorsi: siamo tutti d'accordo. Ugualmente siamo certo tutti d'accordo che la legge n. 644 del 1975 non dà la possibilità di fare trapianti perchè si è dimostrata inadeguata. Per questo, è necessaria un'altra legge; ed anche su questo è inutile fare lunghi discorsi. Si tratta di vedere come fare questa legge. Due sono le esigenze che bisogna tener presenti: 1) l'accertamento della morte, per dare la garanzia che si espanta l'organo da un cadavere e non da un individuo che può ancora vivere; 2) il consenso del donatore.

L'accertamento della morte previsto all'articolo 4, secondo me, dà garanzie tali da poter fare accettare l'articolo relativo al consenso. Nel nostro paese c'è rispetto per il cadavere, non siamo in Inghilterra o in Germania; abbiamo una nostra civiltà, tradizioni e un certo retroterra storico. Non possiamo, pertanto, richiedere il consenso all'atto del ricovero in ospedale perchè l'italiano non lo darà: è necessario che lo manifesti in un momento in cui è perfettamente responsabile di se stesso.

Intendo fare questa chiara proposta: nel momento in cui il cittadino deve scegliere il medico curante, dovrebbe far presente se intende o meno donare i propri organi in caso di morte. Naturalmente, per i mi-

noni dovrebbero decidere i genitori. Si potrebbe preparare un modulo speciale per l'evenienza in cui l'individuo debba essere ricoverato in ospedale. Propongo che, esaurita la discussione generale, la Sottocommissione eventualmente costituita per predisporre un testo unificato esamini la possibilità di formulare un emendamento in questo senso.

D E L N E R O . È chiaro, onorevoli colleghi, che l'articolo che più ci preoccupa è quello relativo al consenso. Per quanto riguarda le due tesi, quella della non necessità del consenso e l'altra dell'obbligatorietà del consenso, si dovrà trovare qualche formula che ci permetta di salvare alcuni principi.

Non sono d'accordo sul fatto che il cadavere non rappresenti più nulla: ha invece un suo valore ed infatti è protetto anche penalmente da qualsiasi violazione. Dunque per la persona defunta si richiede un particolare rispetto.

Relativamente al consenso, ritengo che la formulazione proposta dal Governo sia la peggiore; collegare il consenso all'atto del ricovero in ospedale non è assolutamente opportuno: non è quello il momento adatto. Il consenso si potrà richiedere quando si sceglie il medico curante oppure alla chiamata di leva; in sede ristretta la Commissione potrà approfondire il problema; ma bisogna senz'altro generalizzare la possibilità del consenso. Ed anche nei casi in cui si arrivi alla conclusione di poter effettuare un intervento senza consenso espresso, occorrerebbe prevedere la possibilità di opposizione da parte dei familiari. Il problema è diverso a seconda che il defunto sia una persona adulta nel pieno della vita, che ha già fatto le sue scelte, oppure sia un giovane. In quest'ultimo caso la donazione può essere un atto eroico di altruismo, di umanità; se però non vi è stata una preparazione precedente, il trauma diventa enorme per i genitori che si vedono squartare il cadavere del figlio. Vi è tutta una problematica che credo debba essere esaminata.

Ristudierei poi le disposizioni riguardanti l'ipofisi poichè non si tratta di un trapianto da compiere immediatamente, ma di un'estrazione di organi — scusate i termini non tecnici — che servono per un'industria, per una attività commerciale. Nel caso di mancanza del consenso, potrebbe venirne fuori una speculazione commerciale preoccupante.

Per ciò che attiene alla parte vera e propria del disegno di legge governativo, in sede di Sottocommissione si potrà accertare qualche aspetto relativamente al nefrologo, in quanto il suo compito non è sufficientemente valorizzato in questo provvedimento. Quando si parla di accertare con diagnosi unanime il momento della morte, occorre riconoscere che è estremamente difficile individuare tale momento: tre tecnici potrebbero esprimere un giudizio diverso. Questi perfezionamenti possono, comunque, essere esaminati in sede ristretta.

Richiede anche una certa attenzione l'aspetto relativo ai centri regionali, affinché non diventino una forma di burocratizzazione. Si potrebbe, in proposito, inserire una norma transitoria, e sarà naturalmente opportuno acquisire le valutazioni in materia dei rappresentanti dei centri nei quali attualmente si sta praticando il trapianto.

Vorrei fare un'ultima osservazione, signor Presidente: il problema più delicato non è tanto il trapianto quanto il prelievo della parte di corpo umano nel singolo ospedale dove avviene l'intervento. Mentre il trapianto avverrà in ospedali altamente specializzati, con l'*équipe* necessaria, il prelievo, se si intende estenderlo, verrà compiuto in molti ospedali periferici. Con quali attrezzature si opererà? Ci sarà la possibilità di informare tempestivamente la commissione dei tre medici che esprime il giudizio sulla morte e i medici cui compete di fare il prelievo? Tutto questo non finirà col ridurre la possibilità di effettuare trapianti solo ad alcuni ospedali? Sono argomenti che sottopongo all'attenzione della Commissione perchè possa valutarli.

Concludo affermando che sono favorevole in linea generale al disegno di legge go-

vernativo, ma che sono opportune alcune rettifiche che potranno essere apportate in sede ristretta.

BELLINZONA. Intervengo brevemente, signor Presidente, per dire che è mia profonda convinzione che la discussione generale sui disegni di legge abbia consentito di esaminare il problema in modo approfondito e che sarà senz'altro proficuo costituire la Sottocommissione. Sono, infatti, sicuro che la difficoltà di far convergere le varie posizioni non sarà insormontabile perchè si è potuto constatare che molte tesi non sono, tutto sommato, così divergenti come poteva apparire all'inizio.

Vorrei raccomandare ai colleghi che parteciperanno ai lavori della Sottocommissione di tener conto di alcuni aspetti. Dovremmo fare in modo che la richiesta del consenso non sia burocratica. Capisco lo spirito della proposta del collega Pinto, anche se ha forzato la mano per dimostrare che occorre dirigersi sulla strada della generalizzazione del problema del consenso ponendolo di fronte ad un maggior numero di cittadini; penso però che in questo modo ci sia il rischio di avere una serie di « no » talmente alta da rendere tutto più difficile. Potrebbe forse essere più proficua un'altra considerazione che i colleghi potranno valutare con competenza in sede ristretta: si dovrebbe prevedere non soltanto un consenso generalizzato, ma anche consensi più articolati. Si potrebbe essere d'accordo sulla donazione di un organo che venga immediatamente utilizzato per salvare una vita oppure per consentire condizioni migliori di vita, e non essere d'accordo sul prelievo di altri organi che potrebbero essere comunque utili in senso lato ma non destinati ad un trapianto immediato. Mi riferisco, ad esempio, all'ipofisi. Un'articolazione del consenso, quindi, servirebbe a favorire le adesioni.

Non si deve poi dimenticare, ma anzi occorre tenerlo presente, l'altro problema relativo al rafforzamento delle strutture, dell'organizzazione che rende fattibili i trapianti.

JERVOLINO RUSSO. Molto rapidamente, signor Presidente, per rilevare che la Commissione ha fatto un lavoro molto positivo. Credo che le posizioni si siano notevolmente avvicinate. È stata esposta dal senatore Melandri, dal senatore Grossi ed è stata ribadita dal collega Del Nero la linea di una centralità dell'educazione sanitaria. Sotto questo punto di vista sarei d'accordo sull'opportunità di dare maggiore contenuto all'articolo 17 del disegno di legge governativo. Occorre studiare una modalità per manifestare il consenso, così come del resto hanno detto anche i senatori Pinto e Bellinzona, quando si è sani, nel momento in cui l'individuo non è sottoposto a particolari traumi psicologici, perchè cercare di far comprendere la positività del gesto costituisce una base sulla quale si può andare avanti.

Anch'io sono d'accordo circa la costituzione di una Sottocommissione che in tempi rapidi predisponga un testo da sottoporre all'approvazione della Commissione.

Desidero sottolineare ancora due aspetti dei quali, del resto, si è già parlato nella seduta precedente e che spero siano tenuti presenti dai colleghi che lavoreranno in sede ristretta. Il primo problema riguarda il sesto comma dell'articolo 4 del disegno di legge n. 1759, dove si prevede la possibilità di modificare le condizioni e le modalità di accertamento della morte di fronte a nuove acquisizioni scientifiche. Credo che tale previsione sia positiva, come pure la possibilità di modificare le condizioni e le modalità di accertamento senza un procedimento legislativo. Il decreto del Ministro della sanità mi sembra però uno strumento un po' troppo disinvolto; vorrei pertanto rilanciare l'ipotesi, sulla quale si era discusso, di un eventuale decreto del Presidente della Repubblica, con relativo esame collegiale da parte del Consiglio dei ministri.

Vi è poi un secondo problema sul quale mi ero soffermata in una precedente seduta, e mi pare che quanto ho affermato fosse condiviso dai colleghi: sarebbe opportuno riesaminare il sistema delle pene previsto agli articoli 19 e 20, portando il minimo del-

la pena ad un livello più alto in modo da creare un disincentivo effettivo per le speculazioni in una materia in cui deve regnare esclusivamente la solidarietà.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

BOMPIANI, relatore alla Commissione. Credo che sia doveroso, al termine della discussione generale, rallegrarsi per l'interesse suscitato dal provvedimento in tutti i colleghi, e per lo spirito di grande serietà con il quale è stato affrontato. Mi pare che i rappresentanti di tutti i Gruppi, ma soprattutto coloro che hanno parlato a titolo personale, abbiano messo in evidenza che si tratta di una materia molto importante e che si affrontano valori che vanno al di là della normale gestione di problemi in un certo senso sanitari. Credo che esistano dei punti in comune affioranti in maniera assoluta. Esiste una forte richiesta di trapianti, soprattutto di reni: vi è veramente un fabbisogno che il nostro paese non riesce a coprire, vi sono problemi nei confronti della nostra popolazione che non possono essere risolti con l'importazione di reni. Questo è uno dei punti da sviluppare, cioè una maggiore coscienza nazionale nei confronti di questo problema senza dover chiedere l'apporto e la collaborazione di altri paesi.

Le cause sono diverse, ma su tre punti si è insistito in maniera particolare. Il primo è la cattiva educazione sanitaria nei confronti della donazione di organi. Questo scarso senso di solidarietà non credo che sia uno dei motivi maggiori, perchè il senso di responsabilità non manca in Italia, anche se un certo egoismo è più facilmente riscontrabile nella nostra cultura che non in altre. Probabilmente tutto sta in una mancata informazione pratica, concreta. Po' anzi ci si chiedeva: come si fa a dare l'assenso ad essere donatore? È questo un motivo di riflessione sul quale il comitato ristretto dovrà porre la propria attenzione.

Il secondo punto riguarda una certa macchinosità della legge n. 644; ma è anche vero che le nuove proposte di legge hanno cercato di superarla. Altre soluzioni si possono proporre e la Sottocommissione cercherà di mettere a punto tutto ciò che si può recuperare nell'ambito dell'amministrazione burocratica di queste procedure per cercare di facilitare il problema dei trapianti.

Il terzo punto sul quale molti hanno insistito è la cattiva organizzazione sanitaria attuale sia per quanto riguarda la rete di collegamenti territoriali, sia per quanto riguarda l'istituto che dovrebbe fornire gli organi da trapiantare. È stato anche messo in evidenza come le stesse strutture ospedaliere che effettuano trapianti non siano sufficientemente rodiate nei loro meccanismi.

I punti sostanziali emersi dal dibattito sono i seguenti. Innanzitutto l'assoluto rispetto di ogni pur residua probabilità di vita; questo l'hanno detto tutti in modo chiaro. Se c'è un solo dubbio, sia pure parziale e ipotetico, che un soggetto con morte cerebrale possa avere una residua probabilità di rianimazione, questa deve essere effettuata. Quindi in merito alla proposta contenuta nel primo disegno di legge governativo di ridurre a sei ore il periodo di attesa, sebbene questa previsione sia già contenuta nella legislazione francese, si è unanimemente ritenuto di riportare il periodo a dodici ore per consentire il rispetto di una sia pur lontanissima probabilità di resuscitazione nel senso tecnico della parola; così come si è trovato accordo unanime per quanto riguarda l'accertamento della morte cerebrale.

L'aspetto sul quale sussistono divergenze e su cui si è discusso a lungo anche questa mattina concerne l'individuazione di un punto d'incontro fra la necessità del bene sociale e certi valori, compresa la volontà individuale, che sono insiti nel consenso. Al fondo c'è la domanda: di chi è il cadavere, chi ha la proprietà del cadavere? Mi pare che siano domande — e giustamente lo ha rilevato il senatore Melandri — alquanto retoriche, risolte dalla nostra Costituzione e dalla giurisprudenza sia italiana che straniera. Già ho chiaramente detto nella mia

relazione che la morte segna la fine della persona umana; il corpo umano cessa di essere il supporto della persona e diventa una *res*, sia pur degna di un particolare rispetto; e questo è stato rilevato da tutti. Il punto sostanziale è quello di stabilire quali sono gli interessi e non i diritti in questione. Ci può essere l'interesse individuale o anche il diritto individuale di colui che era in vita a non far toccare il proprio cadavere, magari per un motivo ultraesistenziale di se stesso, a negare il proprio consenso alla menomazione se per tale si intende l'asportazione di un organo. La questione è diversa per altri interessi che possono ruotare intorno a questa *res* che si è determinata, sia pur degna di particolare rispetto, ma che non è persona umana. Vi è poi l'interesse dei familiari al rispetto del cadavere, e su questo è bene intendersi. È chiaro che in tutte le procedure di espianto di un organo da cadavere non si compie nessun atto di mancanza di rispetto e non si viola qualcosa che è previsto dalla legge penale per tutelare questa *res* che è il cadavere. Si tratta di aver considerazione — come diceva la collega Jervolino Russo nella scorsa seduta — del rispetto del valore affettivo verso il cadavere da parte dei familiari. Ma il problema deve essere affrontato nell'ambito di una nuova educazione civica di pertinenza del dipartimento sanitario. L'interesse pubblico igienico-sanitario già si è espresso nei confronti del cadavere: esso non può essere conservato all'infinito, non deve essere tenuto in casa e via dicendo. Vi è poi l'interesse scientifico, che è tutelato attraverso la cosiddetta autopsia clinica a scopo di ricerca; l'interesse didattico, perseguito attraverso la dissezione dei cadaveri. Vi è poi l'interesse legale, tutelato attraverso l'autopsia fatta dal perito settore. Vi è, finalmente, l'interesse terapeutico il quale, nell'ambito degli interessi che ruotano attorno al cadavere, è certamente quello superiore. Non credo si possa non tener conto anche della dimensione sociale della questione. La sensibilità individuale forse non è oggi ancora sufficientemente preparata e occorreranno tempi lunghi.

Occorre altresì tener conto della legislazione internazionale, e soprattutto europea, in materia. Dobbiamo allinearci ad essa. Credo tutti sappiano che nel 1978 furono emanate norme per l'armonizzazione della legislazione degli Stati membri della Comunità in ordine ai prelievi, trapianti e impianti di sostanze di origine umana; nel maggio 1978 (risoluzione 78/29) si è stabilito che nessun prelievo possa essere effettuato quando vi sia opposizione manifesta o presunta del defunto, tenuto conto delle sue convinzioni religiose o filosofiche. In mancanza di una volontà del defunto manifestata esplicitamente, il prelievo può essere effettuato; tuttavia uno Stato potrà decidere che il prelievo non debba aver luogo se, a seguito di un'inchiesta appropriata, tenuto conto delle circostanze che determinano la opinione della famiglia del defunto e nel caso di una incapacità giuridica sopravveniente dei suoi rappresentanti legali, si sia manifestata un'opposizione. Sempre in base alla citata risoluzione, essendo già avvenuta la morte, il prelievo può essere effettuato se le funzioni di certi organi, oltre che del cervello, siano mantenute in modo artificiale. Il prelievo può essere effettuato se non vi è il rischio di interferire con un esame medico-legale o un'autopsia che sia prescritta dalla legge. Uno Stato può, quando esiste tale prescrizione, decidere che il prelievo sia subordinato all'accordo con un'autorità competente. Tutti questi elementi sono stati compresi nel disegno di legge governativo che stiamo esaminando. I prelievi a scopo terapeutico, diagnostico e di ricerca dovranno essere effettuati nei luoghi e nelle condizioni appropriate. I trapianti e gli impianti dovranno essere effettuati in luoghi di cura pubblici o privati che posseggano le attrezzature e il personale appropriati. La morte deve essere constatata da un medico che non appartenga alla *équipe* che procederà al prelievo o al trapianto. Questo medico potrà tuttavia effettuare il prelievo quando si tratti di operazioni minori e allorchè un medico qualificato non sia disponibile. L'identità del donatore non deve essere rivelata al ricevente, e nemme-

no quella del ricevitore alla famiglia del donatore, e la cessione di sostanze non può essere fatta oggetto di scopo lucrativo.

A seguito di questa direttiva vi sono stati ulteriori interventi sia in sede comunitaria, sia nella legislazione di vari Stati. Sarà opportuno prenderne visione. Vi è stata poi la successiva risoluzione 24/79 adottata a proposito delle « banche di organi », pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale delle Comunità* del 21 maggio 1979. Essa richiama l'attenzione sul fatto che un efficace funzionamento delle banche di organi dipende in larga misura dalla capacità e dalle infrastrutture delle stesse, dalla loro accessibilità in termini di tempo e di spazio nonché, ovviamente, da un tempestivo accertamento della disponibilità dei cittadini a donare eventualmente i loro organi. Nella Comunità l'eventuale donazione di organi è disciplinata, sta per esserlo o non lo è ancora, secondo i diversi regimi. La risoluzione osserva che solo una regolamentazione imperniata sulla mancata formulazione esplicita di obiezioni può consentire di venire adeguatamente incontro al fabbisogno di organi. Si pronuncia decisamente a favore della regolamentazione imperniata sulla mancata formulazione esplicita di obiezioni a condizione che, come avviene in un determinato Stato membro in cui siffatte regolamentazioni sono in vigore, sia garantito al massimo e in ogni momento il rispetto della volontà personale manifestata; tuttavia è consapevole del fatto che gli ostacoli basati su obiezioni morali sollevate dalla proposta di una regolamentazione imperniata sulla mancata formulazione esplicita di obiezioni, soprattutto negli Stati membri in cui la problematica dei trapianti è affrontata per la prima volta in sede legislativa, potranno essere superati solo gradualmente e quindi a scadenza non immediata. Ritiene pertanto che l'introduzione di regimi legali di trapianti, sia pure su base opzionale, debba essere assistita da campagne di informazione accuratamente preparate e coordinate a livello comunitario. Raccomanda a tal proposito la introduzione generalizzata di un tesserino sanitario; rac-

comanda agli Stati membri di porre i centri universitari e gli ospedali delle grandi città in condizione di assumere le loro responsabilità. Chiede che, oltre ad elaborare una raccomandazione, la Commissione si occupi contemporaneamente di presentare una proposta di direttiva opzionale in materia di legislazione sui trapianti e relative modalità di esecuzione. Questo è il punto a cui è arrivata la normativa europea.

Per chiudere la parte riassuntiva della discussione generale, che mi pare sia stata sufficientemente ampia, matura e in grado di farci arrivare alla tappa successiva, di cui io per primo e voi tutti abbiamo manifestato l'urgenza, potremmo passare subito alla formazione del comitato ristretto che elaborerà i singoli punti che sono stati sollevati come i più problematici, con particolare attenzione al problema del consenso sul quale, certamente, già si vede una possibilità di soluzione attraverso norme che siano incentivanti in tempo utile per una educazione civica e sanitaria del cittadino. Non ritengo che ciò abbia un effetto immediato, trattandosi di un'operazione a lungo raggio. Se si vuole ottenere in tempi reali e rapidi un aumento del numero dei trapianti per andare incontro alle esigenze di oggi e non solo di domani, bisognerà trovare il modo di incentivare maggiormente la possibilità del prelievo di organi con un punto di equilibrio che, non so se in tempi brevi, potrà essere raggiunto rispetto anche a tutta la vasta gamma di sentimenti popolari che si manifesta intorno ai trapianti. Il punto è dove trovare un equilibrio, fermo restando che non siamo certamente nell'ambito delle norme penali quando togliamo organi al cadavere. Infatti, il medesimo viene immediatamente restituito agli affetti familiari subito dopo il prelievo. Quindi, si tratta di far capire che il valore fondamentale dei sentimenti ed il legame genetico con la famiglia viene rispettato, salvo la fase intermedia nella quale si inserisce l'altro problema dal valore sociale ed essenzialmente dell'interesse sociale prevalente in una fase che non vorrei definire di esistenza del cadavere, perchè sarebbe un contro-

senso nei termini, ma che precede la sepoltura dello stesso, in cui si può immaginare un interesse pubblico che può prevalere sull'affetto privato. Altrimenti, non vi è alcuna possibilità concreta, fermo restando che la struttura va modificata e adeguata...

R O S S A N D A . Sulla diversità delle condizioni che presiedono l'espianto nel caso di morte naturale e di morte cerebrale non vi siete pronunciati, ed è un punto importante.

B O M P I A N I , *relatore alla Commissione*. Il discorso esula dalla discussione generale. In comitato ristretto si esaminerà la questione e si troverà un accordo.

Chiudo il mio intervento ribadendo che, a mio avviso, è opportuno formare rapidamente il comitato ristretto.

P R E S I D E N T E . Rilevo che la Commissione conviene sulla opportunità di

costituire una Sottocommissione. La Sottocommissione, presieduta dallo stesso relatore, sarà costituita da due esponenti della Democrazia cristiana, da due esponenti del Gruppo comunista e da un esponente delle altre forze politiche presenti nella Commissione. I nomi dei Commissari saranno forniti alla segreteria della Presidenza.

Ritengo che la Sottocommissione potrà concludere i suoi lavori in tempi brevi, in modo da sottoporre con tempestività il provvedimento alla Commissione in sede plenaria.

Poichè non si fanno osservazioni, il seguito della discussione dei disegni di legge è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 11,25.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Direttore: Dott. CARLO GIANNUZZI