

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

44^o RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 10 NOVEMBRE 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 approvazione degli articoli in un testo unificato) (1)

PRESIDENTE.....	Pag. 463, 466, 467 e <i>passim</i>
ARGIROFFI (PCI)	464
BOMPIANI (DC), relatore alla Commissione	464, 465, 466 e <i>passim</i>
CIACCI (PCI)	481, 489
DEL NERO (DC)	480, 487, 488 e <i>passim</i>
FORNI (DC)	473, 474, 475 e <i>passim</i>
GROSSI (PCI)	466, 470, 487 e <i>passim</i>
JERVOLINO RUSSO (DC)	465, 468, 470 e <i>passim</i>
MELANDRI (DC)	467, 470, 480 e <i>passim</i>
MERZARIO (DC)	476, 477, 481 e <i>passim</i>
ORSINI, sottosegretario di Stato per la sanità ..	465, 466, 468 e <i>passim</i>
PINTO (PRI)	466, 467, 474 e <i>passim</i>
ROSSANDA (PCI)	465, 467, 470 e <i>passim</i>

I lavori hanno inizio alle ore 10,10.

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 approvazione degli articoli in un testo unificato) (1)

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

(1) Il disegno di legge, nel testo unificato, assume il seguente titolo: «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».

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 l'esame degli articoli, sospeso il 27 ottobre scorso, iniziando da quelli che erano stati accantonati.

Ricordo che al termine della seduta del 20 ottobre la Commissione aveva incaricato il relatore di riformulare l'articolo 2, tenendo conto delle osservazioni emerse nel dibattito.

Do pertanto lettura dell'articolo 2 nella nuova formulazione proposta dal relatore:

Art. 2.

È consentito il prelievo da cadaveri sottoposti a riscontro diagnostico a norma dell'articolo 1 della legge 15 febbraio 1961, n. 83, o ad operazioni autoptiche ordinate dall'autorità giudiziaria, relativamente ad organi per i quali è stato acquisito il consenso della anzidetta autorità.

Il prelievo è altresì consentito in tutti i casi diversi da quelli menzionati nel precedente comma quando al medico che deve eseguire l'espianto non risulti, nelle circostanze e nei tempi previsti per l'accertamento della morte dalla presente legge, che il soggetto abbia esplicitamente negato il proprio assenso mediante dichiarazione scritta; ovvero allorchè il congiunto presente, individuato nel coniuge non legalmente separato o, in mancanza di questo, in uno dei figli di età non inferiore a 14 anni o, in mancanza di quest'ultimo, in uno dei genitori, non attesti per iscritto che il soggetto ha in vita esplicitamente negato il proprio assenso.

La volontà incontestabile di destinare il proprio corpo a prelievo d'organi o tessuti a fine di trapianto terapeutico successivamente alla morte può essere espressa anche mediante associazione ad istituzioni per la donazione di organi, riconosciute dal Ministero della sanità.

Le operazioni di prelievo di organi o tessuti da soggetti di età inferiore a 14 anni o interdetti sono consentite, previo assenso dei rispettivi rappresentanti legali.

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. In sede di Sottocommissione è stato in particolare precisato che nell'ambito delle operazioni autoptiche ordinate dall'autorità giudiziaria il prelievo è consentito per gli organi per i quali è stato acquisito il consenso dell'autorità stessa, e quindi per i quali non sussiste la possibilità di un eventuale occultamento di prove.

Al secondo comma si è ritenuto opportuno precisare che l'età del figlio minore non sia inferiore a quattordici anni: si è pensato che tale età possa essere sufficiente in questa materia.

Al terzo comma si è specificato che la volontà incontestabile di destinare il proprio corpo a prelievo di organi a fine di trapianto può essere espressa anche mediante associazione ad istituzioni riconosciute dal Ministero della sanità.

Per quanto riguarda l'ultimo comma, mi domando ancora, come già ho fatto in precedenza, se sia più corretto parlare di «interdetti» o di «legalmente incapaci» a proposito di coloro per i quali è necessario l'assenso dei rappresentanti legali. Si tratta di un problema giuridico che non sono in grado di risolvere.

ARGIROFFI. Se si dovesse decidere, e mi pare ragionevole, che a quattordici anni il soggetto possa autonomamente dare il consenso per le operazioni di prelievo, si tratterebbe sempre di una persona che sul piano giuridico non è legalmente capace; dai quattordici ai diciotto anni sono presenti componenti di incapacità legale giuridicamente avvertite. Se ammettiamo che sia capace in questa direzione, in analogia con ciò che viene deciso in altre legislazioni, inseriamo giuridicamente un principio di differenziazione dalla capacità legale delle azioni che potrebbero essere consentite al soggetto. Quindi, mi pare che si dovrebbe considerare semplicemente l'interdizione causata da uno stato di compromissione biologica e psicologica; qualora si inserisse la formulazione «legalmente incapaci», si dovrebbe automaticamente rendere nulla la decisione di consentire che al di sopra dei quattordici anni il soggetto disponga di sè.

12^a COMMISSIONE

44° RESOCONTO STEN. (10 novembre 1982)

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. A mio avviso, i problemi sono due: se, in luogo di quattordici anni, è opportuno stabilire l'età di sedici anni, e se la dizione «interdetti» è più qualificante al fine di determinare la fascia dei soggetti per cui è necessario l'assenso dei rappresentanti legali.

ROSSANDA. Mi pare che sia risultato in precedenti dibattiti che l'età di quattordici anni era già presa in considerazione per alcune situazioni nel diritto di famiglia. Pertanto, non mi pare che vi sia contraddizione con altre norme. Non sono comunque un'esperta della materia.

JERVOLINO RUSSO. Ci siamo praticamente regolati in questo modo in analogia con quanto è stato deciso per l'adozione. Abbiamo previsto che a partire dai quattordici anni — a tale riguardo ha espresso parere favorevole anche la Commissione affari costituzionali — non è possibile procedere ad una adozione, sia ordinaria che speciale, senza il consenso esplicito del minore. Pertanto, sostanzialmente si dà rilievo giuridico alla volontà del ragazzo che ha compiuto i quattordici anni. Ci sembrava che consentire ad un quattordicennè di disporre dei propri organi avesse non solo il senso di mettere a disposizione della comunità un certo numero di organi, ma anche quello di abilitare i minorenni in un momento di generosità a fare una scelta.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. A parte la questione dell'adozione, l'unico precedente di cui sono a conoscenza di capacità di agire in materia civile a quattordici anni è quello relativo alla possibilità di contrarre matrimonio in determinate condizioni.

JERVOLINO RUSSO. Con il nuovo diritto di famiglia l'età è stata elevata a diciotto anni e a sedici in certi casi.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Quindi è un principio totalmente innovativo. Apprezzo molto le ragioni espo-

ste, ma vorrei far presente alla Commissione che anche per l'aborto abbiamo parlato di sedici anni, e l'aborto è una tipica decisione di disponibilità del proprio corpo; non vorrei che, apportando modifiche in questa sede, la decisione fosse poi rimessa in discussione in altre sedi. Inoltre, non si tratta soltanto di disporre del proprio corpo con adesioni ad associazioni o dichiarazioni in vita, si tratta anche di decidere del corpo altrui; e mi sembra difficile che un adolescente, in una situazione traumatica come quella legata alla morte di un genitore, abbia la conoscenza dettagliata di una materia così delicata e la consapevolezza della volontà del genitore. Mi pare, altresì, che possa essere traumatico per l'adolescente porlo nella necessità di conoscere tale volontà e di manifestarla con sufficiente autorevolezza e correttamente all'espriantatore potenziale. Si tratta di problemi che, sia sul versante emotivo che su quello razionale, sono forse un po' superiori alle possibilità medie di un ragazzo di quattordici anni, al quale non vorrei attribuire una responsabilità di questo tipo.

Pertanto chiederei che, almeno per quanto attiene al termine contenuto nel secondo comma, il limite di età fosse portato a sedici anni. Questo è il mio pensiero; mi rimetto comunque alla Commissione.

JERVOLINO RUSSO. Il ragazzo di quattordici anni che è già penalmente responsabile in quanto semi-imputabile, ha la capacità di riferire la volontà di un'altra persona. Però, se si sposta l'età in uno dei commi, mi sembra opportuno farlo, per armonia, anche nell'altro.

ROSSANDA. Convinta come sono che ormai a quattordici anni si ha una maturità non dissimile da quella che si può raggiungere a sedici, non mi sembra vi siano fattori tanto rilevanti da meritare una opposizione.

Faccio rilevare che non abbiamo presentato l'emendamento riguardante la comunicazione formale ai congiunti non già perchè intendiamo rinunciare ad esso ma perchè, discutendone con i colleghi, è risultato più opportuno trasferire questa materia in altra

12^a COMMISSIONE44^o RESOCONTO STEN. (10 novembre 1982)

sede. Proporremo quindi un nuovo articolo da votare subito dopo questo.

Nel complesso, ritengo che la nuova formulazione dell'articolo 2 risponda a delle esigenze di chiarezza sulle quali concordiamo.

GROSSI. Sono dell'opinione di mantenere il termine di quattordici anni, per privilegiare la generosità e soprattutto per privilegiare il fine, quello cioè di avere un maggior numero di organi disponibili. Ritengo si debba usare come criterio generale quello di dare questa possibilità nella maggioranza dei casi.

È chiaro che vi sono delle motivazioni valide nell'una e nell'altra proposta. Non si tratta di un problema specificamente ideologico. Tuttavia mi pare che dovremmo sforzarci, proprio per la delicatezza della materia, e perchè se ne discute ormai da tanti anni, di dare a questa decisione una veste giuridica che renda adeguato il provvedimento nella maggior misura possibile, evitando conflitti che potrebbero esplodere là dove la nostra decisione dovesse contrastare con quella che è l'applicazione pratica della legge vigente. Ripeto, l'una e l'altra di queste date anagrafiche possono avere una loro legittimità. Noi dovremmo preoccuparci di non provocare conflitti che certamente esploderebbero là dove la nostra decisione potesse favorire questo confronto.

PINTO. Vorrei proporre di eliminare, al secondo comma, la norma relativa alla dichiarazione scritta. Sarebbe preferibile, a mio avviso, che i congiunti dicessero a voce se il soggetto ha negato o meno l'assenso al trapianto, senza metterlo per iscritto, in particolare per non penalizzare le classi meno colte, meno attente, che hanno paura di mettere le cose per iscritto. Mi pare sufficiente che si dica a voce se c'è stato o non c'è stato l'assenso.

PRESIDENTE. A questo punto mi sembra opportuno conoscere il parere del relatore circa le proposte che sono state avanzate.

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. Bene ha fatto la Commissione a riprendere in discussione il problema dell'età, anche se la Sottocommissione aveva creduto di interpretare nel modo che risulta dal testo proposto gli argomenti a favore dell'una o dell'altra tesi. Tenuto conto delle osservazioni dell'onorevole Orsini e di quelle avanzate da altri colleghi, io ritengo sia preferibile (a parte ogni opinione personale) accogliere l'età di sedici anni come la più omogenea al complesso della normativa vigente, anche in altri settori di ancor più delicata rilevanza. Propongo quindi un emendamento tendente a sostituire, nel secondo e nell'ultimo comma, le parole: «14 anni» con le parole: «16 anni».

Circa la questione sollevata dal collega Pinto, io credo che sia molto opportuno, invece, che venga formalizzato il carattere esplicito di negazione del proprio assenso, e non credo che ciò si possa fare meglio che con la dichiarazione scritta. Quindi ritengo che vada mantenuta questa norma, tenuto conto che vi è comunque un ampio margine di attenuazione della rigidità di questo principio che deriva proprio dalla seconda parte del secondo comma.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Su questo punto il Governo si rimette alla Commissione.

PINTO. Propongo un emendamento tendente a sopprimere, nel secondo comma, le parole: «per iscritto».

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. Vorrei ribadire quanto più volte affermato nel corso della discussione e anche nel corso dell'esame preliminare del testo unificato svoltosi nella seduta precedente. Ritengo giuridicamente non necessaria la seconda parte del secondo comma, che si riferisce all'intervento del congiunto, e ribadisco il mio timore che sul piano operativo questa norma possa ostacolare in qualche modo l'allargamento della pratica dei trapianti.

Noi abbiamo fatto il massimo che si poteva fare sul piano della «ricucitura» delle

12^a COMMISSIONE

44° RESOCONTO STEN. (10 novembre 1982)

varie proposte al solo fine di far avanzare questa legge e di consentire che per lo meno vi sia un cambiamento nell'ottica del problema globale, portandolo più vicino alla normativa europea ed alle esigenze di chi attende il trapianto, anche se ho delle riserve sull'operatività finale che avrà l'articolo 2 e tutta la nuova legge sui trapianti, tenuto conto che la regolamentazione che stiamo approvando è relativamente rigida.

MELANDRI. Condivido l'osservazione testè fatta dal relatore.

ROSSANDA. Esprimo la soddisfazione del nostro Gruppo perchè sono state accolte le motivazioni culturali a cui noi diamo un valore assai rilevante. Esprimiamo la convinzione che gli effetti, per così dire, nefasti che il senatore Bompiani e il senatore Melandri temono da questa particolare norma non si verificheranno. Ritengo che ogni preoccupazione sarà superata con la votazione dell'emendamento che ho preannunciato.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, passiamo alla votazione.

Metto ai voti l'emendamento presentato dal relatore tendente a sostituire, nel secondo e nel quarto comma, le parole: «14 anni» con le altre: «16 anni».

È approvato.

Metto ai voti l'emendamento presentato dal senatore Pinto tendente a sopprimere, nel secondo comma, le parole: «per iscritto».

Non è approvato.

Metto ai voti l'articolo 2 nel testo emendato.

È approvato.

I senatori Merzario e Rossanda hanno presentato un emendamento tendente ad inserire nel testo il seguente articolo aggiuntivo:

Art. 2-bis.

Dai verbali di prelievo deve risultare la formale comunicazione ai congiunti delle

norme contenute nell'articolo 2 da parte del sanitario responsabile delle operazioni di trapianto.

ROSSANDA. Si tratta dell'emendamento da me preannunciato e già motivato nel suo contenuto.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Osservo, senza porre in questa fase della discussione questioni di merito, che l'emendamento presuppone la presenza di congiunti, essendo evidente l'impossibilità di comunicare, formalmente o meno, alcunchè ai congiunti se questi non ci sono. Ciò pone dei problemi di coordinamento con quanto votato all'articolo 2. È anche condivisibile la preoccupazione che alcuni meccanismi formali favoriscano, in ipotesi, contestazioni future circa la validità dell'avvenuta comunicazione.

ROSSANDA. Ho l'impressione che il sottosegretario Orsini abbia con questo suo intervento ribadito il consenso formale del Governo al principio posto nell'emendamento. La preoccupazione che il rappresentante del Governo ha espresso può essere superata aggiungendo, dopo la parola «congiunti», le parole: «in quanto raggiungibili», riaffermando il principio che la loro raggiungibilità è condizione perchè la norma si applichi. Noi saremmo favorevoli a questa modifica, perchè non vogliamo certo porre ostacoli formali all'attività di trapianto, ma ci preoccupiamo di non sottoporre i familiari presenti a un trauma grave, derivante dal conflitto tra la loro cultura e la volontà del medico. Quando la famiglia è assente non esiste conflitto nè trauma.

PINTO. Sono favorevole all'emendamento nella formulazione iniziale, perchè garantisce la volontà del defunto. Altrimenti, se un individuo ha la disgrazia di morire lontano dai familiari, se il familiare non c'è, non si può fare l'espianto.

PRESIDENTE. Nel secondo comma si parla di congiunti presenti. Se è a questi che la comunicazione deve essere rivolta, basterebbe aggiungere alla parola «congiun-

12^a COMMISSIONE44^o RESOCONTO STEN. (10 novembre 1982)

ti» le altre: «di cui al secondo comma dell'articolo 2».

JERVOLINO RUSSO. Proporrei la seguente formulazione: «Dai verbali di prelievo deve risultare la formale comunicazione, da parte del sanitario responsabile delle operazioni di prelievo, del dettato dell'articolo 2 della presente legge ai congiunti che si trovino nelle condizioni di cui al secondo comma dello stesso articolo».

BOMPIANI, relatore alla Commissione. Sono favorevole a questa formulazione.

ORSINI, sottosegretario di Stato per la sanità. Il Governo si rimette alla Commissione.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'articolo 2-bis proposto dai senatori Merzario e Rosanda nella formulazione testè suggerita dalla senatrice Jervolino Russo.

È approvato.

Faccio rilevare alla Commissione che la norma testè approvata, attenendo ai verbali relativi alle operazioni di prelievo, troverebbe migliore collocazione nell'ambito dell'articolo 6, da noi in precedenza approvato, che tratta appunto tale materia.

Propongo pertanto una modifica di coordinamento tendente ad inserire la norma dell'articolo 2-bis nel primo comma dell'articolo 6, che risulta del seguente tenore:

«Dell'accertamento della morte e delle operazioni di prelievo vengono redatti e sottoscritti appositi analitici verbali da cui deve anche risultare la formale comunicazione, da parte del sanitario responsabile delle operazioni di prelievo, del dettato dell'articolo 2 della presente legge ai congiunti che si trovino nelle condizioni di cui al secondo comma dello stesso articolo».

Poichè nessuno domanda di parlare, metto ai voti il testo coordinato del primo comma dell'articolo 6.

È approvato.

Metto nuovamente ai voti l'articolo 6 nel suo complesso nel testo coordinato.

È approvato.

Passiamo ora all'esame dell'articolo 9, precedentemente accantonato. Ne do nuovamente lettura:

Art. 9.

Le cornee prelevate ai sensi del precedente articolo sono opportunamente conservate secondo le disposizioni da emanarsi entro sei mesi con decreto del Ministro della sanità ed immediatamente messe a disposizione degli istituti, ospedali e case di cura che effettuano innesti corneali.

A questo articolo il relatore Bompiani ha presentato un emendamento tendente a sostituire le parole: «sei mesi» con le altre: «tre mesi».

ORSINI, sottosegretario di Stato per la sanità. Il Governo si dichiara favorevole all'emendamento.

PRESIDENTE. Poichè nessuno domanda di parlare, metto ai voti l'emendamento sostitutivo presentato dal relatore Bompiani.

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 9 nel testo emendato.

È approvato.

Do nuovamente lettura dell'articolo 11 nella nuova formulazione predisposta dalla Sottocommissione, che prevede l'inserimento di un comma aggiuntivo prima dell'ultimo comma:

Art. 11.

Nei soggetti affetti da lesioni cerebrali e sottoposti a rianimazione, si intende verifica-

to lo stato di morte quando, in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale o di ipotermia indotta artificialmente, nonché di preesistenti malattie endocrine o metaboliche che possano causare coma o contribuire alla sua instaurazione, sia riscontrata la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:

1) stato di coma profondo accompagnato da assenza completa dei riflessi del tronco cerebrale e precisamente:

a) rigidità pupillare anche alla luce incidente;

b) assenza dei riflessi corneali ed oculo-vestibolari;

c) assenza di risposta motoria nei territori innervati dai nervi cranici;

d) assenza di deglutizione riflessa; assenza di tosse suscitata dalle manovre di aspirazione tracheobronchiale;

2) assenza di respirazione spontanea nonostante una situazione sicuramente accertata di normocapnia;

3) assenza di potenziali elettrici cerebrali superiori a 8 micro V.

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

Le condizioni di cui al numero 1) del primo comma devono essere controllate e rilevate ad intervalli di tempo non superiore ad un'ora.

Le condizioni di cui al numero 2) del primo comma devono essere controllate almeno una seconda volta nel corso delle dodici ore di osservazione, avendo cura di garantire ogni volta sicure condizioni di ossigenazione (sia attraverso ventilazione strumentale, che per diffusione) o di normocapnia (definita da una pressione parziale dell'anidride carbonica nel sangue arterioso non inferiore a 40

millimetri di mercurio misurati a 37 gradi centigradi).

L'accertamento dell'assenza di attività elettrica cerebrale dovrà essere effettuato per periodi di trenta minuti primi, ripetuti dopo sei ore e dopo undici ore e trenta minuti primi di osservazione, attraverso un minimo di otto elettrodi piazzati simmetricamente sulla teca cranica alla distanza di almeno dieci centimetri l'uno dall'altro, o comunque a distanza tale da assicurare l'esplorazione elettroencefalografica dell'intera corteccia.

Qualora durante il periodo di osservazione si verifichi la cessazione spontanea dell'attività cardiaca, l'accertamento della morte viene effettuato con le modalità indicate nel precedente articolo 3.

Quando ricorrano le condizioni di cui al numero 1), del primo comma del presente articolo, è fatto obbligo al medico responsabile di turno del reparto di degenza di avvertire senza indugio la direzione sanitaria della presenza di un probabile donatore di organo, e di mettere in opera tutte le misure terapeutiche necessarie a salvaguardare l'integrità funzionale degli organi ai fini della donazione.

Il periodo di accertamento di cui al secondo comma può essere ridotto a otto ore qualora si possa documentare mediante metodi analitici appropriati l'assenza di sostanze ipnotiche e depressive del sistema nervoso. In tal caso le condizioni di assenza di respirazione spontanea nonostante una situazione sicuramente accertata di normocapnia, di cui al punto 2) del primo comma, ed il terzo accertamento dell'assenza di attività elettrica cerebrale, ai sensi del punto 3) del primo comma, dovranno essere comunque controllate immediatamente prima del compimento della ottava ora.

Le condizioni e le modalità di accertamento come innanzi stabilito possono essere modificate sulla base di nuove acquisizioni scientifiche, mediante decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità.

12^a COMMISSIONE

44° RESOCONTO STEN. (10 novembre 1982)

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. La Sottocommissione è giunta alla conclusione che il periodo di attesa di dodici ore, normalmente previsto dalla legge, possa essere ridotto ad otto ore qualora si possa documentare, mediante esami analitici appropriati, l'assenza nell'apparato circolatorio del soggetto in stato di morte cerebrale di sostanze ipnotiche e depressive del sistema nervoso centrale. In questo modo si potrebbe recuperare una migliore «qualità» del tessuto da trapiantare, valutabile nel 10-15 per cento di efficienza, anche per i reni. La riduzione a otto ore sembra sufficiente anche per i trapianti di altri organi molto più delicati (come il polmone); comunque, tenuto conto che il rene è l'organo più largamente impiegato nel trapianto a scopo terapeutico anche definitivo, credo che sia opportuno venire incontro alle necessità del settore del trapianto renale. Le garanzie sono molto solide, perchè si può, attraverso mezzi e strumenti adeguati, avere la sicurezza che non vi siano in circolo sostanze ipnotiche o depressive. Queste condizioni vanno accertate immediatamente prima delle otto ore. In questo modo è garantito che vi sia una condizione irreversibile dovuta a morte cerebrale del soggetto. La norma che si propone darebbe la possibilità di avvicinarsi ai parametri di altri paesi, che ormai a maggioranza si sono orientati sulle sei ore di attesa.

GROSSI. Sono d'accordo con la proposta illustrata dal relatore Bompiani, pur riaffermando che la mia personale inclinazione sarebbe per le sei ore. Ritengo comunque che la soluzione delle otto ore ci avvicini a quella ideale e tenga conto delle difficoltà derivanti dalla previsione relativa alle dodici ore.

ROSSANDA. Riconfermo che l'introduzione di una adeguata documentazione circa l'assenza di sostanze ipnotiche e depressive del sistema nervoso fa cadere di fatto la preoccupazione che era alla base della esigenza di mantenere il termine di dodici ore. Inoltre, poichè il termine di sei ore potrebbe ampliare le possibilità di trapianto, propongo un emendamento tendente

a sostituire, nell'ottavo comma, la parola «otto» con l'altra: «sei» e la parola «ottava» con la parola: «sesta».

MELANDRI. Mi dichiaro favorevole alla proposta della senatrice Rossanda.

JERVOLINO RUSSO. Condivido il parere dei senatori Grossi, Rossanda e Melandri, cioè sono favorevole all'abbassamento del periodo d'accertamento a sei ore.

ROSSANDA. Vorrei prospettare anche l'opportunità di una modifica formale al penultimo comma, nel senso che si potrebbe parlare semplicemente delle «condizioni di cui ai punti 2) e 3) del primo comma», senza ulteriormente specificare. Ritengo che il testo sarebbe più corretto.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Vorrei sapere che cosa si intende per normocapnia in assenza di respirazione spontanea.

ROSSANDA. È spiegato nel quarto comma dell'articolo: la condizione di normocapnia è definita da una pressione parziale dell'anidride carbonica nel sangue arterioso non inferiore a 40 millimetri di mercurio misurati a 37 gradi centigradi.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Ho qualche preoccupazione sul grado delle capacità non soltanto teoriche ma anche pratiche esistenti, nell'attuale situazione, nel nostro paese, estendendosi notevolmente la possibilità di espianti. Sono perplesso circa il fatto che si sia effettivamente in grado di determinare con certezza, entro il termine molto breve di sei ore, l'assenza di sostanze ipnotiche e depressive del sistema nervoso. Qualora avessi la certezza che la disposizione fosse nel concreto applicabile con sufficiente serietà nella generalità delle situazioni, il mio consenso sarebbe senza riserva. La riduzione a sei ore del periodo di accertamento dello stato di morte cerebrale sarebbe tra le più basse, se non la più bassa, d'Europa, perchè la media è quella di otto ore. Si tratta di accertare con sicurezza l'as-

12^a COMMISSIONE44^o RESOCONTO STEN. (10 novembre 1982)

senza di sostanze ipnotiche e depressive, come si è detto, e questo è tutt'altro che facile e presuppone tecniche non del tutto acquisite e applicabili nella pratica alle diverse situazioni di espiananti possibili. Preferirei dunque, ripeto, la determinazione del termine di otto ore. Però, dal momento che la mia perplessità riguarda soltanto la sicurezza, che non può che essere soggettiva, che questi accertamenti siano in concreto applicabili con sufficiente attendibilità, mi rimetto alla Commissione.

ROSSANDA. Vorrei far presente che la norma non è così incompatibile con alcune situazioni reali, perchè a volte capita che il donatore arrivi rapidamente alle condizioni utili per la donazione, ma può anche capitare che arrivi a queste condizioni dopo ventiquattro ore o quarantotto ore di degenza durante le quali è possibile espletare gli esami tossicologici. Pertanto, si può talvolta essere in possesso dell'informazione quando comincia il periodo di osservazione, e in questo caso non vi sarebbe nessun ostacolo a limitarlo a sei ore. Si potrebbe anche svolgere in proposito una ricerca; ma penso di poter affermare che l'inizio delle condizioni di morte cerebrale si ha abbastanza frequentemente dopo un periodo sufficiente per effettuare altri accertamenti.

PRESIDENTE. Vorrei aggiungere, a sostegno della tesi delle sei ore, che all'articolo 13, che è già stato approvato, si prevede una autorizzazione rilasciata dal Ministero della sanità per accertare l'idoneità degli istituti in cui i prelievi vengono fatti, e nell'ambito di questa autorizzazione è prevista una indagine accurata sui metodi di espianato che consente l'acquisizione di un controllo anche per quanto riguarda la capacità o meno di determinazione entro le sei ore dell'assenza di sostanze ipnotiche o depressive. Pertanto ritengo che le perplessità espresse dal sottosegretario Orsini non abbiano ragione d'essere.

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. Il relatore, sulla base anche delle argomentazioni sviluppate dalla senatrice Ros-

sanda e dal Presidente, è d'accordo circa il carattere ristretto dell'applicabilità di questa norma.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, passiamo alla votazione.

Metto ai voti l'emendamento presentato dalla senatrice Rossanda, tendente a sostituire, nell'ottavo comma, la parola: «otto» con l'altra: «sei», e la parola: «ottava» con l'altra: «sesta».

È approvato.

Metto ai voti l'emendamento di carattere formale presentato dalla senatrice Rossanda, sempre all'ottavo comma, tendente a sostituire le parole: «le condizioni di assenza di respirazione spontanea nonostante una situazione sicuramente accertata di normocapnia, di cui al punto 2) del primo comma, ed il terzo accertamento dell'assenza di attività elettrica cerebrale, ai sensi del punto 3) del primo comma» con le seguenti: «le condizioni di cui ai punti 2) e 3) del primo comma».

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 11 nel testo emendato.

È approvato.

Passiamo ora all'esame del titolo III, composto di quattro articoli, che era stato interamente accantonato. Ne do lettura:

TITOLO III

ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE DI SETTORE

Art. 16.

Le Unità sanitarie locali che gestiscono i presidi ospedalieri, gli istituti universitari, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, le case di cura private convenzio-

12^a COMMISSIONE

44° RESOCONTO STEN. (10 novembre 1982)

nate, di cui agli articoli 5 e 13, devono convenzionarsi per l'istituzione e la gestione di un centro regionale o interregionale di riferimento per l'individuazione dei soggetti idonei a ricevere il trapianto di organi.

Le Regioni promuovono la costituzione dei centri indicati nel comma precedente.

Il centro regionale o interregionale comunica agli enti convenzionati i criteri per stabilire la compatibilità genetica tra soggetto donatore e soggetto ricevente il trapianto.

A questo articolo il relatore Bompiani ha presentato un emendamento tendente a sostituire il terzo comma con il seguente:

«Il centro regionale o interregionale comunica agli enti convenzionati i criteri per stabilire la compatibilità genetica fra soggetto donatore e soggetto ricevente il trapianto, ed il protocollo operativo per l'invio al centro, ove necessario, dei dati e dei materiali biologici richiesti per stabilire la compatibilità genetica fra soggetto donatore e soggetto ricevente il trapianto».

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. La variante che si propone è molto limitata: mentre la prima parte del testo rispecchia quanto è già inserito nel testo del terzo comma, viene aggiunto l'obbligo, da parte del centro regionale, di fornire il protocollo operativo per l'invio al centro, ove necessario, di tutti i dati e materiali biologici, necessari per stabilire la compatibilità genetica fra soggetto donatore e soggetto ricevente il trapianto. Evidentemente saranno esclusi da quest'obbligo di invio al centro regionale, in pratica, tutti quegli enti dove già si opera autonomamente perchè vi sono le strutture e la possibilità di fare rilievi di compatibilità, ma ciò non toglie che il protocollo debba essere unificato. Ove non sia possibile eseguire in sede gli accertamenti di compatibilità, deve esservi un modello unico ed adeguato nelle modalità con le quali trasferire i dati ed i materiali biologici per richiedere al centro la verifica di compatibilità tra soggetto donatore e soggetto ricevente il trapianto.

È una precisazione che ho ritenuto utile, per evitare possibili equivoci che potrebbero

ingenerarsi nella lettura del testo attualmente al vostro esame.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo è favorevole.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'emendamento sostitutivo del terzo comma presentato dal relatore, di cui ho dianzi dato lettura

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 16 nel testo emendato.

È approvato.

Art. 17.

Il centro è gestito da un comitato composto dai rappresentanti degli enti convenzionati scelti fra i sanitari che svolgono la propria attività nel campo del trapianto d'organo, integrato da un coordinatore sanitario e da un funzionario amministrativo ospedaliero designati dalle Regioni interessate.

Il centro regionale o interregionale di riferimento ha le seguenti funzioni:

a) cura la compilazione e l'aggiornamento dell'elenco dei soggetti in attesa di trapianto, corredato dei relativi dati clinici ed immunologici necessari per definire l'esistenza delle condizioni cliniche di idoneità al trapianto e di compatibilità genetica con l'eventuale donatore, e con l'indicazione dell'ente disponibile per l'eventuale trapianto;

b) riceve, dagli enti autorizzati al prelievo, le segnalazioni di organi o parti disponibili per il trapianto, corredate dei dati di istocompatibilità relativi;

c) individua i soggetti più idonei sulla base dei dati immunologici contenuti nel proprio archivio e con quelli in possesso degli altri centri di riferimento esistenti sul territorio nazionale, effettuando, se necessario, le prove crociate di compatibilità tissutale; e quindi sulla base dei dati clinici in possesso compila una lista di priorità che

12^a COMMISSIONE

44° RESOCONTO STEN. (10 novembre 1982)

comunica agli enti interessati al trapianto per una ulteriore verifica della sussistenza delle condizioni cliniche di idoneità al trapianto stesso;

d) sulla base degli accertamenti previsti al precedente punto c), effettua la scelta del soggetto ricevente più idoneo: a parità di condizioni di idoneità, la scelta dovrà cadere sui soggetti in attesa di trapianto, residenti nel territorio regionale o interregionale;

e) comunica tempestivamente la scelta effettuata, congiuntamente alle sue motivazioni, all'ente autorizzato al prelievo, all'ente autorizzato al trapianto, agli altri centri di riferimento regionali o interregionali, al centro nazionale di riferimento;

f) esegue direttamente i *tests* immunologici eventualmente necessari per definire la compatibilità tra soggetto donante e soggetto ricevente;

g) produce e provvede allo scambio dei reagenti biologici necessari alla tipizzazione tissutale, nonchè riceve e conserva quelli eventualmente distribuiti dal centro nazionale di riferimento;

h) conserva campioni biologici relativi a tutti i soggetti in attesa di trapianto, compresi negli elenchi dei vari centri regionali o interregionali, necessari ad effettuare le ricerche sistematiche di anticorpi e le prove crociate di compatibilità tissuale.

Il centro per l'espletamento delle suddette funzioni può avvalersi delle strutture e competenze degli enti convenzionati secondo le modalità ed i programmi periodicamente definiti dal comitato di gestione di cui al primo comma.

La convenzione di cui al precedente articolo dovrà prevedere la funzionalità permanente del centro nell'arco delle 24 ore e per tutti i giorni dell'anno, con la reperibilità costante di almeno due sanitari di cui uno con competenze nel campo dell'immunologia e l'altro in campo clinico.

A questo articolo il relatore Bompiani ha presentato un emendamento tendente ad aggiungere nel primo comma, in fine, le seguenti parole: «esperti nel settore dei trapianti».

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. Premetto che l'articolo 17 non è altro che una parte del regolamento di attuazione della legge vigente, che viene trasferito in questo articolo. Nulla è innovato rispetto alla composizione del comitato del centro, oggi prevista dal regolamento vigente, tant'è vero che si parla di comitato composto da rappresentanti degli enti convenzionati scelti fra i sanitari che svolgono la propria attività nel campo del trapianto d'organo, integrato da un coordinatore sanitario e da un funzionario amministrativo ospedaliero designati dalle Regioni interessate. Con l'emendamento si sottolinea l'esigenza che il funzionario amministrativo debba avere qualche esperienza nel settore dei trapianti (perchè si tratta di una tematica estremamente specifica ed è bene che la persona scelta abbia già una certa esperienza) e quanto meno il coordinatore sanitario dovrebbe essere una persona che abbia diretta esperienza delle problematiche del settore dei trapianti.

FORNI. Che cosa significa esperto? Che ha fatto un corso, che ha un diploma?

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. Che ha esperienza.

PRESIDENTE. Inserito alla fine del primo comma dell'articolo 17, si potrebbe intendere riferito al funzionario amministrativo. Credo che ciò sia un controsenso.

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. Va comunque riferito al coordinatore sanitario.

FORNI. Il direttore sanitario può essere un medico della mutua.

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. Il coordinatore sanitario deve essere una persona competente nel settore dei trapianti. Si potrebbero aggiungere le parole «esperto nel settore dei trapianti» dopo le parole «coordinatore sanitario».

ROSSANDA. A mio avviso, è un'aggiunta che complica le cose senza aggiungere chiarezza; sarei pertanto contraria.

12^a COMMISSIONE

44° RESOCONTO STEN. (10 novembre 1982)

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. Io credo che aumenti la chiarezza.

PINTO. Non sono d'accordo perchè sono certo che coordinatori sanitari esperti in trapianti in Italia non ce ne siano.

FORNI. Il termine «coordinatore», a mio avviso, è equivoco.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Il primo comma dell'articolo 17 delinea la composizione del centro, la cui istituzione è stata già approvata dalla Commissione. Il centro è un organo assolutamente specifico gestito da un comitato composto dai rappresentanti degli enti convenzionati scelti tra i sanitari che svolgono la propria attività nel campo del trapianto d'organo. Quindi, qui la definizione di esperti è già in qualche modo fatta; è esperto chi ha esperienza — come diceva il senatore Bompiani — e svolge la propria attività nel campo. Questo comitato deve essere guidato e coordinato da qualcuno; ed è da ritenersi che colui che guida questo comitato debba avere almeno la stessa competenza medica di coloro che coordina, altrimenti non lo stanno a sentire. Quindi, se all'interno di questi sanitari ne venisse nominato uno, non vi sarebbe problema. Ora, poichè questi sanitari sono espressi dagli enti convenzionati c'è bisogno, io credo, di un coordinamento pubblico del centro, e sarebbe bene che questa figura fosse delineata in modo diversificato. L'espressione «coordinatore» in qualche modo potrebbe dar luogo ad equivoco perchè è riferibile in un certo senso ad altre figure istituzionali; pertanto occorrerebbe, a mio avviso, trovare un'espressione diversa. Se dicessimo «sanitario nominato da una Unità sanitaria locale il quale sia esperto in materia di trapianti», non dovrebbero sorgere dubbi.

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. Ringrazio l'onorevole Orsini per aver sviluppato questa tematica, accennando anche al problema della direzione del centro. Nel testo originario non c'è una figura specifica per

la direzione; al limite potrebbe essere uno dei sanitari degli enti convenzionati esperti nel trapianto indicati dalla legge che diviene, per elezione interna, direttore (o coordinatore, se volete) del centro. Ma aggiungo che in altri Stati (ad esempio in Gran Bretagna) esiste la figura del *transplant coordinator*, il quale si occupa di tutte le mansioni del centro e di tutte le pratiche; è quello che si assume, firmando, la responsabilità di tutti gli atti che vengono compiuti, quindi è una figura importante per la responsabilità che gli compete. Non si poteva parlare di direttore sanitario, come è ancora nel regolamento vigente in base al decreto del Presidente della Repubblica n. 409 del 16 giugno 1977; il termine è stato mutato in «coordinatore» per effetto del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979. Integrando il comitato con un coordinatore sanitario non si impedisce che questo diventi il coordinatore del centro; ed è probabile che sia così. Ma se fosse così, varrebbe quello che diceva l'onorevole Orsini, e cioè che sia destinata dalle Regioni interessate una persona che abbia un'esperienza vissuta negli ospedali dove si eseguono i trapianti. Questo è il punto. È chiaro che se la persona proviene da un ospedale dove esiste e funziona un centro di trapianti, e quindi ha una vasta esperienza alle spalle, sarà già pratica di tutte le incombenze di un centro di questo tipo; se è personaggio nuovo che viene designato in base ad altri criteri, può essere del tutto incompetente in questo settore e potrebbe, in un certo senso, intralciare più che promuovere la funzionalità del centro.

FORNI. Credo che qui si sia incorsi in un equivoco. L'articolo 17 al primo comma dice che il centro è diretto e gestito dal comitato composto da rappresentanti degli enti convenzionati scelti fra i sanitari che svolgono la propria attività nel campo del trapianto d'organo, integrato — si prevede — da un coordinatore sanitario e da un funzionario amministrativo designato dalle Regioni interessate. A questo punto a noi interessa la fonte della nomina di coloro che entrano nel comitato: i primi sono designati dagli

12^a COMMISSIONE

44° RESOCONTO STEN. (10 novembre 1982)

enti convenzionati e i secondi dalla Regione. E allora si potrebbe dire che il centro è gestito da un comitato composto dai rappresentanti degli enti convenzionati e da un esperto della Regione che svolgono la propria attività nel campo dei trapianti e da un sanitario designato dalla Regione che svolge anch'egli la propria attività nel campo del trapianto d'organo. Il termine coordinatore è equivoco; affidando il coordinamento al rappresentante designato dalla Regione la norma sarebbe più chiara.

PINTO. Anch'io ritengo che bisognerebbe specificarlo.

FORNI. Propongo pertanto un emendamento tendente a sostituire il primo comma con il seguente: «Il centro è gestito da un comitato composto dai rappresentanti degli enti convenzionati e da un rappresentante designato dalle Regioni interessate, che ha funzioni di coordinatore, scelti fra i sanitari che svolgono la propria attività nel campo dei trapianti. Del comitato fa parte anche un funzionario amministrativo designato dalle Regioni interessate».

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. Sono favorevole all'emendamento, con riserva per quanto riguarda le funzioni di coordinatore per cui è designata una persona ben definita indicata dalle Regioni interessate. Mi rimetto, comunque, alla Commissione.

PINTO. Noi stiamo approvando un disegno di legge che, a prescindere dalla sua importanza, investe una materia molto delicata. Pertanto dobbiamo chiarire espressamente cosa deve fare il comitato; come e quando si deve esprimere. Non vorrei che ogni qual volta si debba fare un espianto ci sia il parere del comitato.

PRESIDENTE. Le funzioni del comitato sono stabilite nei commi successivi.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Nel ringraziare il senatore Forni per il suo intervento, vorrei fare una proposta per mediare, se possibile, le varie preoccupazioni che sono state espresse. Dopo le parole

«dalle Regioni interessate» modificherei il testo successivo nel modo seguente: «scelti fra sanitari che svolgono la propria attività nel campo dei trapianti. Il comitato designa nel suo seno un coordinatore. Del comitato fa parte anche un funzionario amministrativo designato dalle Regioni interessate con funzioni di segretario».

FORNI. D'accordo.

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. Accolgo la formulazione proposta dal Governo.

PINTO. Dichiaro di astenermi dal voto sull'emendamento perchè non mi paiono chiare le funzioni del comitato.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'emendamento sostitutivo del primo comma presentato dal senatore Forni che, con il subemendamento proposto dal Governo e accettato dallo stesso senatore Forni, risulta del seguente tenore:

«Il centro è gestito da un comitato composto dai rappresentanti degli enti convenzionati e da un rappresentante designato dalle Regioni interessate, scelti fra sanitari che svolgono la propria attività nel campo dei trapianti. Il comitato designa nel suo seno un coordinatore. Del comitato fa parte anche un funzionario amministrativo designato dalle Regioni interessate con funzioni di segretario».

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 17 nel testo emendato.

È approvato.

Art. 18.

Con decreto del Ministro della sanità, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, è istituito presso l'Istituto superiore di sanità il centro nazionale di riferimento per i trapianti di organi, di cui fanno

parte tutti i responsabili dei centri regionali o interregionali, con il compito di determinare gli *standards* genetici, biologici e tecnici necessari per stabilire la compatibilità fra soggetti donatori e soggetti riceventi il trapianto, nonché di tenere un registro centrale dei trapianti.

Il personale del centro è designato con lo stesso decreto tra i dipendenti dell'Istituto.

Il relatore ha presentato un emendamento tendente a sostituire l'intero articolo con il seguente:

Art. 18.

Con decreto del Ministro della sanità, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, è istituito presso l'Istituto superiore di sanità il centro nazionale di riferimento per i trapianti di organi, con il compito di determinare gli *standards* genetici, biologici e tecnici necessari per stabilire la compatibilità fra soggetti donatori e soggetti riceventi il trapianto, nonché il compito di tenere un registro centrale dei trapianti.

Il personale del centro è designato con lo stesso decreto fra i dipendenti dell'Istituto.

Per lo svolgimento dei suddetti compiti il centro si avvale di una consulta tecnica della quale fanno parte i responsabili dei centri interregionali di riferimento di cui all'articolo 16 e tre esperti nel settore dei trapianti d'organo, nominati dal Ministro della sanità.

All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo si provvede, a decorrere dal 1983, mediante stanziamenti da iscriverne in appositi capitoli dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

MERZARIO. Anche se non ci è stata offerta la possibilità di valutare i tempi occorrenti per la effettiva operatività del provvedimento, le attese sono vive e pressanti, come hanno testimoniato i colleghi intervenuti nel dibattito sul disegno di legge in esame. Credo, comunque, che un valutazione

sull'emendamento sostitutivo si imponga dal momento che mi è sembrato di cogliere nei vari interventi la volontà di imprimere un ritmo sostenuto alle tappe di attuazione della nuova disciplina. Se così è, pongo il quesito se non convenga ridurre, anziché ad un anno, a sei o nove mesi il periodo occorrente al Ministero per emanare il decreto istitutivo del centro nazionale presso l'Istituto superiore di sanità. Oltretutto, far operare tale organismo in ritardo rispetto al decollo delle nuove norme avrebbe poco senso. Inoltre, si aprirebbe una polemica di carattere scientifico proprio perchè questo organismo avrebbe il compito non secondario di determinare gli *standards* genetici, biologici e tecnici al fine di stabilire le compatibilità fra soggetti riceventi e donatori, oltre che la tenuta del registro generale dei trapianti. È questo un compito estremamente importante di indirizzo.

Io non ho formalizzato in un emendamento la mia richiesta perchè non ho seguito direttamente e assiduamente questa materia. Rimetto pertanto ai colleghi il giudizio se sia opportuno stabilire nove mesi anziché sei. L'esperienza insegna che quando esiste una volontà politica, il Governo riesce a fare un regolamento anche in otto giorni, mentre se c'è pigrizia — come è successo in altri casi — passano addirittura quattro anni. Ritengo, inoltre, che la fissazione di un periodo ristretto costituisca uno stimolo al Governo al fine di evitare ritardi in una materia tanto delicata.

La seconda osservazione ha un carattere di affinamento tecnico-giuridico. Leggo al terzo comma che per lo svolgimento dei suddetti compiti il centro si avvale di una consulta tecnica della quale fanno parte i responsabili delle sedi interregionali di cui all'articolo 16. Ho letto l'articolo citato e poichè in esso si fa riferimento a centri regionali o interregionali, per analogia mi sembra giusto dire anche qui «regionali o interregionali».

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. Sono d'accordo su entrambi i suggerimenti del senatore Merzario, che ritengo possano essere formalizzati come subemendamenti.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Nel dichiarare l'orientamento favorevole del Governo all'emendamento sostitutivo dell'articolo 18, voglio dire che accetto il subemendamento del senatore Merzario per quanto attiene l'aggiunta del riferimento anche ai centri regionali.

Circa i termini, di solito il ritardo di alcuni adempimenti — oltre alle disfunzioni e lentezze da rimuoversi — viene determinato dal fatto che si presuppone che alcuni di essi non vengano tempestivamente effettuati. Per esempio, non c'è dubbio che il centro funzionerà (anche se comincerà a lavorare prima) quando ci saranno i centri regionali e interregionali i quali, del resto, faranno parte di un organo centrale del centro nazionale. Probabilmente, il funzionamento del centro nazionale sarà correlato al funzionamento dei centri regionali. Comunque, non ho alcuna difficoltà ad accettare il termine di nove mesi, oppure anche un termine di tre mesi dalla costituzione dei centri regionali, che espliciterebbe la subordinazione cronologica e logica.

MERZARIO. Si corre il rischio che una Regione ritardataria (come ad esempio, l'ultima volta, la Calabria) blocchi le altre.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Accetto la riduzione del termine da un anno a nove mesi, al primo comma.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, passiamo alla votazione dei subemendamenti presentati dal senatore Merzario all'emendamento sostitutivo dell'intero articolo 18 presentato dal relatore.

Metto ai voti il subemendamento tendente a sostituire, al primo comma, le parole: «un anno» con le parole: «nove mesi».

È approvato.

Metto ai voti il subemendamento tendente ad aggiungere, al terzo comma, dopo la parola: «centri», le altre: «regionali o».

È approvato.

Metto ai voti l'emendamento sostitutivo dell'intero articolo 18 presentato dal relatore quale risulta con le modifiche testè approvate.

È approvato.

Art. 19.

Il centro nazionale ed i centri regionali o interregionali di riferimento possono produrre sieri contenenti immunoglobuline umane anti-HLA, ottenute dal plasma dei seguenti donatori e datori di sangue:

a) donne naturalmente immunizzate da precedenti gravidanze e disposte ad essere sottoposte a salasso o plasmaferesi senza subire trattamenti che provochino una iperimmunizzazione anti-HLA o dalle quali può essere ottenuto siero anti-HLA anche tramite il sangue retroplacentare raccolto in sala parto durante il secondamento;

b) donne nella condizione di cui alla lettera a), che siano sterili o abbiano superato il periodo della menopausa, e che siano disposte a sottoporsi a salasso o plasmaferesi dopo un trattamento iperimmunizzante anti-HLA;

c) uomini disposti a sottoporsi a salasso o plasmaferesi dopo un trattamento iperimmunizzante anti-HLA.

Nel trattamento di iperimmunizzazione possono venire somministrati sangue intero, piastrine, cellule o frazioni di esse. Qualunque somministrazione dovrà venire eseguita osservando le cautele prescritte dalle vigenti disposizioni sulla trasfusione del sangue.

La Regione promuove, tramite le associazioni dei donatori di sangue ed i servizi ospedalieri, la donazione del sangue e l'utilizzazione di quello retroplacentare per la produzione di sieri di cui al presente articolo.

È approvato.

Terminata così la votazione degli articoli precedentemente accantonati, procediamo

ora all'esame dei rimanenti articoli, di cui do lettura:

TITOLO VI

SANZIONI E DISPOSIZIONI FINALI

Art. 24.

Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano vigilano, anche a mezzo degli uffici dipendenti, sulla esecuzione della presente legge e, qualora accertino la violazione delle disposizioni contenute nella stessa, irrogano le sanzioni di cui al comma successivo con le forme e le modalità previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689.

Senza pregiudizio per l'applicazione di sanzioni penali qualora il fatto costituisca reato, chiunque non ottemperi alle disposizioni della presente legge è soggetto alla sanzione pecuniaria da lire 500.000 a lire 3.000.000.

È approvato.

Art. 25.

Chiunque riceve denaro o altre utilità ovvero ne accetta la promessa per consentire al prelievo dopo la morte di parte del proprio corpo per le finalità previste dalla presente legge, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da lire 400.000 a lire 2.000.000.

La pena è aumentata se il consenso è espresso per il prelievo di parti del corpo di altra persona.

JERVOLINO RUSSO. Vorrei proporre una modifica formale al secondo comma dell'articolo 25. Laddove si dice che la pena è aumentata se il consenso è espresso per il prelievo di parti del corpo di altra persona, propongo che si dica che la pena è aumentata «se il fatto è commesso per il prelievo di parti del corpo di altra persona».

Sostanzialmente, quella di cui al primo

comma è una mediazione fraudolenta che, per quanto riguarda il proprio corpo, si esprime attraverso il consenso a farsi asportare delle parti per denaro. Io non posso consentire che parti del corpo di altri siano asportate per denaro, ma posso commettere il fatto per mediazione fraudolenta.

ORSINI, sottosegretario di Stato per la sanità. D'accordo. Circa l'entità delle pene, mi chiedo che tipo di riferimento analogico sia stato fatto.

JERVOLINO RUSSO. Sono le stesse pene previste per i cosiddetti «pentiti»; solo che l'articolo in esame corrisponde all'articolo 19 del disegno di legge n. 1759, che prevede la reclusione da sei mesi a tre anni e la multa da lire 400.000 a 2.000.000. L'unico altro aumento che è stato fatto rientra nei minimi della rivalutazione: mi riferisco a quello stabilito all'articolo 24, dove le 100.000 lire iniziali sono state portate a 500.000.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'emendamento presentato dalla senatrice Jervolino Russo tendente a sostituire, nel secondo comma, le parole: «se il consenso è espresso» con le altre: «se il fatto è commesso».

È approvato.

Metto ai voti l'articolo 25 nel testo emendato.

È approvato.

Art. 26.

Chiunque procura per lucro una parte di cadavere da usare per le finalità previste dalla presente legge, ovvero ne fa comunque commercio, è punito con la reclusione da due a cinque anni e con la multa da lire 1.000.000 a lire 5.000.000

Se si tratta di persona che esercita la professione sanitaria, alla condanna consegue la interdizione dall'esercizio della pro-

fessione per un periodo da due a cinque anni.

È approvato.

Terminato così l'esame del testo predisposto dalla Sottocommissione, do lettura di due articoli aggiuntivi, proposti dalla senatrice Jervolino Russo:

Art. 27.

La inosservanza delle disposizioni relative alle condizioni e modalità di accertamento della morte di cui agli articoli 3, 11, commi primo, secondo, terzo, quarto e quinto, e 12, commi primo e terzo, è punita, salvo che il fatto non costituisca più grave reato, con la reclusione da sei mesi a tre anni.

Art. 28.

Chiunque non osservi le disposizioni di cui all'articolo 7 è punito con la reclusione da due mesi ad un anno.

Chiunque proceda al prelievo da cadavere senza osservare le condizioni di cui all'articolo 2 della presente legge, è punito ai sensi dell'articolo 413 del codice penale.

BOMPIANI, relatore alla Commissione. La materia che viene indicata relativamente all'inosservanza delle disposizioni stabilite dal disegno di legge si riferisce a fatti che potrebbero essere diversamente valutati per la loro gravità. Qualora rappresentino attentato alla vita, a me sembra che il reato sia già compreso nella riserva espressa dall'articolo 24 che afferma: «senza pregiudizio per l'applicazione di sanzioni penali qualora il fatto costituisca reato». Del resto, il testo del Governo non prevedeva questi due ulteriori articoli. In circostanze in cui vi sia attentato alla vita non derivante da un errore materiale, è chiaro che si rientra nella disciplina generale della applicazione delle sanzioni penali. Pertanto sono contrario all'accoglimento degli emendamenti

JERVOLINO RUSSO. Vorrei precisare lo spirito con il quale questi articoli sono nati nell'ambito del Comitato ristretto, tra l'altro riprendendo una posizione emersa e condivisa in modo abbastanza largo nella discussione generale sul disegno di legge, e cioè quella di rendere seria la sanzione penale; e quando intendo seria non intendo nè provocatoria nè disincentivante. Certamente l'*animus* non è quello di disincentivare i trapianti nè quello di una volontà persecutoria nei confronti dei medici. A me pare però che ci troviamo di fronte a degli obblighi tassativi stabiliti dagli articoli 3, 11 e 12 in materia di accertamento della morte. Soprattutto per quanto riguarda il caso dell'articolo 11 la morte non è così facile da stabilire, tanto è vero che abbiamo appena assistito ad una discussione sulle sei ore, sulle otto ore e sulle dodici ore. Se fossi magistrato e dovessi, senza la guida dell'articolo 11, stabilire se nei confronti di un paziente decerebrato da cinque ore e tre quarti c'è stato o non c'è stato attentato alla vita, onestamente sarei del tutto disarmata in quanto la fattispecie non è di rilevanza così immediata quale può essere una fattispecie normale.

Mi pare che lo sforzo fatto dalla Commissione di definire delle certezze molto precise che possano dare la garanzia di sicurezza dell'accertamento del momento della morte non possa essere poi sostanzialmente vanificato nel momento in cui da questo accertamento si fa derivare una conseguenza sul piano penale. So benissimo che esiste tutta una giurisprudenza sull'attentato alla vita; la trovo però francamente inapplicabile soprattutto sul paziente decerebrato. Naturalmente la Commissione è sovrana.

Ricordo che nell'articolo 28 ci si collega a due fattispecie. La prima è quella dell'articolo 7 che prevede che l'*équipe* dei medici che deve effettuare trapianti sia diversa da quella che accerta la morte. Da questo punto di vista anche qui abbiamo due soluzioni. O la norma non ha rilevanza, e allora è ridondante, o ha una rilevanza sul piano garantistico, e allora l'inosservanza della norma va in qualche modo sanzionata, perchè altrimenti non saprei in base a quale norma del codice

penale questa inosservanza può essere fatta rilevare. Il secondo comma si riferisce all'articolo 2. L'importanza del consenso dei parenti del *de cuius* è stata rilevata e ha costituito uno dei momenti più difficili intorno al quale si è articolata la nostra discussione. Se non introduciamo questa norma non c'è possibilità di sanzionare penalmente la inosservanza dell'articolo 2, perchè l'unica norma applicabile è proprio l'articolo 413 del codice penale, e tale articolo, se non è richiamato dalla norma, non è in sè richiamabile poichè dice: «Chiunque disseziona o altrimenti adopera un cadavere o una parte di esso, a scopi scientifici o didattici, in casi non consentiti dalla legge, è punito con la reclusione fino a sei mesi e con la multa fino a lire duecentomila». Nel caso dei trapianti in sè la norma non è applicabile perchè siamo fuori degli scopi scientifici e didattici, essendo lo scopo terapeutico.

Pertanto, la scelta è in questo senso: se vogliamo che norme di cui agli articoli 3, 11, 12, 7 e 2 siano delle affermazioni affidate alla buona volontà degli esecutori, non approviamo i due articoli da me proposti; se vogliamo cercare di garantirci che queste norme siano applicate attraverso la sanzione penale, allora gli articoli 27 e 28 vanno approvati.

ROSSANDA. Sono sostanzialmente d'accordo circa la preoccupazione espressa ora dalla senatrice Jervolino Russo. Faccio presente, in base ad una certa esperienza di contenzioso in campo medico, che non stabilire una sanzione penale per l'inosservanza delle norme cui si fa riferimento lascerebbe in pratica uno spazio liberissimo di azione ai medici, perchè, come è noto, è per lo più assai difficile dimostrare una responsabilità in ordine alla morte o ad una lesione. Diceva giustamente la senatrice Jervolino Russo che, nel caso di un paziente decerebrato, le responsabilità potrebbero essere difficilmente dimostrate. Vorrei anche osservare che sul piano tecnico la nuova formulazione della legge è più precisa e pratica da applicare da parte dei tecnici, per cui appare senz'altro colposo non applicare la normativa. Di conseguenza non vi è nessuna scusante per chi eluda le norme in questione.

Vorrei però aggiungere che la normativa lascia impunita l'inosservanza dell'articolo 6, nel quale abbiamo introdotto l'obbligo dell'informazione ai parenti. Ritengo che ci si debba far carico anche di questo problema.

MELANDRI. A mio avviso, bisogna fare in modo di non «terrorizzare» l'*équipe* medica. L'articolo 2 prevede una molteplicità di situazioni, e noi con queste norme introdurremmo una serie di penalizzazioni che preoccuperebbero gravemente l'*équipe* che deve effettuare l'espianto, con ciò in qualche modo andando contro lo spirito e la linea su cui ci siamo mossi nel formulare la legge. Richiamando l'articolo 413 del codice penale ho l'impressione che finiremmo per determinare nel medico una tale serie di preoccupazioni che egli sarebbe portato a non eseguire espienti.

DEL NERO. Vanno distinti due aspetti: uno che riguarda le questioni fondamentali, l'altro che riguarda questioni di procedura. Sono d'accordo che se si elude qualche elemento di procedura non è il caso di ricorrere a sanzioni penali; però nell'accertamento della morte e sul tema del consenso bisogna essere chiari. È inutile aver fatto tutte queste discussioni se poi non si prevede una sanzione penale per carenze e violazioni nell'accertamento del non consenso e nell'accertamento della morte.

MELANDRI. La preoccupazione di fondo era quella di salvaguardare il diritto dei parenti ad attestare la volontà del soggetto.

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. Io ringrazio il rappresentante del Governo e tutti gli onorevoli senatori intervenuti che hanno apportato la loro esperienza giuridica, e do atto che hanno esplicitato con molta chiarezza non solo i contenuti giuridici, ma anche l'*animus* di rigore non persecutorio degli articoli 27 e 28 nei confronti di coloro che sono addetti a questo campo di azione sanitaria e che operano in condizioni molto difficili. Ma il relatore, immaginando che questo fosse un argomento nel quale conflui-

12^a COMMISSIONE

44° RESOCONTO STEN. (10 novembre 1982)

vano non solo problemi giuridici, ma stati d'animo diversi (oltre quelli espressi dalla senatrice Jervolino, e con possibile carattere persecutorio nei confronti delle persone e dell'ente) ed avendo ascoltato addirittura dichiarazioni sull'eccesso dello spazio d'azione che in generale è riservato ai medici, ha proposto di eliminare questi due articoli, che del resto non erano stati concordati nella Sottocommissione, ed ha proposto di rifarsi al testo generale sulle sanzioni presentato dal Governo. Io ritengo, lo dichiaro ancora una volta, che sia sufficiente quanto è previsto dalla normativa generale sulla dolosità, che si applica in tutti i campi compreso quello della medicina.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Considerato che questa legge stabilisce adempimenti e facoltà anteriormente ad essa non previsti dalla nostra normazione, io ritengo che sia necessario, anche penalmente, ipotizzare una sanzione vista con grande equilibrio sui seguenti due punti, che sono centrali e che il senatore Del Nero ricordava. Anzitutto, le procedure relative all'accertamento della morte, sulle quali non c'è dubbio che va richiamata, anche con una norma penale, una particolare diligenza e la responsabilità degli operatori. Inoltre, una rigorosa applicazione delle norme, che si prestano, per loro natura, ad essere applicate con qualche approssimazione. Quindi, un richiamo al rigore negli adempimenti previsti dall'articolo 11 ed una sanzione in caso di violazione, anche se soltanto colposa, perchè evidentemente la colpa del medico per sua natura è grave.

Su queste cose sarei favorevole ad un'ipotesi di reato specifico con la sanzione corrispondente, la quale non può che essere relativamente lieve. Non dimentichiamo che nei confronti dei medici iscritti all'albo la vera sanzione non consiste tanto in una punizione penale quanto nella sospensione dall'albo, che in realtà è l'autentica sanzione.

MERZARIO. Io ho visto le «sentenze» degli ultimi anni dell'ordine dei medici. In esse è indicata solo una sigla, non il nome e il cognome, e poi si pubblicano delle iniziali

convenzionali con il rischio di ricollegare ad esse il nome di un medico che ha le stesse iniziali della persona radiata. È una cosa grave perchè si possono creare dei sospetti su tutta la fascia medica. A parte questo inciso, suggerirei di prevedere la reclusione per un anno, non per sei mesi.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Credo che dovremmo preoccuparci di prevedere le ipotesi specifiche di reati le quali forse, per analogia, possono essere ricomprese e identificate nella fattispecie della colpa grave oltre che del dolo in relazione all'accertamento della morte.

ROSSANDA. Vorrei pregare il Governo di chiarire la sua proposta.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Facevo un discorso di ordine generale, perchè ho preso visione in questo momento degli articoli aggiuntivi. La mia proposta comunque sarebbe di fondere le ipotesi di reato previste dagli articoli 27 e 28 in relazione alla diversa e presunta gravità dell'inaadempienza, stabilendo delle pene e consentendo di fatto all'interprete di graduare la sanzione in relazione alla fattispecie della vicenda.

CIACCI. Onorevole Presidente, onorevole Sottosegretario, onorevoli senatori, mi scuso d'intervenire a questo punto quando sono già intervenuti i colleghi che hanno seguito con molta più attenzione di me la norma in esame, ma non capisco le obiezioni e le opposizioni alla formulazione degli articoli 27 e 28, che mi pare tocchino punti essenziali. Infatti le norme degli articoli 3, 11 e 12 in essi richiamate non riguardano questioni di secondaria importanza per chi vuole ricorrere a pene diverse. Ditemi voi, ad esempio, quali dei punti elencati nel primo comma dell'articolo 11 possono rappresentare, se non rispettati, trasgressioni lievi. Francamente non capisco come si possa pensare ad una eccessiva pesantezza delle pene in queste norme che, secondo me, la senatrice Jervolino ha studiato molto attentamente. Sono pertanto favorevole agli articoli aggiuntivi che sono stati proposti.

JERVOLINO RUSSO. Si è cercato di circoscrivere e precisare il reato e non sanzionare penalmente anche procedure non essenziali relative all'accertamento della morte.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Si tratta certamente di situazioni che meritano una tutela penale poichè l'inservanza di questi adempimenti comporta un danno sociale anche ai fini della praticabilità della legge. Io vorrei ritorcere il ragionamento di chi dice che determiniamo degli impedimenti all'applicazione del provvedimento perchè esso ha bisogno di consenso sociale: se viene meno il rigore nell'applicazione delle «dighe» che noi abbiamo stabilito per un uso discrezionale della vita umana, al limite, nelle ipotesi previste all'articolo 11 e comunque del corpo umano nelle altre ipotesi, secondo me non favoriamo il consenso rispetto alla legge, perchè un'applicazione facilona di essa aumenterebbe quelle reazioni di opinione che tutti preferiamo evitare. Il ragionamento relativo al fatto se la sanzione agevoli o meno la fruibilità della legge è quanto meno a *double face*. Quindi, le sanzioni vanno bene.

Vi è però la questione della distinzione, in quanto si sono ipotizzate figure di reato che, diciamo così, valgono due e figure di reato che valgono uno; ci sono, cioè, sanzioni ridotte ad un terzo rispetto ad altre.

JERVOLINO RUSSO. Le fattispecie delittuose hanno minor grado perchè vi è sempre stato animo non persecutorio.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. In riferimento all'articolo 413 del codice penale, mi pare che si consentano sanzioni piuttosto pesanti.

JERVOLINO RUSSO. Ricordo che, per una fattispecie meno grave, quale è quella di ricevere denaro per consentire il prelievo di parti del proprio corpo, il Governo nel suo disegno di legge ha previsto la stessa sanzione qui stabilita per una fattispecie ben più grave: la mancata osservanza delle condizioni relative all'accertamento della morte.

Per di più, si è tolta anche la multa, non essendosi previsto il concorso fra pena detentiva e multa. Di per sè, le sanzioni non sono sproporzionate. L'articolo 413 del codice penale prevede la reclusione fino a sei mesi. Ora, chiunque ha fatto un minimo di pratica forense sa che quando è stabilito il massimo della sanzione senza stabilire il minimo, essa è normalmente irrogata in termini del tutto sommari (si danno, cioè, quindici giorni di reclusione e una multa fino a lire 200.000) e si tratta di persone che non sconteranno mai questa sanzione. Se si prevede, poi, la sanzione con un massimo di sei mesi senza minimo, ciò significa che si darà normalmente una settimana e una multa fino a 200.000 lire.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo non ha emendamenti da presentare agli articoli 27 e 28.

JERVOLINO RUSSO. Debbo far rilevare alla Commissione che gli articoli sono stati redatti con riferimento ad un diverso testo degli articoli in essi richiamati: pertanto vanno riconsiderati. In particolare, per quanto riguarda l'articolo 27, restando fermo il riferimento all'intero articolo 3, il riferimento all'articolo 11 può riguardare soltanto i commi secondo ed ottavo e quello all'articolo 12 riguarda i commi primo e secondo. L'articolo 27 deve considerarsi in tal senso da me riformulato.

ROSSANDA. Vorrei aggiungere una considerazione. Poichè abbiamo sottratto ad una sanzione penale una parte di norme regolamentari inserendo nell'articolo 6 l'obbligo dell'informazione, vorrei sapere se la senatrice Jervolino Russo ritiene sia il caso di introdurre almeno una forma di sanzione amministrativa che obblighi al rispetto della norma relativa alla verbalizzazione.

JERVOLINO RUSSO. A mio parere, il problema è risolto nel senso richiesto dalla senatrice Rossanda dal primo comma dell'articolo 24, che abbiamo già votato, in quanto si afferma che le Regioni e le Province di Trento e Bolzano vigilano sulla esecu-

12^a COMMISSIONE

44° RESOCONTO STEN. (10 novembre 1982)

zione della legge e qualora accertino la violazione delle disposizioni contenute nella stessa (quindi anche quelle dell'articolo 6) irrogano le sanzioni di cui al comma successivo conformemente alle modalità previste dalla legge n. 689. Cioè il reato, come ad esempio il caso di mancanza di rispetto delle modalità di accertamento della morte, viene punito con la sanzione penale che abbiamo stabilito, ma anche qualsiasi altra violazione viene punita con sanzioni amministrative in base alla legge sulla depenalizzazione.

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. Pur mantenendo le riserve espresse all'inizio, credo che il dibattito ci abbia condotto ad una soluzione. Propongo che l'articolo 28 non venga inserito nel provvedimento, in quanto è già assorbito in pratica dal primo comma dell'articolo 24, come ha spiegato la senatrice Jervolino, e che l'articolo 27 venga modificato nel senso dalla stessa presentatrice proposto con il riferimento agli articoli 3, 11, commi secondo e ottavo, e 12, commi primo e secondo.

PRESIDENTE. Dichiaro la mia astensione sull'articolo 27 poichè ritengo che le normali disposizioni del codice penale in materia di dolo, colpa o negligenza siano applicabili anche alla materia in oggetto.

Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'articolo 27 presentato dalla senatrice Jervolino Russo che, nella nuova formulazione da essa stessa proposta, risulta del seguente tenore:

Art. 27.

La inosservanza delle disposizioni relative alle condizioni e modalità di accertamento della morte di cui agli articoli 3, 11, commi secondo ed ottavo, e 12, commi primo e secondo, della presente legge, è punita, salvo che il fatto non costituisca più grave reato, con la reclusione da sei mesi a tre anni.

È approvato.

ROSSANDA. Per quanto riguarda l'articolo 28, che si riferisce alle disposizioni relative all'accertamento del dissenso e all'obbligo di separare l'*équipe* che dichiara la morte da quella che opera il prelievo si tratta, a mio avviso, di fattispecie da proteggere in modo più serio. Sono pertanto favorevole all'articolo aggiuntivo.

PRESIDENTE. Ricordo che il relatore si è dichiarato contrario.

JERVOLINO RUSSO. Prendo atto con il massimo rispetto del parere del relatore, ma ritengo che forse si potrebbe arrivare ad una ulteriore mediazione. I due commi dell'articolo 28 prevedono casi di rilievo diverso: il primo, che contempla la fattispecie in base alla quale i medici che effettuano il prelievo devono essere diversi da quelli che accertano la morte, è importante ma non è di capitale rilevanza. Invece, sanzionando penalmente l'inosservanza delle disposizioni relative all'accertamento della morte, si ha una ulteriore garanzia, oltre quella della deontologia professionale, che l'accertamento sia svolto seriamente. Si potrebbe pertanto eliminare il primo comma dell'articolo 28, pur senza lasciare però impunito il caso di violazione dell'articolo 7 facendolo rientrare, come per la mancanza di verbalizzazione, nel primo comma dell'articolo 24 che prevede le sanzioni amministrative da applicarsi in base alla legge sulla depenalizzazione. Quindi, sanzione penale per la violazione delle modalità di accertamento della morte e sanzione amministrativa per il caso che si violi la norma in base alla quale l'*équipe* che effettua il prelievo deve essere diversa da quella che accerta la morte. Per quanto riguarda il secondo comma, siamo di fronte ad una materia più importante, perchè concerne il consenso; ed allora, per non creare un disincentivo e per essere chiari bisogna evitare il pericolo a cui faceva riferimento il senatore Melandri, specificando meglio la fattispecie. Bisogna dunque specificare la violazione di quali norme si intende punire. Ha ragione la senatrice Rossanda quando afferma che anche la disposizione relativa ai minori va rispettata. In conclusione, il testo

12^a COMMISSIONE

44° RESOCONTO STEN. (10 novembre 1982)

dell'articolo 28 potrebbe essere il seguente: «Chiunque proceda al prelievo da cadavere senza osservare le condizioni di cui ai commi primo, secondo e quarto dell'articolo 2 della presente legge, è punito ai sensi dell'articolo 413 del codice penale».

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Mi pare che le osservazioni della senatrice Jervolino siano ispirate a grande moderazione. Credo di poter parlare a nome del Governo dicendo che va comunque tutelato anche penalmente il fatto che, nonostante un dissenso scritto e comunicato o comunque esplicitato, si effettua egualmente il trapianto. Quindi la sanzione per un comportamento di questo tipo va considerata specificamente.

Abbiamo parlato a lungo dell'articolo 2, ne abbiamo sottolineato gli aspetti di grande delicatezza e mi sembra giusto che essi trovino riscontro anche in una azione penale che, sia pure pressochè simbolica come quella formulata dalla senatrice Jervolino, dà la sensazione di una volontà dello Stato di tutelare i beni soggettivi che l'articolo 2 si propone appunto di tutelare quando la rivendicazione di tali beni sia fatta o direttamente dall'interessato in vita o dagli aventi causa in morte. Quindi sono favorevole al secondo comma dell'articolo 28 così come modificato dalla senatrice Jervolino e sono anche favorevole alla soppressione del primo comma. Si potrebbero però sostituire le parole «ai sensi dell'articolo 413 del codice penale» con le parole «con la reclusione sino a sei mesi».

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. Il relatore è molto perplesso circa gli sviluppi di questa discussione. Personalmente mantengo la mia posizione contraria al proposto articolo 28.

ROSSANDA. Noi saremmo d'accordo per il mantenimento dell'intero articolo, tuttavia la variante proposta dalla senatrice Jervolino Russo ci sembra accettabile, e siamo ad essa favorevoli.

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. Come relatore mantengo le riserve già espresse.

PRESIDENTE. Mi associo alle riserve espresse dal relatore. Poichè nessun altro domanda di parlare, do lettura dell'articolo 28 nella nuova formulazione proposta dalla senatrice Jervolino Russo:

Art. 28

Chiunque proceda al prelievo da cadavere senza osservare le condizioni di cui ai commi primo, secondo e quarto dell'articolo 2 della presente legge, è punito ai sensi dell'articolo 413 del codice penale.

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. Mi astengo dalla votazione.

PRESIDENTE. Anche io mi astengo. Metto ai voti l'articolo 28, di cui ho testè dato lettura.

È approvato.

JERVOLINO RUSSO. Signor Presidente, in seguito alla approvazione degli articoli 27 e 28 si rende, a mio avviso, necessario apportare una modifica di coordinamento all'articolo 24, da noi già approvato, inserendovi un terzo comma del seguente tenore: «La predetta sanzione non si applica congiuntamente alle pene previste dai successivi articoli 27 e 28».

PRESIDENTE. Poichè nessuno domanda di parlare, metto ai voti la modifica di coordinamento testè proposta dalla senatrice Jervolino.

È approvata.

Metto nuovamente ai voti l'articolo 24 nel suo complesso nel testo coordinato, di cui do lettura:

Art. 24.

Le Regione e le Provincie autonome di Trento e Bolzano vigilano, anche a mezzo degli uffici dipendenti, sulla esecuzione della presente legge e, qualora accertino la viola-

zione delle disposizioni contenute nella stessa, irrogano le sanzioni di cui al comma successivo con le forme e le modalità previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689.

Senza pregiudizio per l'applicazione di sanzioni penali qualora il fatto costituisca reato, chiunque non ottemperi alle disposizioni della presente legge è soggetto alla sanzione pecuniaria da lire 500.000 a lire 3.000.000.

La predetta sanzione non si applica congiuntamente alle pene previste dai successivi articoli 27 e 28.

È approvato.

Il relatore senatore Bompiani ha presentato un emendamento tendente ad inserire, dopo l'articolo 28, il seguente articolo aggiuntivo:

Art. 29.

È abrogata ogni disposizione incompatibile o in contrasto con la presente legge.

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge sarà emanato, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro di grazia e giustizia, il relativo regolamento di esecuzione. Fino all'emanazione del suddetto decreto si osserveranno, in quanto compatibili, le disposizioni contenute nel decreto del Presidente della Repubblica 16 giugno 1977, n. 409.

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. Parte delle norme già contenute nel vigente regolamento (decreto del Presidente della Repubblica 16 giugno 1977, n. 409) sono state introdotte in questo disegno di legge, ma parte ne sono rimaste fuori, come ad esempio l'articolo 5 del regolamento di esecuzione, che ha una notevole importanza. Tutta questa parte deve essere in qualche modo recuperata. Ecco la ragione dell'articolo aggiuntivo da me proposto, con il quale si stabilisce che, in attesa di un nuovo regolamento di esecuzione, rimangono in vigore, in quanto compatibili con la presente legge, tutte le disposizioni contenute nel decreto

del Presidente della Repubblica n. 409 del 1977.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'articolo aggiuntivo proposto dal relatore, del quale ho dato lettura.

È approvato.

Il relatore senatore Bompiani ha proposto un altro emendamento tendente ad inserire un articolo aggiuntivo dopo l'articolo 7. Ne do lettura:

Art. 7-bis.

Il personale necessario all'espletamento delle funzioni e dei servizi di cui alla presente legge è tenuto a prestare la sua attività nell'ente od istituto anche oltre il normale orario di servizio.

Nel caso in cui detto personale dovesse superare l'orario straordinario retribuito a norma di contratto, verrà corrisposta allo stesso una integrazione la cui misura e modalità di corresponsione saranno annualmente determinate dalla Regione competente.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Esprimo due preoccupazioni in ordine a questo articolo aggiuntivo proposto dal relatore. La prima preoccupazione riguarda il fatto che nel sistema sanitario nazionale il regime retributivo dei dipendenti non viene fissato per legge. Non vorrei che si desse luogo ad un *vulnus* anche minimo di questa norma di carattere generale.

La seconda preoccupazione deriva dal fatto che, pur comprendendo la necessità di garantire comunque l'attività di trapianto, che può avvenire anche in ore inconsuete, rimuovendo gli ostacoli di natura organizzativa, non posso approvare che si dia luogo ad interpretazioni, sicuramente non volute dal relatore, ma che la lettera della norma consentirebbe. Infatti una applicazione letterale un po' maliziosa della norma potrebbe consentire di fatto un regime di ventiquattro ore su ventiquattro, e in una situazione economi-

ca definita in modo difforme da zona a zona, negli ospedali in cui è potenzialmente possibile provvedere all'espianto, quindi praticamente in tutti i reparti chirurgici.

MELANDRI. L'articolo potrebbe anche essere formulato diversamente, ma il problema posto dal relatore è reale. Si tratta di situazioni che si sono verificate e che continuano a verificarsi. Si deve risolvere il problema dell'assenza del personale medico. Che la soluzione sia questa o un'altra non ha importanza, però è certo che anche nei centri di espianto il personale medico a una certa ora se ne va. Chi conosce la legge potrà dare risposte più adeguate, ma il relatore tiene a porre il problema alla Commissione, ed occorre trovare una soluzione, anche se non necessariamente quella prospettata.

JERVOLINO RUSSO. L'esigenza che è alla base di questo articolo aggiuntivo è degna di rilievo, perchè è impossibile regolare l'attività di espianto in modo da farla rientrare nei normali orari di servizio. Perdere anche mezz'ora può significare l'impossibilità di effettuare l'espianto. Sono sensibilissima alla determinazione del regime retributivo attraverso la contrattazione collettiva, però credo che in questo caso occorra trovare una via d'uscita, tenendo anche conto che la norma proposta dal relatore innova soltanto nel secondo comma, in quanto il primo comma riproduce una norma già contenuta nell'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica n. 409. Ritengo pertanto che, riformulando in maniera diversa l'articolo, si debba prevedere la obbligatorietà della permanenza in servizio nel caso in cui vi sia un moribondo per il quale sia già prevista la possibilità di espianto. È chiaro che se in tali casi dovessimo, invece, rispettare i normali orari di servizio, finiremmo per vanificare tutta la normativa.

PINTO. Io ho un profondo rispetto per la professionalità dei medici e dei paramedici e quindi sono contrario a quest'articolo che certamente offenderebbe la coscienza di questi lavoratori che si vedrebbero costretti a fare quello che già fanno quando è necessario.

FORNI. Io mi permetterei di pregare il relatore di ritirare l'emendamento, perchè vi sono motivi ostativi non lievi che potrebbero inficiare la legittimità del provvedimento. Intanto, devo osservare che questo articolo, pur comportando una spesa, non è stato sottoposto alla Commissione bilancio, la quale si è espressa sul disegno di legge senza conoscere questa ulteriore proposta; e non credo che si possa procedere all'approvazione definitiva senza acquisire il parere della Commissione bilancio. L'articolo, ripeto, comporta una ulteriore spesa poichè prevede (cosa del tutto innovativa rispetto ad altre leggi) l'obbligo per determinate categorie di prestare servizio oltre il normale periodo consentito di lavoro straordinario.

Aggiungo che non possiamo, attraverso una norma di questo genere, regolamentare i servizi interni degli enti ospedalieri. Dal momento che il provvedimento farebbe carico ad alcuni servizi ospedalieri di effettuare prestazioni aggiuntive, il servizio ospedaliero sarebbe obbligato a predisporre il servizio in modo efficiente e funzionale, in contraddizione con il principio vigente in materia della contrattazione.

Per una serie di considerazioni di ordine generale io sono dunque contrario all'articolo proposto.

MERZARIO. Non entro nel merito dell'opportunità o meno di questo emendamento, perchè sono d'accordo con le osservazioni del senatore Forni, soprattutto per quanto si riferisce ai nosocomi che non possono essere giuridicamente regolamentati altrimenti. Eventuali modifiche cambierebbero anche la sostanza della legge n. 833, là dove si dà incarico alle Regioni, sulla base di esigenze particolari, di predisporre criteri organizzativi, e si finirebbe col creare pericolosi precedenti per cui il Parlamento dovrebbe legiferare su aspetti che riguardano anche le strutture interne degli ospedali.

Ma vorrei sottolineare con maggiore incisività quello che diceva il senatore Forni. Prima non ho interloquito quando abbiamo approvato l'articolo 18, che istituisce il centro nazionale di riferimento per i trapianti di organi che comporta la necessità di «gettonare» i rappresentanti del Ministero e i rap-

presentanti delle Regioni, con un riferimento preciso alla modifica in *itinere* della legge del bilancio dello Stato per quanto concerne la tabella relativa alla sanità. Quella norma può avere un suo fondamento, perchè è giusto che chi stabilisce determinati regolamenti e codici etici e biologici abbia un minimo di rimborso spesa; però, se inseriamo anche questa ulteriore previsione è chiaro che scatta un diverso meccanismo, con il rischio di bloccare il provvedimento. Quindi, io non parlerei degli aspetti monetari, anche perchè ho fiducia nella deontologia medica. Non credo che il medico, dovendo fare un lavoro straordinario in casi eccezionali e di fronte ad una comprovata urgenza (cosa che capita anche nel pronto soccorso e nel servizio notturno), sollevi una questione monetaria. Guai se dovessimo imporre aspetti di condizionamento monetario e finanziario in una materia che va regolata secondo rapporti etici.

GROSSI. Sono d'accordo che non si possa affrontare il problema in questo modo e vorrei pensare, se fosse possibile, ad una forma diversa. Io ricordo, ad esempio, che per essere capitato nel momento in cui cambiava il turno degli autisti un poveretto non è stato portato nel reparto trapianti ed è morto nell'autoambulanza ferma. Non so quali siano le norme che impongono all'autista di rimanere fermo finchè non arriva il collega a dargli il cambio; forse nella fattispecie c'è stato reato. Comunque vorrei far presente che in questa particolare attività, forse più che in altre, si abbinano due elementi: la ineluttabilità del momento e la specificità per molti aspetti degli operatori.

Sono d'accordo con il senatore Forni, per le ragioni già dette, che non possiamo con una legge regolamentare le anzidette questioni; quindi, sono contrario a questo emendamento aggiuntivo. Vorrei comunque evidenziare tali fattispecie affinché gli organi competenti in materia operino una seria riflessione per una migliore organizzazione dei servizi.

DEL NERO. L'articolo aggiuntivo, se il presentatore è d'accordo, potrebbe essere

trasformato in un ordine del giorno così formulato: «La Commissione sanità, nel concludere l'esame dei disegni di legge nn. 1211 e 1759 sulla disciplina dei trapianti, invita il Governo e le Regioni affinché in sede di regolamento per l'attuazione della legge e di contratti di lavoro prevedano forme di organizzazione dei servizi di trapianto e di incentivazione anche economica per il personale addetto ai trapianti».

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. Ho ascoltato con molta attenzione le argomentazioni, ma credo che quest'articolo vada letto nella sua interezza, che comporta due momenti diversi. Quindi, cogliendo le osservazioni del Governo e quelle espresse da vari senatori nel merito del secondo comma, accetterei l'ordine del giorno che tende a stimolare le Regioni verso la giusta considerazione del tipo e della qualità del lavoro e dell'alta professionalità di questo personale. Non mi soffermo su quanto esiste in altri paesi, negli Stati Uniti d'America in particolare, dove ci sono contratti aggiuntivi di incentivazione per questo tipo di personale; ma per lo meno è necessario che questa Commissione esprima un'indicazione sul problema. Il mio vuole essere un richiamo di attenzione, e può darsi che la Camera dei deputati riesca a sciogliere il nodo che noi non siamo riusciti a sciogliere.

Però riterrei opportuno mantenere il primo comma di questo articolo. È vero che il contenuto dello stesso viene indirettamente recuperato nelle norme finali che abbiamo votato all'articolo 29 in quanto già inserito nella precedente legge; ma mi sembra anche opportuno, essendo cambiati i termini del problema, recuperare questo concetto, che è fondamentale per la funzionalità di tutto il problema dei trapianti, con questa formulazione, che tiene conto del suggerimento della senatrice Jervolino: «Il personale necessario all'espletamento delle funzioni e dei servizi, di cui alla presente legge, qualora dovesse effettuarsi un espianto è tenuto a prestare la sua attività nell'ente o istituto anche oltre il normale orario di servizio, nel rispetto delle direttive emanate dalle Regioni».

12^a COMMISSIONE

44° RESOCONTO STEN. (10 novembre 1982)

ROSSANDA. Noi accoglieremo molto volentieri l'ordine del giorno, invitando però il senatore Bompiani a non introdurre nella legge una normativa specifica riguardante l'attività di servizio del personale per i motivi che sono stati detti largamente. Riteniamo che un invito fermo alle Regioni apra delle possibilità notevoli che l'organizzazione dei servizi sia effettuata nei termini più favorevoli, anche con l'introduzione di incentivazioni economiche che sarebbero forse le uniche veramente efficaci, ma che non possono essere introdotte nel testo della legge.

MELANDRI. In generale, ci siamo orientati sul criterio di recuperare il maggior numero di norme possibili dal regolamento, e questa è una norma che già esisteva nel regolamento. Perciò, dato che l'esigenza rimane, se non viene reintrodotta tale norma facciamo un passo indietro: da una disposizione esistente andiamo ad una cassazione della stessa. Si può persino pensare che la volontà del legislatore sia cambiata: cioè che il legislatore non abbia affatto intenzione di ripetere la norma di regolamento, perchè, mentre prima l'attuazione della legge era demandata al regolamento, ora non è più così.

A mio avviso, commettiamo un errore se ci esprimiamo soltanto con un ordine del giorno che sicuramente ha un significato, ma un significato estremamente limitato in rapporto a quella che è una normazione giuridica abbastanza precisa. Chiedo, pertanto, che si faccia un ulteriore tentativo per vedere di trovare una formula che inserisca nuovamente questa parte del regolamento che altrimenti viene cassata.

ROSSANDA. Sono radicalmente contraria all'introduzione di una norma di questo tipo. Vorrei far rilevare che l'articolo 29, che abbiamo approvato, lascia in piedi tutti gli aspetti del regolamento che non sono incompatibili con questa legge, quindi lascia in piedi anche la norma sull'obbligo dello straordinario.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Condivido l'osservazione della senatrice Rossanda.

BOMPIANI, *relatore alla Commissione*. Ho ascoltato le dichiarazioni dei colleghi, e prendo atto che si ritiene che la materia presentata con l'articolo aggiuntivo sia in pratica già inclusa nell'articolo 5 del regolamento attualmente in vigore e che non viene annullato da questo disegno di legge. Vi è comunque la unanime convinzione che questa materia debba essere disciplinata e conservata, e questo mi pare il punto fondamentale, perchè credo che, al di fuori di una regolamentazione del personale che opera in questo settore, si verificherebbe una forte caduta di possibilità di effettuare i trapianti, che hanno un grande e particolare rilievo di pubblico interesse e quindi una loro singolarità di normazione anche sotto l'aspetto dell'impiego del personale.

Se la Commissione ritiene che questa sottolineatura della particolare importanza di questo settore possa essere espressa efficacemente anche dall'ordine del giorno, non posso che ritirare l'articolo aggiuntivo come tale, facendo presente l'opportunità che con l'ordine del giorno si sottolinei la necessità di «organizzare i servizi nel rispetto dell'articolo 5 del regolamento attualmente vigente al fine di sviluppare sempre di più le possibilità di trapianti in Italia».

GROSSI. A mio parere, l'invito alle Regioni da parte del Parlamento contenuto nel testo proposto dal senatore Del Nero è improprio perchè nei confronti delle stesse noi abbiamo il compito di formulare leggi di indirizzo e di coordinamento. Dato che possiamo intervenire su questo piano, mi sembra che l'azione di indirizzo sia da rivendicare a noi stessi.

DEL NERO. È una materia in cui non abbiamo altro potere che esprimere un voto; nè noi nè il Governo possiamo intervenire per dare indirizzi. Datori di lavoro sono il Governo e le Regioni insieme. Ecco perchè rivolgiamo l'invito al Governo per il regola-

mento, e al Governo e alle Regioni per i contratti.

GROSSI. Nella definizione dei doveri del personale sanitario, che avranno poi una veste normativa nella contrattazione, la legge può prescrivere obblighi tassativi. Io credo che spetti al Parlamento definire i doveri degli operatori sanitari nei casi in cui ricorrano estremi di assoluta necessità a provvedere anche oltre l'orario di lavoro; saranno le parti a tradurli nei contratti. Ritengo che possa essere individuato un atto legislativo di indirizzo e di coordinamento che regolamenti gli obblighi degli operatori in caso di assoluta necessità. Questo caso, affidato per ora alla deontologia e alla buona volontà degli operatori, si presenta in modo clamoroso ed evidente nel campo dei trapianti, ma non è il solo caso. Se avrà dei riflessi contrattuali, sarà oggetto di contrattazione, che non spetterà al Parlamento. Al Parlamento spetta, invece, l'individuazione dei doveri.

CIACCI. Intervengo brevemente per dire che comprendo le preoccupazioni del mio collega di Gruppo, senatore Grossi. Mi sembra, però, che se scendessimo sul terreno delle norme di indirizzo per le Regioni, dovremmo intanto accettare la proposta di includere l'articolo aggiuntivo. Introduremmo così un elemento che metterebbe in moto un meccanismo per la revisione della normativa non solo per l'aspetto dei trapianti, ma per tutti i servizi ospedalieri. Chi di noi ha un po' di esperienza di organizzazione ospedaliera, sa che si tratta di fatti di carattere organizzativo. I servizi di un ospedale, come il pronto soccorso, l'emergenza, il servizio trapianti, eccetera, attengono ad aspetti organizzativi che ogni nosocomio gestisce secondo la sua struttura e le sue possibilità. Quindi, ritengo che ci si debba esprimere con un voto politico; non altro può rappresentare questo indirizzo per l'organizzazione dei servizi. Ed esso è sufficiente, perchè le ore straordinarie già si fanno (ci sono i servizi garantiti ventiquattro ore su ventiquattro) sulla base della normativa che disciplina gli ospedali.

Il relatore Bompiani dice che si tratta di provvidenze particolari ed io lo capisco, però

mi pare che se inseriamo le norme per il lavoro straordinario in questo settore, dovremo aspettarci, in seguito, l'apertura di un discorso che porterà a dettare norme di indirizzo per tutti gli altri settori dell'assistenza ospedaliera. Non credo che ci si possa fermare alle norme di indirizzo alle Regioni per l'organizzazione del servizio trapianti; questa non è una legislazione-quadro che detta norme di comportamento alle Regioni. Pertanto, ribadisco l'utilità dell'ordine del giorno, magari con qualche arricchimento, senza però andare oltre.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Vorrei osservare che i problemi sono due: il primo è che, ovviamente, non solo è corretto, ma anche puntuale che l'ordine del giorno dia indicazioni di massima al Governo sui contenuti di un regolamento che gli si prescrive di emanare con l'articolo 29 del provvedimento di legge. L'emanazione del regolamento è di competenza del Governo, per la precisione del Ministro della sanità di concerto con il Ministro di grazia e giustizia, secondo quanto stabilito con l'articolo 29. Per la delicatezza del momento specifico, pregherei di evitare nell'ordine del giorno qualunque riferimento a dinamiche contrattuali, perchè il Governo avrebbe problemi ad accettarlo.

Invece, un ordine del giorno che invitasse il Governo, in sede di emanazione del regolamento, ad adottare tutte le misure necessarie a garantire la continuità del servizio, mi sembra che coprirebbe le esigenze reali e globali del paese di cui ci siamo fatti carico, anche se forse potrebbe non essere particolarmente gradito da alcune decine o centinaia di operatori i quali da un diretto riferimento alla loro condizione economica trarrebbero motivo di gratificazione.

Ritengo opportuno evitare il riferimento a qualunque questione economica; circa il contratto, cosa avremmo da discutere? Evidentemente il compenso per la reperibilità, che è materia generale. Non è pensabile specificare quali devono essere le categorie reperibili.

DEL NERO. Lo è ancora meno in un regolamento di esecuzione.

12^a COMMISSIONE

44° RESOCONTO STEN. (10 novembre 1982)

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Però si può dire che ogni Regione identifica due o tre centri in cui il servizio deve essere garantito ventiquattro ore su ventiquattro.

DEL NERO. Questo ai fini dell'erogazione del servizio. Però, l'osservazione che emerge è che se al personale che deve prelevare l'organo per il trapianto non si dà un minimo di incentivazione, anche economica, esso non sarà adeguatamente soddisfatto. Infatti dovrà addossarsi tutte le grane, tutte le responsabilità, senza avere nemmeno la soddisfazione che potrà avere, invece, l'operatore che trapiantando un rene rimanda a casa il malato guarito.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Ha la soddisfazione di aver fatto il proprio lavoro, come facciamo tutti.

DEL NERO. Almeno, nell'ordine del giorno va specificato, a mio avviso, che uno dei temi che dovranno essere affrontati — come e quando si vorrà — è quello di una incentivazione; sarà una incentivazione economica, sarà una incentivazione morale, sarà un avanzamento di carriera, sarà una partecipazione, se queste esisteranno ancora: ma una qualche incentivazione dovrà essere data.

MERZARIO. Si potrebbe invitare il Governo a chiedere un parere al Consiglio sanitario nazionale per quanto riguarda la parte organizzativa, nominando poi in questa sede un comitato ristretto per stabilire le varie norme in materia.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Non sono d'accordo, perchè non si farebbe che complicare le cose e allungare i tempi.

MERZARIO. Resta ferma comunque la nostra volontà di sollecitare l'applicazione della legge.

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. L'ordine del giorno potrebbe invitare il Governo, nella sua azione generale di indirizzo e coordinamento, e particolarmente

in sede di elaborazione del regolamento, a garantire la continuità dei servizi e le necessarie incentivazioni per consentire la piena efficienza dei servizi.

PRESIDENTE. I senatori Del Nero e Ciacci propongono il seguente ordine del giorno:

«La 12^a Commissione permanente del Senato,

nel concludere l'esame del provvedimento recante disciplina dei trapianti terapeutici,

invita il Governo affinché, nell'espletamento dei suoi poteri di indirizzo e coordinamento, e in sede di emanazione del regolamento di esecuzione del provvedimento stesso, detti norme che garantiscano la continuità e l'efficienza dei servizi, prevedendo altresì opportune forme di incentivazione per il personale».

(0/1211-1759/1/12)

ORSINI, *sottosegretario di Stato per la sanità*. In tale formulazione, il Governo accoglie l'ordine del giorno.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti l'ordine del giorno dei senatori Del Nero e Ciacci.

È approvato.

Passiamo ora alla votazione finale.

Poichè nessuno domanda di parlare per dichiarazione di voto, metto ai voti nel suo complesso il testo unificato dei disegni di legge nn. 1211 e 1759, che assumerà il seguente titolo: «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».

È approvato.

I lavori terminano alle ore 13,30.