

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

13° RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 14 NOVEMBRE 1984

Presidenza del Presidente BOMPIANI

INDICE

Disegni di legge in sede deliberante

«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» (408), d'iniziativa del senatore Bompiani e di altri senatori (*Procedura abbreviata di cui all'articolo 81 del Regolamento*)

«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» (418) (*Procedura abbreviata di cui all'articolo 81 del Regolamento*)

PRESIDENTE	Pag. 2, 4, 18 e <i>passim</i>
CAVIGLIASSO, sottosegretario di Stato per la sanità	18, 21, 22 e <i>passim</i>
CONDORELLI (DC), relatore alla Commissione ..	4, 12, 14 e <i>passim</i>
IMBRIACO (PCI)	14, 21, 23
JERVOLINO RUSSO (DC)	24
MONACO (MSI-DN)	25
RANALLI (PCI)	2, 12, 14 e <i>passim</i>

I lavori hanno inizio alle ore 9,45.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

«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» (408), d'iniziativa del senatore Bompiani e di altri senatori
(Procedura abbreviata di cui all'articolo 81 del Regolamento)

«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» (418) (Procedura abbreviata di cui all'articolo 81 del Regolamento)
(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione congiunta del disegno di legge: «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 e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico» d'iniziativa dei senatori Bompiani, Rossanda, Condorelli, Colombo Svevo, Foschi, Jervolino Russo, Mascaro, Melotti, Meriggi, Cali, Ferrara Nicola, Imbriaco, Melandri, Ongaro Basaglia, Sellitti, Trotta, Sclavi, Alberti, Muratore, Di Nicola, Rossi e Fimognari; e «Nuova disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico».

Prima di riprendere il seguito della discussione sospesa il 7 novembre e prima di chiudere la discussione generale, ha chiesto brevemente la parola il senatore Ranalli per informarci circa l'andamento dell'Assemblea nazionale promossa dall'ANED.

RANALLI. Onorevole Presidente, vorrei brevemente riferire alla Commissione sull'andamento dell'assemblea nazionale promossa dall'ANED e che si è svolta domenica scorsa, alla Domus Mariae, qui in Roma, presente anche il senatore Condorelli il quale, probabilmente, potrà riferire le sue sensazioni, le sue notazioni.

Dal mio punto di vista vorrei in primo luogo sottolineare che si è trattato di una assemblea non solo affollata, ma soprattutto fortemente impegnata a sollecitare dal Parlamento una normativa, una disciplina legislativa per il prelievo di parti da cadaveri e di organi che sia molto più socialmente finalizzata, con minori circospezioni, con minori perplessità che, a giudizio di questa Assemblea, non hanno finora consentito una organizzazione non solo snella, ma anche fortemente finalizzata a garantire una disponibilità di reni e di organi adeguata.

Sottolineo questo clima perchè mi pare importante che noi, chiamati a pronunciarcì sulla novità di questo provvedimento, teniamo anche conto dei destinatari di questo provvedimento.

Ho sentito dire (tanto dalla presidente, dottoressa Bellini, quanto da tutti gli altri che hanno parlato) che preferiscono non avere una legge, cioè preferiscono che resti ancora una situazione da definire piuttosto che avere una legge che non risolve in maniera adeguata il problema che li angoscia. Adopero il verbo angosciare perchè francamente ci sono stati momenti di questa assemblea nei quali, il diritto alla vita, il bisogno di vivere era così preminente in tutti coloro che parlavano che argomentazioni che si collocavano in ambiti di teoria giuridica venivano sostanzialmente non comprese e, quindi, si stabiliva anche una difficoltà tra gli interlocutori che erano impegnati in quel dibattito.

Debbo poi dire che ho rilevato un impegno alla risoluzione organizzativa e funzionale dei servizi; questo lo dico perchè nella nostra discussione, giustamente, è stato fatto osservare da molti che non sono tanto le norme che attualmente gestiscono il consenso, quanto piuttosto la disabitudine ad una più elevata organizzazione di questi servizi a produrre gli impedimenti al prelievo degli organi.

È emerso, in quel dibattito, il convincimento che bisogna andare al superamento di quella forte depressione che si registra in tutta l'area che va da Roma al Meridione, con qualche segnalazione di depressione anche in aree che mi hanno lasciato sorpreso (ad esempio si è detto che c'è un'area della Toscana nella quale vi è una sottostima dei servizi), ed è stato fatto riferimento perfino al centro di Milano, dove esisterebbero ottanta emodializzati costretti al pendolarismo perchè non vi sarebbero servizi decentrati sufficienti ed adeguati.

Quindi c'è consapevolezza, da parte dell'ANED, che bisogna andare ad una rimozione di tutte le disfunzioni organizzative per riequilibrare la possibilità che oggi si registra in alcune aree dell'Italia settentrionale rispetto alle deficienze, alle lacune gravissime che sono state denunciate a Roma ed in tutto il Mezzogiorno.

Mi pare doveroso segnalare ai colleghi che da parte dell'ANED si sottolinea la necessità di smetterla con la identificazione dei bisogni degli insufficienti renali acuti con i servizi di urologia; si deve andare, invece, ad una cultura della nefrologia e, quindi, ad organizzare, attraverso i piani sanitari regionali, gli ambulatori di nefrologia, in ragione di uno ogni 500 mila abitanti (così veniva indicato) e poi i servizi di emodialisi, non solo ospedalieri ma anche domiciliari.

Mi era sembrato, attraverso la lettura di alcuni documenti, che noi fossimo in ribasso nella concezione dei servizi di emodialisi domiciliare; ho invece sentito dire, durante l'assemblea, che bisogna ancora insistere in questa direzione soprattutto per gli effetti psicologici che un trattamento, una prestazione di questo tipo (domiciliare) riserverebbe al paziente. E poi, ovviamente, i centri del trapianto come ultima tappa di questo processo organizzativo.

L'ultima questione, invece, riguarda i problemi di cui noi ci stiamo occupando. Gli intervenuti nel dibattito conoscono benissimo il disegno di legge n. 408 e il disegno di legge n. 418 e in quella sede li hanno scomposti, analizzati, criticati, eccetera.

Se ho ben colto le questioni poste dagli emodializzati, esse risulterebbero così proposte alla nostra riflessione: in primo luogo il cittadino ha diritto alla salute; ha diritto quindi, a curarsi e a guarire entro i limiti in cui ciò è reso possibile dalla scienza. Questo mi è parso un punto di partenza molto forte, perchè trova radici nella Costituzione ed anche molti risvolti nella legge n. 833.

Secondo concetto: se, dunque, il diritto alla salute deve essere garantito dallo Stato, pare all'ANED che il 42 per cento degli insufficienti renali acuti ha bisogno, per sopravvivere, del trapianto; quindi, debbono a loro volta essere messi in condizione di poter fruire, attraverso le strutture pubbliche, della possibilità di disporre di questa terapia che resta unica, e non alternativa, per vivere. E questo è stato detto con molta veemenza e con molta forza.

Terzo passaggio di questa impostazione: se è vero che il solidarismo sociale deve trovare nella cultura, nella politica dell'informazione, dalla scuola in avanti, la sua base, la sua fertilità, non è escluso tuttavia che lo Stato, come tale, debba essere promotore di apposite iniziative e quindi debba fare della legge che regola la disciplina del prelievo e del trapianto uno strumento di pressione anche sull'opinione pubblica, per consentire l'ulteriore sviluppo della cultura inerente a questa materia.

In conseguenza di tutto ciò, se le premesse hanno una loro logica e sono collocabili in una politica di uno Stato moderno, si dice che non c'è dubbio che il cadavere, in quanto privo di personalità e di soggettività giuridica, possa essere restituito (oltre che evidentemente al rispetto, al culto dei propri parenti e poi anche della società civile) allo Stato nella misura in cui la necessità della vita di altri obbliga a rendere possibile, in condizioni facilitate, il prelievo di questi organi.

Di qui l'esigenza, che si avverte molto acuta, che il consenso sia soprattutto considerato presunto e che il prelievo non debba avvenire solo sulla base di una preesistente dichiarazione per cui - questo è il punto - il medico può accedere alla salma considerata fonte di prelievo per salvare altre vite.

Ho voluto, sia pure sommariamente rivedere i punti più salienti del dibattito sull'argomento e non vi nascondo di avere a mia volta ritenuto, negli interventi che ho svolto, di dover convenire sulla complessiva correttezza e giustizia di questa impostazione, facendomi carico di un impegno mio personale e come rappresentante della mia parte politica, perchè, evidentemente nel limite del possibile, queste opinioni che vengono da una fascia di persone che dobbiamo tenere in alta considerazione siano accolte; sono, infatti, coloro che si attendono da noi una risposta valida ed adeguata.

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

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, vorrei ringraziarvi per le parole gentili che avete espresso nei confronti del lavoro da me svolto. Questo lavoro l'ho fatto senza preconcetti, ma forse con molta perplessità, attenzione ed anche sofferenza. Infatti, devo dire in tutta sincerità che molte delle cose che ho scritto sono state espresse in forma dubitativa proprio per la grande complessità dell'argomento e per i

suoi risvolti, oltre che tecnici (se ci fossero stati solo questi sarebbe stato molto più semplice agire) anche e soprattutto di carattere morale, etico e giuridico; campo questo ultimo nel quale non ho la preparazione sufficiente per esprimermi con certezza.

Ringrazio tutti i colleghi per il loro ampio apporto alla discussione e, signor Presidente, vorrei soprattutto esprimere il mio apprezzamento per gli interventi che hanno dimostrato non solo la profonda conoscenza e preparazione dei colleghi, ma anche la loro grandissima sensibilità morale. Questa Commissione si può prendere come esempio e campione di quello che rappresenta il Senato della Repubblica. È veramente un peccato – questa è una mia considerazione personale – che molta parte della popolazione non abbia la precisa conoscenza degli immensi valori che sono racchiusi in questo organo legislativo.

Nella mia replica – che non sarà lunga – tenterò di rispondere a tutti i colleghi, insistendo ovviamente su alcuni problemi particolarmente importanti come quello del consenso, il problema dell'accertamento della morte ed altri aspetti che non sono certamente trascurabili.

Il senatore Calì nel suo intervento esprime perplessità in ordine al titolo del disegno di legge ove compare la parola «cadavere», mentre in realtà, egli afferma, nella maggior parte dei casi si tratta di soggetti con attività cardiocircolatoria ancora in corso pur se cerebralmente morti. Ora, questo rilievo è molto importante perchè da esso traspare proprio quella che è la più grande preoccupazione non solo dell'opinione pubblica, ma anche di chi – come lo stesso senatore Calì – è scienziato o medico. Il problema è se il cosiddetto cadavere vivente (cerebroleso ma a cuore battente) debba essere considerato morto a tutti gli effetti oppure un morto speciale. Su questo punto onorevoli colleghi è necessario avere le idee molto chiare, perchè è un aspetto essenziale del problema.

Vorrei esprimere alla Commissione il concetto che mi sono fatto sull'argomento, concetto basato sia sulla mia esperienza di medico (ho operato numerose volte anche in reparti di terapia intensiva) sia sui progressi che si sono compiuti nel campo della traumatologia e della rianimazione, campi nei quali la scienza è andata talmente avanti che ormai vi è un'unica definizione di morte che comprende anche i casi in cui vi è la perdita totale ed irreversibile della funzione cerebrale. Infatti la perdita di questa coincide con l'estinzione definitiva dell'individualità corporea intesa non nei singoli elementi che la compongono, ma nella correlazione fra organi e funzioni la cui globalità è indispensabile non solo per l'espletamento della vita di relazione, ma per l'automantenimento della vita vegetativa. Pertanto, quando si parla di morte da arresto cardiocircolatorio o respiratorio non si intende dare una definizione di morte, ma soltanto precisare la causa della morte stessa restando fermo il concetto che questa, come ho detto poco fa, è la cessazione totale ed irreversibile della funzione cerebrale.

Ora, tale affermazione si basa sul fatto scientificamente documentato che vi è l'impossibilità documentata da determinati e ben codificati reperti semeiologici clinici e strumentali. L'accertamento della morte, e quindi della perdita totale ed irreversibile della funzione cerebrale, può essere fatta in due diversi modi attraverso i quali si ha la certezza assoluta della diagnosi: indirettamente, attraverso la constatazione dell'assenza di attività elettrica cardiaca per almeno 20 minuti, essendo stato scientificamente ed assolutamente accertato che, dopo tale intervallo di tempo, la funzione cerebrale non

è più ripristinabile anche nel caso, peraltro impossibile a verificarsi, in cui vi sia una ripresa spontanea o indotta della funzione cardiocircolatoria; direttamente, attraverso la documentazione che attesta l'assenza totale ed irreversibile dell'attività elettrica cerebrale. Ciò premesso, un individuo deve considerarsi morto a tutti gli effetti se ha perso irrimediabilmente la funzione cerebrale, sempre che tale diagnosi sia stata accertata con tutti gli accorgimenti stabiliti dalla legge; questo anche se la funzione cardiocircolatoria viene mantenuta attiva attraverso la ventilazione artificiale come può verificarsi nel caso di soggetti cerebrolesi e con perdita totale ed irreversibile dell'attività elettrica cerebrale e della ventilazione polmonare spontanea.

Si potrebbe obiettare che, dovendosi definire la morte con un concetto unico, per tutti gli obblighi e le conseguenze che derivino da tale evento ed in particolare per tutto ciò che riguarda la destinazione della salma (un tempo solo sepoltura ed autopsia, ora anche prelievo di tessuti ed organi ai fini di trapianto), non si comprendono le ragioni per le quali, mentre per i prelievi di tessuti e soprattutto di organi per i trapianti la legge prevede opportunamente tempi di attesa brevi dopo la morte, per la sepoltura e l'autopsia la legislazione attuale preveda tempi molto più lunghi.

Ciò dipende dal fatto - a mio avviso - che la legge vigente, che regola i tempi necessari per procedere alla sepoltura e all'autopsia, è stata emanata in un'epoca nella quale non soltanto l'accertamento in tempi brevi della morte non appariva una necessità (non sussistendo la pratica terapeutica dei trapianti di parti di cadaveri, per cui non venivano utilizzate nella diagnosi della morte l'elettrocardiografia o l'elettroencefalografia che possono documentare con certezza l'assenza completa e stabile dell'attività elettrica rispettivamente del cuore e del cervello), ma anche la scienza della rianimazione era ancora ai primordi, per cui non era possibile distinguere chiaramente, se non sulla base della successiva evoluzione clinica, i casi di coma cerebrale reversibile da quelli di coma irreversibile. In intervallo di tempo tra il momento della morte e le operazioni riguardanti la destinazione del cadavere (sepoltura, autopsia, trapianti) per l'opinione pubblica costituisce una garanzia, contro il pericolo che i prelievi di organi vengano fatti da soggetti non veramente morti a tutti gli effetti, il fatto che il suddetto intervallo di tempo sia uguale tanto se si tratti di sepoltura e di autopsia, quanto se si tratti di prelievi di organi. Questo è un punto importante da stabilire. A questo proposito ritengo che ci sia l'opportunità di definire nel codice civile - non è compito comunque di questa Commissione - il concetto di morte e modificare i regolamenti di polizia mortuaria che riguardano la destinazione delle salme, nel senso che la morte venga accertata con mezzi strumentali che diano la certezza immediata del fenomeno; in tal caso, gli intervalli che intercorrono tra la morte e le abituali destinazioni della salma siano uguali sia che si tratti di sepoltura, di autopsia, sia che si tratti di trapianti.

Questo concetto mi rafforza nell'idea che il titolo debba restare quello del prelievo di parti di cadavere; colgo l'occasione per ringraziare il senatore Calì, che mi ha dato la possibilità di chiarire questo equivoco estremamente importante.

Il senatore Calì inoltre sul problema del potere di disposizione da parte dei congiunti ha espresso parere favorevole al disegno di legge. Chiederei che ci fosse una chiarezza nell'orientamento, perchè mi è parso che il senatore Ranalli, riferendo quanto è avvenuto all'assemblea dell'ANED, si sia espresso

anche un po' a nome del suo Gruppo politico. Probabilmente è stato un equivoco quello di costruire questo castello del consenso presunto, perchè tutto sommato la legge non parla di consenso presunto ma di disponibilità di prelievo di organi da cadavere; poi interviene dando la possibilità ai congiunti non di essere surrogatori della volontà dell'estinto, ma di essere dei depositari di una eventuale volontà addirittura negativa. Il consenso presunto è una finzione giuridica, perchè il disegno di legge non ne parla. Anche io devo confessare di essere caduto in questo equivoco e di aver anche io parlato di queste cose nella mia relazione sull'onda di quanto poi si riscontra nella legislazione su questo argomento.

Con tutto il rispetto nei confronti degli interlocutori dell'ANED, mi è sembrato che forse alcuni aspetti non siano stati compresi. Per esempio, si è detto che questa legge non migliora la legislazione vigente perchè è vero che il consenso presunto, la disponibilità, rimane, ma i parenti hanno la facoltà di attestare che il *de cuius* era contrario, assumendosi una responsabilità; i parenti correrebbero il rischio così di incorrere in fatti di ordine penale per non aver affermato la verità

Ciò non è vero, in quanto la legge parla soltanto di responsabilità morale; non c'è alcun riferimento a una eventuale pena per un congiunto che dica un fatto non veritiero.

Comprendo tutte le ragioni possibili dei malati, ma questa legge si muove proprio nell'interesse del malato. Il problema del consenso non è il vero problema che ha frenato l'evoluzione dei trapianti in Italia. A questo proposito voglio riferire un'osservazione molto acuta - che sottoscrivo in pieno - del senatore Calì, il quale ha fatto notare che su 250 donatori disponibili c'è stato un rifiuto da parte dei parenti in numero limitato. Infatti, per il 70 per cento abbiamo avuto una risposta positiva. A questa osservazione è stato risposto che tutto questo è andato bene al Nord, mentre ci sono stati problemi nel Sud, dove c'era una posizione contraria per una diversa cultura dei morti. Si dovrebbe così creare una legge che tolga al parente qualsiasi possibilità di intervento. Personalmente non accetto questa tesi anche come meridionale, perchè al Sud - e questa è una profonda verità che voglio ribadire - non c'è cultura del trapianto in quanto non si conosce quale sia la sua importanza.

I difetti di organizzazione non hanno consentito la diffusione del trapianto. Non possiamo prendercela con la gente. Questo è il vero motivo.

Peraltro un medico di Pescara ha detto che: «tutto sommato, tutte le volte che abbiamo parlato con i congiunti di questo problema siamo riusciti a convincerli. Non abbiamo trovato opposizione». Quindi non ci possiamo nascondere dietro un dito.

Perchè non vediamo qual è la realtà? La realtà è proprio la mancanza completa di organizzazione che noi abbiamo in questo campo. Questo, secondo me è il punto. Poi vedremo dove ci porterà la discussione, quali saranno le soluzioni che dovremo prendere. Ma questa è una considerazione che io vorrei fare di fronte alla Commissione.

Quindi ribadisco il concetto che il problema organizzativo ha una grandissima rilevanza e costituisce un punto veramente essenziale. Sono perciò convinto che una volta che noi inizieremo efficacemente, coordinandolo, un lavoro soprattutto di rianimatori e poi di trapiantatori, daremo la possibilità a tutti di fare queste operazioni (lo sbaglio è quello di avere accentrato nelle mani di alcune persone l'onere di questo compito). Si tratta

di uno sbaglio enorme, perchè chi ne ha la forza, la capacità, l'intelligenza, deve poter eseguire questi compiti. E questo deve essere un principio fondamentale che deve guidarci in questi frangenti.

Il senatore Calì si lamenta, inoltre, delle anomalie circa il corretto funzionamento dei centri di emodialisi. Io sottoscrivo pienamente quanto egli dice; anzi devo dire che rimango perplesso di fronte a certe cifre: negli Stati Uniti pare che gli emodializzati non arrivino a 30.000 unità, mentre in Italia, con una popolazione che è circa un quarto di quella degli Stati Uniti, noi ne troviamo oltre 18.000. Allora qualche sospetto nasce. Non esiste alcuna norma che regola il problema dell'emodialisi, e questo mi sembra strano. Forse si fa fare l'emodialisi a persone che non ne hanno bisogno, o a persone estremamente anziane. Mi domando, però, se è giusto far fare l'emodialisi a persone che hanno più di 80 anni. Non lo so, me lo domando. Certo, il diritto alla vita è uguale per tutti, ma probabilmente esiste qualche disfunzione.

Deve esserci, quindi, un impegno da parte del Ministero della sanità e delle regioni a disciplinare questa grande materia che è l'emodialisi; a non lasciare questo campo soltanto alle iniziative dei malati. C'è il dovere di disciplinare la materia.

Il senatore Calì solleva un altro problema di grosso interesse: il problema dell'accertamento della morte cerebrale. Egli dice che dodici ore di attesa sono molte; che si potrebbe ridurre il periodo di osservazione a sei ore effettuando, quindi, a tutti, i dosaggi di eventuali sostanze ad azione repressiva sul sistema nervoso.

Questo però lo domando soprattutto al presidente Bompiani ed agli esperti: ma siamo sicuri che ci troveremo sempre nelle condizioni di poter dosare tutto nel sangue della gente?

Anche noi, come cardiologi, abbiamo un grande desiderio di effettuare una terapia razionale sulla base della farmacocinetica. Ma quante volte ci è possibile questo? Faccio un esempio: per farmaci di larghissimo uso come i nitroderivati non abbiamo delle metodiche per poter dosare la quantità. Se avessimo questa possibilità, potremmo fare una terapia molto più razionale, perchè potremmo stabilire non solo la dose di volta in volta, ma anche il tempo, la frequenza delle somministrazioni. Quindi, d'accordissimo sul fatto di effettuare i dosaggi tutte le volte che sia possibile, ma un malato potrebbe anche prendere una sostanza ad azione repressiva di cui non è possibile, allo stato attuale, uno studio farmacocinetico. Quindi ecco che per questo motivo noi ci dobbiamo muovere, ovviamente, con una certa cautela sull'argomento.

Il senatore Calì ritiene inoltre superflua quella norma (articolo 7) che stabilisce che i medici addetti al prelievo debbano essere diversi da quelli che accertano la morte. Lui la ritiene offensiva per i medici. Io dico che, a prescindere dal fatto che è diventato uso comune in tutto il mondo, perchè un'accademia nel 1968 (l'Accademia delle scienze nazionali degli Stati Uniti) prescrisse questa norma, io la manterrei soprattutto perchè si tratta di una garanzia per il medico, di un fastidio in meno, perchè c'è sempre il problema dell'impaccio notevole di dover trattare con i congiunti: ma soprattutto è una garanzia perchè così il campo viene sgomberato da ogni sospetto.

Capisco che chi opera onestamente si può sentire mortificato da questa limitazione, ma alla fine, come medico, dico che una norma simile ci fa anche comodo.

Un altro argomento di notevolissimo interesse, sollevato dal senatore Cali, è quello dell'obbligo del riscontro diagnostico del donatore, nel timore che con l'organo trapiantato possa introdursi, nel recettore, una eventuale malattia del donatore e, in modo particolare tumori, tenendo presente che la terapia immunosoppressiva nel recettore è un fattore certamente che favorisce l'insorgenza di malattie infettive e di tumori.

È molto importante che sia stato posto questo grosso problema della medicina, perchè noi siamo abituati a considerare la malattia come un fatto generale. Il grande progresso avvenuto dopo Ippocrate, infatti, ci ha portato a riconoscere che la malattia non è di questo o di quello organo, ma riguarda il contesto generale. È un concetto e una conquista, anche se, attualmente, la superspecializzazione ci sta riportando, oserei dire, quasi in epoca preippocratica e questo rappresenta certamente uno dei grandi pericoli della medicina che noi da sempre sottolineiamo.

Obiettivamente, quindi, questo pericolo esiste. Certo è più verosimile il fatto contrario, cioè che l'organo sano si ammali nel recettore. Noi sappiamo che addirittura anche nelle protesi artificiali - per esempio la protesi di un *by-pass* aorto-iliaco femorale che, in un aterosclerotico, poi può presentare le lesioni della aterosclerosi, almeno simili se non proprio uguali - delle lesioni, delle alterazioni si possono notare.

È meno frequente l'inverso, però è anche possibile.

Sono andato, a questo proposito, a documentarmi dopo questa osservazione. Indubbiamente qualche rischio c'è. Per esempio ho trovato, su un giornale del 1976, un articolo in cui si dice che su 431 reni prelevati e perfusi solo 356, l'83 per cento, sono stati trapiantati, mentre gli altri 75, il 17 per cento, furono scartati perchè presentavano delle anomalie che furono evidenziate durante la tecnica di perfusione, e perchè dimostravano di presentare delle alterazioni. Quindi, obiettivamente, questo rischio esiste. Però ciò dimostra quello che più volte abbiamo sostenuto - lo ha rilevato molto bene anche la senatrice Jervolino Russo - ossia che questa pratica non può essere considerata perfetta. È una pratica terapeutica importante, è una grande conquista ma, obiettivamente, lo ha affermato anche il senatore Botti, non ci auguriamo che sia l'unica via da seguire. Il nostro augurio è che il progresso della medicina ci permetta presto di utilizzare altri metodi terapeutici, compresa la prevenzione, lasciando ai trapianti solo quei casi in cui non esistono altre possibilità di cura. Dico questo anche per non assistere a spettacoli indecorosi come quello che è venuto alla ribalta in questi giorni: il caso di trapianto di un cuore di babbuino in un essere umano. Noi ci preoccupiamo di emanare leggi contro la vivisezione, poi ci troviamo di fronte a situazioni di questo genere in cui è addirittura l'uomo a fare da cavia.

Quindi, riprendendo il discorso, devo dire che questo è un problema che può incontrare ostacoli anche di ordine pratico: ad esempio per prelevare il fegato è necessario eseguire un'ampia apertura non solo del torace ma anche dell'addome. Sono convinto però che se gli anatomo-patologi riprendessero l'abitudine a svolgere anche le funzioni di medico come avveniva all'inizio delle grandi scoperte della medicina (non dimentichiamo che il grande clinico Morgagni ha contribuito al progresso della medicina quando ha iniziato ad occuparsi anche di anatomia patologica), sarebbe facilitata la valutazione ed il trapianto medesimo dell'organo. Mi risulta che recentemente anche lo specialista in questo campo è entrato a far parte delle *équipes* che

eseguono particolari tipi di interventi; questo mi sembra di buon auspicio. Comunque, tale questione riguarda la riorganizzazione interna.

Poichè quando si fa un prelievo, contemporaneamente si esegue anche l'autopsia, potremmo stabilire che la destinazione del cadavere sia essa ai fini di trapianto o ai fini autoptici non debba essere soggetta a normative diverse. È necessario fare attenzione però a non creare ulteriori ostacoli con tale disposizione, perchè non so se in tutti i casi di prelievo sarà possibile avere a disposizione una sala autoptica; su questo punto non so esattamente come è la situazione. Comunque, una normativa sul problema presenta aspetti di estremo interesse e di progresso notevole per la medicina.

Ringrazio il senatore Calì per le sue puntualizzazioni importanti che hanno dato modo di riflettere, non solo a me ma anche agli altri membri della Commissione, su alcuni aspetti rilevanti del disegno di legge.

Desidero, inoltre, ringraziare la senatrice Jervolino Russo sia per le benevoli parole espresse nei miei confronti, e che credo di non meritare, sia per i rilievi da lei formulati, che reputo di notevole interesse. La senatrice, infatti, in base a quanto affermato dagli esperti nell'audizione precedente al suo intervento, esprime perplessità in merito allo stralcio degli articoli di legge riguardanti la liberalizzazione delle sedi di prelievo e gli incentivi da parte delle regioni. Sono d'accordo con la collega, perchè solo una legge organica può risolvere i problemi connessi alle suddette questioni. Mi sento in dovere di aggiungere, inoltre, che la liberalizzazione della sede dei prelievi teoricamente può essere importante, ma dal punto di vista pratico può suscitare perplessità sia per quanto riguarda l'accertamento della qualità degli organi prelevati, sia sulla funzionalità globale dei centri che opererebbero in questo campo. Non vi è la certezza che tutti i centri siano veramente adeguati ed attrezzati anche per quanto riguarda la conservazione degli organi (a meno che una loro *équipe* non si sposti da un punto all'altro del territorio nazionale per reperire questi organi).

Una domanda che vorrei porre al rappresentante del Governo riguarda la difficoltà rilevata nel concedere le autorizzazioni. Ho ascoltato diverse lamentele in proposito. Per quale motivo i tempi sono così lunghi? A mio parere si avrebbe uno snellimento di tale procedura se il Ministero della sanità delegasse un medico od una commissione di esperti (come avviene ad esempio nei concorsi) per eseguire gli accertamenti, dopodichè questi redigono un verbale e rilasciano l'autorizzazione. Non capisco per quale motivo dobbiamo risolvere anche tali semplici questioni con una legge quando possono essere risolte diversamente. Perciò, fare addirittura uno stralcio di legge per l'autorizzazione e la liberalizzazione delle sedi di prelievo solo perchè vi sono difficoltà nel rilasciare le autorizzazioni mi sembra limitativo e mi lascia perplesso. Spero di avere delucidazioni dal rappresentante del Governo a tale proposito.

La senatrice Jervolino ribadisce la necessità che il disegno di legge mantenga il titolo attuale perchè è da considerare cadavere anche il soggetto che muore solo in seguito a cessazione delle funzioni cerebrali. È giusto ciò che afferma la senatrice; dobbiamo convincerci che la vera definizione di morte è quella in cui non vi è più attività elettrica cerebrale, le altre sono solo modalità di morte. Il mio consiglio è di non tergiversare su questo punto perchè rishieremmo di creare ancora più incertezze nell'opinione pubblica.

La collega Jervolino, nel suo intervento, ha anche aggiunto di non enfatizzare la pratica dei trapianti. Sono d'accordo; infatti, nella mia

relazione, ho fatto ben presente a quante complicazioni va incontro la persona che ha subito un trapianto, complicazioni che non consistono solo nel rigetto dell'organo, ma riguardano tutta una patologia che va dalla qualità dell'organo trapiantato alle malattie del paziente che possono colpire l'organo innestato anche se questo è perfettamente sano. Le nostre speranze, quindi, vanno al progresso della prevenzione che è da considerare il fine più elevato per il medico. Il concetto di prevenzione fu abbozzato dai grandi clinici del primo '900 e in seguito quasi del tutto abbandonato. Ora, viene ripreso con molta sensibilità anche da parte dei politici; significa che è un problema molto sentito e questo ci aiuterà ad attuarlo. A questo proposito ritengo che per quanto riguarda le malattie renali in particolare, vi siano delle possibilità, perciò nello stesso disegno di legge, se la Commissione lo ritiene opportuno, potremmo inserire delle proposte concrete.

Sul problema del consenso mi sono già espresso. Voglio ribadire però che sono d'accordo soprattutto su un punto: se stabiliamo una normativa troppo severa e togliamo ai congiunti la possibilità di partecipare alla donazione finiamo con il disincentivare le persone.

È vero che se noi accertiamo la morte da quel momento il malato non è più trasportabile al suo domicilio ma è anche vero che si può stabilire un conflitto con alcuni parenti. La cosa migliore sarebbe aumentare la casistica del consenso esplicito attraverso una educazione sanitaria e civica e, nello stesso tempo, cercare un'intesa, una collaborazione, con i parenti, con i congiunti.

D'altronde, la senatrice Jervolino Russo si è mostrata anche ottimista - e a me piace questo suo ottimismo - cioè il fondare il rapporto con i cittadini su un piano di ottimismo, dando non per scontata questa eventualità che siano riferite cose non vere in un momento tragico, quale quello della morte di un congiunto. Pertanto, sono pienamente d'accordo con quanto affermato dalla senatrice Jervolino Russo, sia sull'accertamento della morte cerebrale, sia sul fatto che il concetto della morte debba essere unico e valido per tutti, argomento che mi ha dato la possibilità poc'anzi di fare delle considerazioni.

In un momento in cui si parla molto di fecondazione artificiale, di banche dello sperma, eccetera, se tecnicamente diventasse un fatto possibile, vedrei favorevolmente uno sviluppo in questo senso. A mio avviso sarebbe opportuno dare grande valore, come principio della paternità, al desiderio che ha la coppia di avere un figlio: è già questo un crisma che naturalizza in pieno un figlio nato in provetta. Figuriamoci se poi questo figlio nascesse da un atto di amore; diventerebbe un fatto più significativo, anche se il patrimonio genetico non è più quello del recettore. Già questo fatto conferirebbe una paternità piena sotto tutti gli aspetti.

Per quanto riguarda il problema della donazione del proprio corpo, vorrei essere molto chiaro a questo proposito. C'è un'istanza - a mio avviso giusta - della società italiana di anatomia; qui però è necessario un consenso esplicito. La persona che vuole donare il proprio corpo per la ricerca scientifica deve dirlo in modo esplicito attraverso una dichiarazione scritta o, meglio ancora, iscrivendosi ad una associazione. Questo deve essere un punto fermo, in quanto non tutti possono accettare un fatto simile.

Sul problema di demandare al regolamento di esecuzione tutta la parte riguardante l'organizzazione territoriale sono d'accordo, vista anche la lungaggine di questi *iter* legislativi, che richiedono a volte addirittura più legislature per giungere a conclusione.

Un altro problema sollevato riguardava la disparità di trattamento tra i soggetti sottoposti a perizia per ordine del giudice e altri soggetti; in realtà, sarebbe opportuno uniformare questi aspetti. Se ammettiamo l'attestazione di volontà da parte dei congiunti per quei donatori che non muoiono nelle condizioni previste dal codice, sarebbe utile uniformare queste condizioni per tutti.

Sono d'accordo sugli incentivi economici, ma tornerò in seguito su questo aspetto.

Circa le sanzioni, risponderò non soltanto alla senatrice Jervolino Russo, ma a tutti coloro che si sono preoccupati di questo aspetto e in particolare al senatore Botti e al presidente Bompiani. Sono d'accordo con la senatrice Jervolino Russo nell'affermare che queste sanzioni sono state inserite non per una volontà persecutoria nei confronti dei medici, ma per meglio definire la fattispecie dei reati, onde non lasciare uno spazio troppo aperto all'interpretazione dei giudici, che alcune volte ci mettono in difficoltà. Sento moltissimo il problema della responsabilità del medico e dei rapporti del medico con la giustizia; più volte ho fatto il perito, più volte mi sono trovato a contrastare pareri di giudici che volevano assolutamente infliggere ai medici colpe che essi non avevano. Molto spesso poi l'interpretazione del giudice varia di volta in volta. È inutile dire che i casi precedenti facciano giurisprudenza, perchè non è così; spesso il giudice non osserva la giurisprudenza precedente, ma fa lui stesso giurisprudenza. È un problema delicato; abbiamo sentito anche le proteste di esperti medici. Mi auguro che in una prossima audizione - che il presidente Bompiani ci ha promesso di realizzare - siano interpellati anche i magistrati, in quanto sarebbe interessante sentire il loro parere.

In linea di massima, credo che esistano due vie: quella proposta dal disegno di legge così come è stato formulato (mi riferisco all'articolo 28), oppure potremmo anche abolire l'articolo 28. A questo punto però - e non è compito nostro - si dovrebbero modificare anche gli articoli del codice penale che riguardano tutta la materia dei reati che possono essere compiuti in questa materia (in particolare, l'articolo 413). Quindi, potremmo anche modificare entrambe le cose, introducendo nel nostro disegno di legge quei concetti che sono stati modificati nell'articolo 413.

In verità, si è profilata la necessità di non fare solo una legge sui trapianti, ma di fare in modo che siano modificati opportunamente il codice civile e il codice penale. Altrimenti potrebbero crearsi delle discrepanze che sarebbero davvero poco opportune.

Il senatore Melotto, avendo una grossa esperienza organizzativa, ha colto un punto essenziale, che non mi stancherò mai di sottolineare: la organizzazione.

Non andiamo a cercare altre storie, perchè questo è il punto.

RANALLI. È uno dei punti.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. Ma è il più importante; è quello che creerà una perfetta organizzazione per la diffusione dei trapianti, cioè una cultura dei trapianti, così da aumentare anche la casistica del consenso esplicito. Questo è un problema di grande rilievo.

Non so se il Senato vorrà diventare, oltre che promotore di leggi, promotore di incontri con gli assessori per vedere dove è carente questo

problema, in modo da sapere che cosa è stato fatto e che cosa intendono fare; per metterli ancora di più di fronte a certe responsabilità e creare (tramite legge) quei meccanismi che possano veramente facilitare questo compito.

E sottolineo anche la grande rilevanza (già evidenziata da altri colleghi) del problema dell'incentivazione culturale.

Sono d'accordo, quindi, sul fatto che bisogna fare in modo che, una volta che un centro è stato dedicato ai trapianti, questo centro sia in continuo progresso scientifico e culturale. E si deve dare la possibilità, a questi centri qualificati, di avere delle borse di studio per il personale non solo medico, ma anche per il personale sanitario non medico, per permettere a questi collaboratori di imparare e di migliorare.

Bisogna, quindi, fare delle convenzioni con i centri più specializzati in modo da portare la medicina italiana ad un livello sempre più alto e non inferiore a quello dei centri più progrediti del mondo. Infatti bisogna partire sempre con le massime ambizioni, poi la vita ci dirà dove si potrà arrivare.

Il senatore Botti ha sottolineato alcuni aspetti veramente importanti che io condivido: i rilievi sulla drammaticità della discrepanza tra domanda ed offerta e la grande importanza dell'educazione sanitaria. Mi è sembrato favorevole, quindi, all'impostazione del disegno di legge in ordine al problema dell'articolo 2. Devo però dire che sono importanti tutti quanti i rilievi tecnici che egli ha fatto: quelli sulla normocapnia; quelli sulla necessità di specificare per quanti minuti bisogna sospendere la respirazione; il problema dell'articolo 14, in cui bisogna aggiungere il monitoraggio anche breve; rilievi sulle sanzioni, che ritiene eccessive e disincentivanti; rilievi anche sull'articolo 26 in cui, giustamente, ritiene che il termine commercio debba essere ben specificato, altrimenti rimarrebbe abbandonato alla libera interpretazione che potrebbe anche risultare pericolosa. Inoltre ha sottolineato l'opportunità di stanziamenti per le strutture esistenti, eccetera.

A questo proposito debbo dire che noi abbiamo un'arma importante, il piano sanitario nazionale, dove possiamo cercare delle soluzioni. Però, ripeto, ho i miei dubbi sull'inserimento di questi rilievi in un ordine del giorno. Penso, invece, che addirittura nella stessa legge finanziaria dovrebbe essere previsto un capitolo per il problema degli incentivi ai trapianti. Potremmo così venire incontro ai desideri degli ammalati.

Il senatore Cartia, poi, riconosce il problema dell'impaccio dei medici della rianimazione a parlare con i congiunti. Questo è un problema vero e ritengo, infatti, che non debbano essere i rianimatori a parlare con i parenti, ma una figura ben diversa. E questo sistema viene già adottato negli Stati Uniti, dove il rianimatore fa soltanto il rianimatore. Quindi devono essere le associazioni o gli assistenti sociali (che dovrebbero esistere anche in queste *équipes*) a parlare di questi problemi.

Viene, poi, il rilievo inerente alle sedi dei prelievi (preferisco il termine prelievo ad «espianto»). A questo proposito ho fatto delle osservazioni perché mi stupisco dell'abnorme difficoltà che si incontra nell'ottenere una autorizzazione, e di questo si è già parlato.

C'è, poi, il problema degli incentivi che non devono essere solo di ordine pecuniario ma, soprattutto, di ordine culturale. Certo questo presuppone (lo diceva il senatore Cartia) un grande sogno, cioè quello della conduzione manageriale di un ospedale. Ma questo, purtroppo, è veramente un sogno, dal momento che non riusciamo a condurre in modo manageriale neanche l'università, figuriamoci se potrà mai essere possibile condurre un ospedale

in modo manageriale. Certamente, però, questa è la via che tutti quanti dovremmo intraprendere.

Sul problema dell'articolo 2, invece, mi pare che si trovi d'accordo con l'impostazione del disegno di legge. Apprezzo, poi, il suo ottimismo (lui che è chirurgo) per il fatto che si è trovato molte volte in condizione, prima di un intervento gravissimo e che comporta un alto rischio di mortalità, di dover parlare con i parenti per avere proprio quel confronto (il consenso dei congiunti) quando si accinge a compiere tale gravosissimo intervento. E questo è un fondamento etico della medicina, perciò credo che a questo non si possa rinunciare.

Il senatore Cartia, poi, ha fatto dei rilievi sul problema dell'elettroencefalografia, di ordine tecnico, ma questi verranno approfonditi nel momento in cui discuteremo dell'articolo 11; e poi, sul problema della normocapnia, ha fatto gli stessi rilievi espressi dal senatore Botti.

Il senatore Monaco, invece, è stato molto esplicito nel dire di abolire, nell'articolo 2, la parte che riguarda la possibilità di intervento dei familiari. In questo mi trovo d'accordo con quanto diceva poc'anzi il senatore Ranalli, e cioè che con questo provvedimento si modifica il costume. Questo è vero, ma dobbiamo fare in modo che questo avvenga in senso buono, non in senso cattivo, perchè il senatore Ranalli è andato via dall'assemblea nel momento in cui sentivo una cosa raccapricciante (tanto per far capire quale fosse il clima della riunione); ho sentito, infatti, un vigile urbano di Roma che diceva: «io sono nefropatico, in attesa di trapianto; quando vedo un incidente automobilistico e un morto dico: magari ci scappasse un rene per me!».

RANALLI. Quello che lei sta dicendo conferma il clima di angoscia di cui parlavo. C'è una esasperazione anche drammatica.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. Ma, se me lo consente, posso dire che questo non è edificante.

RANALLI. Su questo sono d'accordo.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. Si tratta di un discorso ampio; ciascuno reagisce con la propria cultura, quindi potrebbe anche essere giustificato. Ma certamente si tratta di un problema enorme.

Ringrazio il senatore Muratore per le osservazioni formulate.

Vi sono quattro disegni di legge alla Camera dei deputati (ciò dimostra la rilevanza e la difficoltà del problema), fra questi ve ne è uno di nostra iniziativa dove la norma contenuta nell'articolo 2 è stata abolita.

Per quanto riguarda il problema del consenso, vorrei che il sottosegretario Cavigliasso chiarisse la posizione del Governo, dato che una commissione ministeriale *ad hoc* mi ha inviato in via informale, e a seguito della trasmissione da parte mia del disegno di legge di iniziativa governativa al dottor Polizzi, alcuni emendamenti al testo del provvedimento che contrastano con la formulazione adottata dal Governo. A questo punto, dunque, cosa dobbiamo fare? Come ci dobbiamo muovere?

IMBRIACO. Vi è stato un contributo sulla questione controversa del consenso?

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. Sì, vi è stato un contributo nel senso che si propone di sostituire il termine «espianto» con la parola «prelievo», onde evitare diverse interpretazioni ed anche per una certa coerenza di terminologia. Inoltre, all'articolo 2, secondo comma, si propone di sopprimere il periodo che va da «ovvero» fino a «proprio assenso», ossia fino al termine del comma, onde evitare che i congiunti del donatore, a causa delle particolari circostanze e di eventuali reazioni di carattere emotivo legate alla drammaticità del momento, possano essere indotti ad attestare cose non rispondenti alla volontà del donatore stesso. Ho ritenuto opportuno portare a conoscenza di questa Commissione tale documento.

RANALLI. Ha fatto bene, senatore Condorelli, anche perchè tali questioni vengono poi a conoscenza di tutti.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. Ho sentito il dovere di dirle. Vorrei fare anche un'altra considerazione. Il nostro intento non è quello di enfatizzare i trapianti, ma neanche quello di affermare che il problema possa essere risolto con la prevenzione; desideriamo solo che la prevenzione (che è molto importante) faccia presto dei progressi e di conseguenza ci auguriamo che in futuro vi sia meno necessità di eseguire trapianti.

Per quanto riguarda gli incentivi al personale addetto alla rianimazione e a quello che esegue i prelievi, devo ammettere che sono molto importanti, anche perchè vi è un eccessivo protagonismo da parte di chi esegue il trapianto, mentre non viene altrettanto pubblicizzato il lavoro oscuro e ugualmente difficile di chi esegue il prelievo.

RANALLI. Infatti la fama, oggi, viene dall'esecuzione del trapianto non certo da quello del prelievo.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. A proposito delle osservazioni formulate dal senatore Alberti (mi dispiace che non sia presente), devo dire che pur apprezzando la sua intensa emotività riguardo a questo problema, non mi sento di condividere le sue considerazioni che ritengo addirittura eccessive. Non vi è dubbio che i rilievi da lui sollevati sono nobilissimi, però ritengo che non bisogna mai rimanere indietro rispetto alle leggi del momento, lo considero un errore. Poichè egli è un ottimista e un idealista, prevede la possibilità di un consenso esplicito nel tempo, per cui ipotizza una normativa che preveda il consenso presunto per la durata di cinque anni. Come ho già affermato, apprezzo molto nel senatore Alberti la sua enorme sensibilità e passionalità, il suo senso profondo ed etico nei confronti della medicina, però non si può tornare indietro.

RANALLI. Egli ha parlato addirittura dell'amore che i medici dovrebbero mostrare verso le salme.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. Ritengo, invece, si debba accettare un concetto espresso dallo stesso senatore Alberti riguardante l'autorizzazione che si deve dare al medico rianimatore affinché questo possa sospendere la rianimazione una volta accertata la morte, senza dover attendere (come accade ad esempio nel caso dei cerebrolesi che si trovano nei respiratori) che si presenti la possibilità di donare un organo, se il

soggetto in questione è un possibile donatore, come avviene invece negli Stati Uniti dove si mantiene nel respiratore un soggetto dichiarato deceduto fino a che non si presenti la possibilità di effettuare il prelievo di organi e quindi di effettuare i trapianti. Anch'io sono dunque del parere che se il medico rianimatore ha accertato la morte, rispettando i criteri stabiliti dalla legge, questi deve interrompere qualsiasi terapia inutile. A questo proposito è necessario unificare i vari comportamenti.

La senatrice Jervolino ha sottolineato le difficoltà che esistono nel Meridione d'Italia sul problema dei trapianti e come norme troppo severe possano disincentivare addirittura la popolazione. Ad esempio a Reggio Calabria, l'unico rene prelevato proveniva da una persona deceduta per un proiettile sparatogli alla testa, e pare che l'autorizzazione ad effettuare il prelievo sia stata chiesta ai familiari da un giudice. Naturalmente questo è un caso isolato, quindi non mi sento di generalizzare.

Desidero ringraziare il senatore Sellitti per le considerazioni da lui espresse, che dimostrano la sua grande sensibilità umana, che in un medico acquistano particolare significato. La sua preoccupazione è che con il tempo l'interesse collettivo, anche se molto importante, faccia dimenticare i valori individuali e i problemi di ordine etico e morale che possono sorgere dalla pratica dei trapianti.

La senatrice Colombo Svevo ha rilevato la grande importanza che può avere l'organizzazione dei trapianti nell'incentivare le persone. È interessante l'osservazione formulata sulla società di oggi, la quale, a suo parere, è un po' schizofrenica in quanto da una parte fa di tutto per organizzarsi autonomamente, mentre dall'altra pretende da noi leggi particolari che risolvano tutti i suoi problemi. Sono d'accordo; non sono convinto che le leggi siano tutto, ma rappresentano una guida. Ci vuole poi una volontà di applicarle, occorre la collaborazione di tutti.

Al presidente Bompiani va il mio vivissimo ringraziamento per l'apprezzamento del mio lavoro. Svolgendo questo lavoro, ho potuto avvalermi non soltanto della relazione introduttiva al disegno di legge, ma in modo particolare di un importante elaborato che egli molto gentilmente mi aveva preparato come guida. Sono lieto ed onorato per questo contributo che ha potuto guidare i miei primi passi, nella speranza di non averlo disilluso.

Condivido in pieno quanto il presidente Bompiani ha espresso, le linee sulle quali deve impiantarsi questo disegno di legge che deve favorire quanto più possibile i trapianti, in particolare per quanto riguarda i trapianti di cornea, la cui normativa dovrà essere particolarmente snella. L'accertamento della morte dovrà essere fatto in modo differente; d'altra parte, ritengo che troveremo più largo consenso proprio perchè la materia dei trapianti sta venendo maggiormente a conoscenza della popolazione.

D'altronde, ci sono sempre più persone, anche se non iscritte ad associazioni, che intendono donare dopo la morte le proprie cornee per la ricerca scientifica; in questo è anche accresciuta la disponibilità da parte dei congiunti a consentire questo tipo di trapianti, affinché questi importanti organi diano la possibilità ad altri malati di riacquistare la vista. In proposito ho fatto delle proposte, ma altre ce ne potranno essere al fine di facilitare il prelievo delle cornee.

Sono d'accordo sul principio della incentivazione dei sanitari, su cui si è dibattuto molto anche nella precedente legislatura. Nonostante ci sia stato un

ordine del giorno in tal senso, ritengo opportuno che ci sia qualcosa di concreto nella stessa legge.

Circa le perplessità espresse dal presidente Bompiani sull'articolo 28 sarà utile vedere in seguito se modificare lo stesso, ovvero modificare l'articolo 413 del codice.

Per quanto concerne l'accertamento della morte, sono del parere che la morte cerebrale significhi morte vera: su questo punto sono fermissimo. Il punto zero è il punto della morte; il resto è una garanzia che la legge deve avere, deve richiedere perchè questa certezza sia assoluta. Lo ringrazio anche per le dotte disquisizioni sulla morte come fattore dinamico: la morte degli organi per gradi e, quando si arriva all'ultimo grado, la morte biologica totale. Rimane però sempre fermo il concetto che la morte empiricamente, praticamente, pragmaticamente deve essere considerata come la perdita totale della funzione cerebrale, per cui è perduta in modo irrimediabile la funzione di correlazione, svolta dal sistema nervoso, tra gli organi e le funzioni.

RANALLI. Anche se è il penultimo grado della morte completa.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. La persona muore quando si interrompe la funzione cerebrale.

RANALLI. Una volta si diceva: polmone, cervello e cuore.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. Il polmone e il cuore sono causa della morte, non sono la morte stessa, perchè il cuore può fermarsi e poi riprendersi, come anche la respirazione. La morte invece avviene quando abbiamo perso in modo totale e irreversibile il funzionamento del sistema nervoso, per cui è perduta completamente sia la vita della ragione sia la vita vegetativa.

RANALLI. Nella concezione dinamica, che è molto interessante, la irreversibilità della morte del cervello è lo stadio ultimo della morte.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. È lo stadio primo. In altre parole, è morta la persona che perde in modo totale e irrimediabile la funzione cerebrale. Certamente c'è una gradualità nella morte biologica dei tessuti. Per esempio la cartilagine e le ossa sono le ultime a morire, tanto è vero che possiamo fare un prelievo anche dopo 24 ore; la cornea muore dopo 6 ore.

Con questi rilievi ho finito la mia replica, ribadisco quanto ho detto all'inizio: il problema essenziale nella politica dei trapianti è quello dell'organizzazione. Soltanto attraverso l'organizzazione, che comprende non soltanto una organizzazione territoriale, ma anche l'educazione sanitaria che è, come ha detto il presidente Bompiani, una parte dell'educazione civica, potremo incrementare l'attività dei trapianti. Nello stesso modo potremo accrescere la cultura dei trapianti e avvicinare le persone a questo problema.

Capisco che in regioni in cui non si è fatto niente sarà molto difficile; proprio per questo - è mia opinione - non mi aspetto dei miracoli da questa legge, se non ci sarà una volontà tenace da parte delle autorità sanitarie, dei

medici, della classe sanitaria e di tutti i cittadini, di risolvere questo problema nell'interesse di tanti malati che sono in attesa del trapianto.

PRESIDENTE. Senatore Condorelli la ringrazio ancora una volta per questa replica analitica, puntuale e critica – se per critica si intende capacità di scelta, capacità di dire le cose secondo un pensiero motivato – che lei ha fatto dopo averci presentato la relazione iniziale.

CAVIGLIASSO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Anche io devo un ringraziamento vivissimo a nome del Governo al relatore per il lavoro che in modo attento, puntuale e approfondito ha svolto su un tema così delicato come quello dei trapianti.

Desidero esprimere anche un apprezzamento vivissimo per i vari interventi, che hanno avuto un filo conduttore comune, cioè una attenzione profonda per l'argomento in discussione, dando contributi notevoli di idee per affrontare, nel modo più positivo possibile questo argomento e per trovare, in tempi possibilmente rapidi, l'avvio a soluzione di un problema che è vissuto, a volte in modo drammatico, da persone che hanno necessità di trapianto. Devo però dire che proprio la discussione che si è svolta nell'ambito della Commissione sanità del Senato ha posto in evidenza la complessità delle implicazioni relative al soggetto donante e al soggetto ricevente; sono tematiche che vanno dall'accertamento della realtà della morte, al consenso presunto, dal contatto con i familiari, all'espianto dell'organo o del tessuto, alla ricomposizione della salma, con implicazioni relative al soggetto donante, così come vi sono altre implicazioni relative al soggetto ricevente, alla compatibilità genetica per evitare il rigetto, alle particolari istituzioni dove effettuare il trapianto, al monitoraggio post-intervento. Sono problemi che ci pongono di fronte ad una duplice esigenza: quella di intervenire certamente attraverso un atto legislativo che consenta di avere delle procedure e dei tempi più rapidi, rispetto a quanto non accada oggi, in questo campo di interventi; ma ci si pone un'altra esigenza di fondo: quella di avviare, al di là delle affermazioni di principio sulla prevenzione, effettivamente degli atti volti alla prevenzione e alla educazione sanitaria.

Facendo anche riferimento a delle esperienze personali di carattere familiare ho avuto modo di dover soffrire di persona alcune di queste situazioni. Quindi credo che, per quanto si faccia per prevenire, non sarà mai sufficiente. Io mi auguro che anche attraverso un'educazione rivolta soprattutto ai giovani, perchè più difficile è il lavoro di educazione sulla popolazione adulta, anche se non deve essere trascurato questo aspetto, anche attraverso la scuola, noi possiamo arrivare ad una maggiore sensibilizzazione sul problema trapianti e ad una più corretta informazione su questo problema, e che attraverso una valida azione di educazione e di prevenzione ci possa essere in futuro sempre meno necessità di trapianti.

Tuttavia la risposta di salute che si deve dare a soggetti quali i nefropatici, i cardiopatici, i diabetici, non è di natura prevalentemente farmacologica, ma di chirurgia sostitutiva che non sempre è applicabile, o per carenza di organi idonei ad impiantare, o per inidoneità del ricevente.

I provvedimenti all'esame mirano ad intervenire in maniera decisiva per ritardare la curva di incremento dei soggetti in attesa di trapianto che, specie per il trapianto renale, mostra un incremento di diverse migliaia di pazienti all'anno, molti dei quali vengono trattati con l'emodialisi, una terapia che

comporta comunque una enorme sofferenza per chi deve sottostare a questo tipo di cura.

La discussione al Senato del piano sanitario per il 1985-87 appare quindi anche l'occasione perchè in quella sede si includa (fra le priorità del piano) la profilassi specifica nei confronti dei soggetti a rischio.

Il lavoro della Commissione dovrebbe tenere in considerazione la necessità di semplificare il quadro normativo, delegificando tutti gli aspetti meramente organizzativi o soggetti a rapida modifica per l'evoluzione scientifica (per esempio i parametri per l'accertamento della morte).

Il disegno di legge n. 418, di iniziativa governativa, è stato presentato al Senato nel testo già approvato nella scorsa legislatura per ottenere quella «corsia preferenziale» che prevede il regolamento parlamentare per i provvedimenti già da questa Camera approvati a fine legislatura: con tale procedura, però, non è stato possibile apportare alcun correttivo in sede di presentazione mentre ora, in sede di discussione, è possibile accedere ad alcuni miglioramenti.

Il Governo, pertanto, manifesta la sua disponibilità ad accogliere proposte emendative e farà anche delle proposte sue di emendamenti.

Devo comunque rilevare come anche la vecchia normativa, la legge n. 644 del 1975, laddove è stato possibile applicarla correttamente, ha dato già dei risultati positivi. Mi pare che questi ultimi si possano riscontrare particolarmente in zone del nord Italia dove si sono raggiunti degli *standards* abbastanza vicini a quelli di nazioni più avanzate della nostra, in questo campo, a livello europeo.

Pertanto dovremmo valutare se i disegni di legge al nostro esame possano limitarsi alle innovazioni rispetto alla legge n. 644, oppure se dobbiamo lavorare ad un provvedimento che sia alternativo a tale legge in modo globale, anche con la conseguente disciplina regolamentare per alcuni particolari profili.

Quindi questo è un interrogativo ed anche una valutazione che dovrà essere oggetto della Commissione nel suo complesso, se si sceglierà la via di lavorare ai singoli articoli, in sede di Commissione plenaria o se, invece, si demanderà ad una sottocommissione l'esame attento e puntuale dei vari articoli, almeno sui temi intorno ai quali vi è maggiore incertezza. Però, nell'una e nell'altra sede, credo che questo aspetto vada valutato in via prioritaria.

Sembra, comunque, che il lavoro fin qui condotto metta in evidenza come alcuni aspetti debbano essere sicuramente oggetto di riserva legislativa.

In materia di prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico spetta al legislatore definire chi deve accertare e dichiarare la morte del donante (specie per i soggetti in coma irreversibile) e i capisaldi essenziali dell'accertamento stesso; le modalità tecniche, invece, come il luogo dell'espianto, possono essere oggetto di disciplina secondaria. La riserva di legge poi, sembra ineludibile in materia di rilevanza della volontà del dante causa ai fini della manomissione del di lui cadavere.

La legge vigente esclude la rilevanza della volontà del *de cuius* quando il cadavere è oggetto necessario di indagini autoptiche, a fini di giustizia o per riscontro diagnostico. Nella legge il Parlamento deve decidere se la volontà del *de cuius* rilevi, in senso negativo, solo se risulti di inequivoca dichiarazione scritta, ponendo, in mancanza, «la fictio di un consenso

presunto» alla disponibilità del proprio corpo per le esigenze pubbliche di terapia, oppure se la volontà del *de cuius* debba in ogni caso essere rispettata. Ove non risulti in maniera inequivoca tale volontà, la famiglia può essere mera testimone e depositaria delle volontà e delle convinzioni dell'estinto e in tale veste viene interpellata, oppure è da valutare se non debba essere interpellata anche quale titolare di un proprio autonomo diritto dispositivo della salma del congiunto. Pongo questa riflessione ovviamente in modo interrogativo, perchè sono interrogativi che dovremmo ulteriormente approfondire.

L'osservazione che la famiglia ha titolo a non vedere vulnerato il rapporto affettivo che la lega al corpo del congiunto non sembra risolutiva del dilemma.

Pare di poter avviare una riflessione sul fatto che la garanzia dell'accertamento della morte effettuata da un collegio medico pone la famiglia nella certezza della morte del congiunto: il suo diritto ad estrinsecare la *pietas* familiare verso il morto non è scalfito dall'eventuale prelievo di un organo, come non lo è in caso di autopsia giudiziaria. Non va tuttavia sottaciuto il pericolo dello scatenarsi di una reazione contraria e negativa all'appropriazione «*ope legis*» del proprio corpo come quello del congiunto, sia pure per finalità altamente umanitarie e sociali.

L'equilibrio sostanziale della disposizione sul consenso presunto, attestato dalla famiglia quando manchi la prova documentale della volontà del *de cuius*, sembra allo stato attuale la soluzione più accettabile data la sensibilità ed il grado di maturazione possedute oggi dalle persone.

Destano motivate riserve le proposte emerse nel dibattito. Una di queste proposte è tesa a consentire per cinque anni la nuova disciplina sul consenso presunto, prevedendo a data fissa l'ulteriore più rigida disposizione che in mancanza di dissenso formalmente documentato, il consenso presunto è inoppugnabile dalla famiglia. Una tale previsione potrebbe avere un impatto psicologico negativo tale forse da azzerare anche l'attuale fascia di donatori che sono disponibili e testimoniano questa loro disponibilità attraverso l'AIDO e le altre associazioni di donatori di organi. Così pure desta riserve e perplessità l'altra proposta, ossia quella intesa a prevedere un nuovo modello di carta di identità che contenga apposito spazio nel quale riportare la volontà per la destinazione *post mortem* del proprio corpo, o in alternativa prevedere apposita tessera sanitaria di adesione al «programma trapianto» disponendo positivamente del proprio corpo *post mortem*.

La gamma dei documenti di identità è tale che bisognerebbe modificarli tutti: dal passaporto alla patente, dalla tessera ferroviaria a quella bancaria, comprese quelle di modeste dimensioni a lettura ottica ed elettronica. La tessera *ad hoc* per tutti troverebbe consenzienti solo i convinti donatori mentre gli altri oltre a non compilarla la lascerebbero nel cassetto.

Per entrambi i tipi di documento si porrebbe comunque il problema sulla veridicità della manifestazione di volontà (testimoni; vizi di consenso per errore, per incapacità momentanea, eccetera) e sulla modificabilità della stessa volontà. Come per tutte le disposizioni testamentarie non si può legittimamente negare al cittadino di modificare la propria opinione sul punto e quindi la carta di identità o la tessera rischierebbero di essere il diario di una solidarietà alternata all'egoismo della conservazione.

In buona misura ritengo che il consenso al prelievo da parte della famiglia come la disponibilità espressa positivamente in vita siano legati alla

serietà ed efficienza della organizzazione della rete dei trapianti. Vi è la convinzione che soltanto la costituzione di una rete che consenta di poter informare l'opinione pubblica dell'esistenza di strutture altamente qualificate dal punto di vista tecnico e preparate, sia il mezzo migliore per sensibilizzare l'opinione pubblica sul tema che stiamo affrontando.

L'innovazione contenuta nei disegni di legge in esame che ammette alla pratica del prelievo tutte le strutture sanitarie che, in possesso dei requisiti tecnici e del personale idoneo, lo vogliano, previa mera notificazione al Ministero della sanità, pare in contrasto con l'affermata volontà di potenziare i trapianti di organi. L'ampia facoltà concessa alle strutture ospedaliere di inserirsi o meno nel «programma trapianto» è la negazione di qualsiasi programmazione territoriale delle strutture idonee allo scopo.

La riserva di legge statale (articolo 6 della legge n. 833 del 1978) in materia di trapianti d'organo dovrebbe consentire allo Stato di imporre alle regioni di prevedere nella rete ospedaliera regionale idonee strutture opportunamente dislocate per il prelievo di organi e, in relazione all'entità dei soggetti dializzati o in attesa di trapianto, di prevedere uno o più centri di trapianti regionali.

In tal senso può avere significato il centro regionale di riferimento di cui al titolo terzo dei disegni di legge.

Il riordino della rete ospedaliera con l'abolizione di divisioni sottoutilizzate può essere l'occasione propizia a realizzare la rete nazionale dei programmi di trapianti sul modello già realizzato anche in alcune zone del nord Italia e che ha dato anche discreti risultati. Il finanziamento di tale rete con fondi a destinazione vincolata appare il mezzo operativo da indicare nella legge stessa.

Un ulteriore problema è stato posto dal relatore circa l'utilizzazione di parti di cadavere per scopi diversi dal trapianto terapeutico e sull'impiego della metodica di accertamento della morte per i soggetti in coma irreversibile, anche quando si tratti di possibili idonei donatori di organi.

Su quest'ultimo aspetto è stato evidenziato il diverso trattamento di pazienti ricoverati nei centri di rianimazione, nei confronti dei quali l'anestesista - ove non si tratti di donatori - non ha titolo legale di attivare la commissione per l'accertamento della morte cerebrale. Si tratta quindi, di valutare la necessità di estendere, in via positiva, la stessa possibilità di accertamento della morte cerebrale, anche ai fini di non protrarre inutili terapie su soggetti clinicamente morti in quanto decerebrati.

L'altro profilo attiene alla possibilità che i soggetti in vita possano disporre che il proprio corpo possa essere oggetto di insegnamento e di ricerca scientifica, aderendo alla richiesta delle facoltà di medicina. Sembra a noi che possa aderirsi alla richiesta dando però, a tali fini, rilevanza alla volontà del donante, così come d'altronde mi pare sia stato rilevato anche da parte del relatore nelle sue conclusioni. Ritengo di dover specificare, anche se non rappresenta un aspetto fondamentale, che a riguardo di questo specifico problema gli oneri relativi non debbano far carico al servizio sanitario nazionale, ma debbano ricadere sulle facoltà di medicina.

IMBRIACO. In questo modo non faranno più ricerca.

CAVIGLIASSO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Lo pongo come problema; è comunque una opinione. Credo che la ricerca debba avere i

supporti necessari e che, in questo caso specifico, sia più corretto seguire questo tipo di procedure, affinché non ricada sempre tutto nel calderone del fondo sanitario nazionale, che poi non è mai sufficiente per potere avviare i dovuti programmi di ricerca. Dobbiamo perciò accertare su temi specifici anche le rispettive competenze dei rispettivi ministeri e, quindi, dei rispettivi fondi che devono essere messi a disposizione.

Ritengo di poter dire, per quanto riguarda i tempi così lunghi che il Ministero purtroppo ha avuto nel concedere le autorizzazioni per i prelievi ed i trapianti, che questo sia dovuto in parte anche alle difficoltà che il Ministero spesso vive in fase di riorganizzazione, in quanto ancora non ha trovato modo di avviare la riforma.

Tuttavia, condivido la necessità che il Ministero si impegni ad esaminare attentamente questo aspetto specifico e che pure in questa situazione di difficoltà il Ministro avvii delle disposizioni e delle procedure che consentano tempi più rapidi.

Con questa risposta penso di non urtare la suscettibilità dei colleghi della Commissione, perchè ritengo sarebbe ingiusto da parte mia non rilevare le difficoltà stesse che il Ministero sta vivendo. In ogni caso, per quanto sarà possibile mi farò certamente portavoce presso il Ministro a che si prendano dei provvedimenti di carattere amministrativo, perchè queste procedure possano trovare dei tempi più rapidi.

Per quanto riguarda invece gli interrogativi sollevati dal relatore in merito al documento inviatogli dal professor Polizzi, credo si tratti di un rapporto a titolo personale - come mi sembra che lei stesso ha dichiarato - in quanto lei a titolo personale ha inviato un documento al professor Polizzi che, a titolo personale, ha inviato a lei la documentazione che ha qui ricordato.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. La Commissione non è personale.

CAVIGLIASSO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Da quello che lei ha detto mi è parso di cogliere che lei a titolo personale avesse inviato a diverse persone sue conoscenti ed amiche il documento della relazione e che queste persone, a titolo personale, le abbiano risposto motivando apprezzamenti o esprimendo suggerimenti in merito al lavoro successivo che dovrà essere svolto in questa sede.

Tuttavia, anche in questo caso mi incarico di sentire il professor Polizzi su questa materia, affinché nell'ambito del Ministero il tutto possa essere coordinato da parte della direzione generale competente in collegamento con l'ufficio legislativo del Ministero e che, pertanto, il Ministero possa portare in questa sede una espressione unica di volontà o, comunque, di indirizzi, di orientamenti da parte del Ministero e non ovviamente a livello di singole persone.

Rinnovo il mio ringraziamento più vivo per tutti gli apporti che sono stati dati in questa sede, augurandomi che questi due disegni di legge possano trovare nei tempi più rapidi possibili, data la rilevanza del problema che stiamo affrontando, la loro definitiva approvazione.

PRESIDENTE. Sono io invece che debbo ringraziarla, onorevole Cavigliasso, per aver partecipato a queste nostre sedute, per averci portato la sua diretta esperienza e per averci chiaramente ragguagliato sulle posizioni maturate in sede ministeriale.

Vorrei concludere la discussione generale sottolineando che, se la nostra Commissione su ogni problema lavora con molto impegno e serietà - occorre darne atto a tutti i componenti - è indubbio che su particolari argomenti, come quello che stiamo affrontando, data la sensibilità dei singoli, il complesso di tradizioni, la ricchezza di posizioni psicologiche e giuridiche che si sono succedute nel tempo sull'argomento e dato il fatto che ci avviciniamo a quella particolare area di confine tra la vita e la morte nella quale - è stato detto - si scaricano anche tutte le angosce più profonde di ciascuno di noi, la motivazione nostra è più forte e l'impegno della Commissione sarà ancora più manifesto. Mi auguro che questo messaggio arrivi all'opinione pubblica, così come ha auspicato il relatore, nella sua correttezza ed integrità di valutazione. Anche per questo le proposte che sono venute per una seconda audizione che colmi le lacune e ci fornisca ulteriori ipotesi, idee ed apprezzamenti, saranno certamente da me accolte. Inviteremo magistrati, oltre che rappresentanti delle organizzazioni più interessate, sia dal punto di vista dei «ricettori d'organo» che da quello dei «donatori»; inviteremo esperti nel trapianto di cornea, per ascoltare i problemi particolari che questo settore presenta; completeremo poi l'audizione con un incontro con il professor Polizzi, che si è dichiarato disponibile.

Se la Commissione concorda penso di non protrarre i nostri lavori troppo in là. Più o meno si potrebbe fissare la data del 27 novembre, per avere il tempo necessario di preparare gli inviti e le convocazioni. Lo stesso rappresentante del Governo si chiedeva se fosse meglio procedere in Commissione plenaria o in comitato ristretto. Chiedo alla Commissione di esprimere un parere su questo aspetto.

IMBRIACO. Prendo la parola intanto per dichiararmi d'accordo sulla data del 27 novembre, per dichiarare la nostra disponibilità alla formazione di un comitato ristretto che, in tempi estremamente brevi, raggiunga una intesa sull'articolato; infine - se mi è consentito - per una puntualizzazione e precisazione su un appunto che il relatore ha mosso di fatto al Gruppo comunista, registrando una contraddizione circa le questioni che stiamo esaminando. Non credo che sia scandaloso nè che desti meraviglia il fatto che in un collettivo vi siano opinioni diverse, soprattutto quando ci si misura con problematiche così complesse, che hanno rapporti con aspetti di civiltà, di cultura, di etica, eccetera. Dal punto di vista politico, sento il bisogno di operare un distinguo e una precisazione, perchè il problema che abbiamo di fronte, e soprattutto questo disegno di legge, come ricordava la rappresentante del Governo, ha una storia abbastanza singolare. Si tratta di un disegno di legge unitario che ha raccolto, in buona sostanza, il lavoro della scorsa legislatura ed è stato sottoscritto da tutti i Gruppi. Tuttavia la ragione che ci spinse all'epoca ad accelerare i tempi per l'approvazione di questo provvedimento è stata smentita dai fatti. Siamo ormai a circa due anni dall'inizio della legislatura e il disegno di legge segna il passo. In tutto questo periodo molta acqua è passata sotto i ponti, ci sono stati processi, avanzamenti, eccetera. Dunque il discorso stamani - del resto così è stato anche nell'esposizione del rappresentante del Governo e dello stesso relatore - sicuramente non può fermarsi al punto in cui giunse nell'altra legislatura.

Solo tra parentesi dico che sono andato a rivedere la produzione legislativa ed i progetti di legge dell'altro ramo del Parlamento, notando una

diversificazione di pareri e di proposte marcata rispetto al provvedimento che abbiamo in esame. Esistono alcuni problemi che sicuramente esigono una messa a punto, un aggiustamento e una attualizzazione delle concezioni che lo stesso Parlamento ha espresso in tempi non molto lontani. Ma al di là di questo, il senatore Ranalli stamattina si è fatto portatore e testimone di un aspetto importante ed interessante che c'è stato, registrando stati d'animo, esigenze e problemi che spesso hanno toccato punte di esasperazione, se è vero che il senatore Condorelli ha dovuto registrare proprio *in corpore vili* come, estremizzando questo concetto, si arrivi alla visione plastica dell'*homo homini lupus* o del *mors tua, vita mea*.

Tutto ciò accade ed è facilitato anche perchè molte volte in materia di legislazione probabilmente il Parlamento non è all'altezza o addirittura non anticipa, attraverso i suoi provvedimenti, processi che lasciati a se stessi, senza guida, finiscono poi per toccare quelle punte estreme di radicalizzazione. Il senatore Ranalli rappresentava molto efficacemente la situazione espressa e vista da uno dei settori più delicati e purtroppo più drammaticamente colpiti dall'assenza di un provvedimento organico che regoli tutta la materia dei trapianti. Non dico che noi comunisti siamo una cassa di risonanza, ma in ogni caso, proprio perchè dobbiamo essere coloro che in maniera maggiore raccolgono l'avanzamento dei processi, le spinte che maturano nella società, non possiamo non tener conto di quanto accade. E da questo punto di vista credo che con il comitato ristretto si potrà trovare una soluzione legislativa ed una sistemazione dell'articolo 2 che faccia fare un notevole passo in avanti rispetto alle acquisizioni raggiunte nell'altra legislatura e siglate in questo disegno di legge. Però, senza menar scandalo e senza per nulla trovarci in difficoltà, dobbiamo ribadire che se dovessimo registrare ostacoli, che finissero per far perdere ulteriormente tempo e quindi per impedire una rapida soluzione, alla quale miravamo con la «corsia preferenziale» attribuita a questo disegno di legge perchè unitario, non saremmo alieni dal prendere in considerazione anche l'ipotesi che venne fuori dalla audizione di esperti nelle settimane trascorse; e non riterremmo riduttivo, senatore Condorelli, questo stralcio, questa estrapolazione, proprio perchè - e del resto conviene lo stesso senatore Condorelli - il problema dei problemi, siamo tutti d'accordo, riguarda l'organizzazione, cioè l'argomento principe che fa giustizia di tutte le interpretazioni e consente finalmente di metterci al passo con i tempi.

Se questo è vero e se ci sono difficoltà di altra natura per far avanzare in tempi brevi il provvedimento organico, non c'è per noi nessuna difficoltà a stralciare questa parte, arrivando ad una rapidissima approvazione di questo aspetto del provvedimento.

JERVOLINO RUSSO. Anch'io ritengo opportuno effettuare in tempi brevi questa ulteriore audizione. Sollevo però un problema metodologico; abbiamo precedentemente ascoltato dei giuristi e credo sia opportuno sentire dei magistrati. Chiederei all'Ufficio di Presidenza se non sia il caso di richiamare anche i giuristi, per arrivare a delle sintesi sul piano giuridico senza creare due orientamenti divergenti tra il magistrato che tecnicamente è più portato a vedere i problemi di applicazione del diritto ed il ricercatore che è invece più aperto verso esperienze di altro tipo.

Mi pare che sia inoltre necessario riaffermare la comune volontà di giungere al più presto alla approvazione di questa legge. Voglio dire ai

senatori Imbriaco e Ranalli che mi auguro che non ci siano posizioni diverse, non solo all'interno dei Gruppi, ma neanche tra i Gruppi, ma che comunque non mi scandalizzerei se in questa materia ci fossero delle divergenze, dato che in essa più del dato politico contano le culture, la sensibilità e le esperienze personali.

Proprio per rispetto del Parlamento, vorrei dire con decisione che dopo aver lavorato nei tempi più brevi possibili, dobbiamo giungere ad una definizione legislativa. Non scegliere è infatti il modo peggiore per far crescere la democrazia ed il rispetto delle istituzioni; anche sulla base dell'esperienza della passata legislatura si tratta di scegliere il metodo migliore per giungere all'obiettivo della massima solidarietà possibile.

Date queste premesse, sono favorevole all'audizione ed alla costituzione di un comitato ristretto, ma sono anche favorevole alla approvazione di una legge globale.

MONACO. Vorrei ringraziare la Commissione che mi ha restituito un po' di rispetto per una democrazia veramente funzionante. Ho infatti visto una grande collaborazione in questa discussione, che è stata diretta in modo egregio dal Presidente con l'ausilio del relatore, di cui non so se apprezzare maggiormente la relazione o la replica.

CAVIGLIASSO, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Vorrei brevemente fare una precisazione. La mia è stata una replica problematica su alcuni punti, e vorrei ribadire la disponibilità del Governo ed anche mia personale, a seguire i lavori del comitato ristretto, portando in quella sede delle specifiche proposte di emendamenti al testo anche con la collaborazione dell'Ufficio legislativo del Ministero al fine di elaborare nei tempi più rapidi le osservazioni che sono state avanzate in questa sede.

CONDORELLI, *relatore alla Commissione*. Sono d'accordo con la senatrice Jervolino Russo quando sostiene che dobbiamo tentare di fare una legge, in quanto non credo positivo presentarsi all'opinione pubblica avendo abdicato al nostro compito fondamentale. Siamo tutti animati di buona volontà e quindi non credo che l'articolo 2 - per il quale possiamo trovare una soluzione - possa rappresentare una remora.

Vi sono inoltre degli altri aspetti che vanno precisati, e credo che il peggior modo di presentarsi all'opinione pubblica sia quello di fare uno stralcio; lo riterrei riduttivo, in quanto stralciare una parte del provvedimento per accelerare le pratiche ministeriali per le autorizzazioni, equivarrebbe alla rinuncia del Parlamento ad essere se stesso. Il Ministro deve infatti assumersi le sue responsabilità.

Sono d'accordo sul comitato ristretto, ma non vorrei che si ricominciasse tutto daccapo; proporrei che il Comitato sia più che altro una Commissione informale, e che le sue riunioni siano pubblicizzate in modo che chiunque lo desideri possa intervenire così che il Comitato possa elaborare una legge in modo quasi definitivo. La Commissione dovrebbe successivamente elaborare solo alcune modifiche in modo che il lavoro possa risultare celere.

PRESIDENTE. Dopo aver ascoltato l'esposizione delle posizioni dei Gruppi parlamentari, del relatore e del Governo, credo si possa constatare

che vi è unanime consenso alla formazione di un Comitato ristretto e che lo stesso debba avere tempi di lavoro e scadenze molto ravvicinate per poter verificare al più presto possibile i punti più delicati del provvedimento onde arrivare ad un testo da riproporre alla Commissione.

È già stato precisato da diversi parti, ma credo sia utile ribadirlo a nome della Presidenza della Commissione, che la riproposizione con le firme di tutti i Gruppi parlamentari del testo che stiamo esaminando si è verificata nel dicembre dello scorso anno a pochi mesi dall'inizio della legislatura, proprio per poter usufruire della norma dell'articolo 81 del regolamento del Senato e per documentare la volontà di tutti i Gruppi di dare una normativa a questo grosso capitolo dell'assistenza sanitaria.

Al di là di queste considerazioni, è chiaro che le valutazioni che furono da noi adottate nella precedente legislatura, il 10 novembre 1982, e che non furono verificate alla Camera dei deputati se non attraverso un inizio di discussione che non ebbe ulteriore seguito per lo scioglimento delle Camere, non sono vincolanti e che l'autonomia della nuova legislatura ci consente di valutare con la massima apertura e serenità i problemi posti e riproposti da questo testo legislativo.

Mi sembra che il Governo abbia già, per parte sua, dichiarato che la stessa intenzione aveva quando ha presentato il disegno di legge che porta il numero 418, che è strettamente vicino a quello d'iniziativa parlamentare anche quanto a tempi di presentazione. Ciò rimane chiaro anche per l'opinione pubblica che vogliamo informare nella maniera più corretta, in modo che poi non ci si presti a speculazioni o a divergenze nell'accertare la verità, quanto meno.

A questo punto non rimane che rinviare il seguito della discussione e prender atto che, aderendo alle decisioni emerse nel nostro dibattito, verrà costituita una sottocommissione incaricata di predisporre un testo da sottoporre al nostro esame e della quale saranno chiamati a far parte i senatori Condorelli, Costa, Calì, Jervolino Russo, Mitterdorfer, Monaco, Ranalli, Rossi, Riva, Ongaro Basaglia, Sellitti e Valitutti.

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

I lavori terminano alle ore 12,10.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare preposto all'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. ETTORE LAURENZANO