SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA -

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

22° RESOCONTO STENOGRAFICO SEDUTA DI MERCOLEDÌ 3 APRILE 1985

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 ai sensi dell'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 ai sensi dell'articolo 81 del Regolamento)

(Seguito della discussione e rinvio)

Presidente	Pag. 2,	13, 17	e pas	sim
CONDORELLI (DC), relatore	alla Con	ımissio	one	2
Jervolino Russo (DC)			14, 16,	, 18
Melotto (DC)				16

I lavori hanno inizio alle ore 9,55.

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 ai sensi dell'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 ai sensi dell'articolo 81 del Regolamento)

(Seguito della discussione e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione dei disegni 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» d'iniziativa dei senatori Bompiani 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», per i quali è stata adottata la procedura abbreviata ai sensi dell'articolo 81 del Regolamento.

Come i colleghi ricorderanno, circa a metà del mese di novembre terminò la discussione generale sui due disegni di legge e si decise la costituzione di un Comitato ristretto per l'elaborazione di un testo finale. Tale Comitato in questi mesi ha potuto approfondire la materia sia ascoltando esperti – le cui audizioni sono risultate molto interessanti – sia discutendo con i colleghi della Commissione giustizia per i risvolti giuridici della problematica in esame. In tal modo abbiamo potuto maturare le nostre opinioni sia dal punto di vista scientifico che da quello giuridico per affrontare meglio questo dibattito.

Il Comitato ristretto ha poi ripreso in esame l'articolato ed ha predisposto un testo – sotto la guida del senatore Condorelli che ne è relatore – che oggi viene sottoposto all'attenzione della Commissione.

Fatta questa premessa di ordine generale, prego il senatore Condorelli di riferire alla Commissione sul disegno di legge elaborato dal Comitato ristretto e sul lavoro svolto da esso.

CONDORELLI, relatore alla Commissione. Signor Presidente, onorevoli colleghi, prima di iniziare l'esposizione della mia relazione sul testo elaborato dal Comitato ristretto desidero ringraziare il presidente Bompiani e tutti i colleghi che hanno partecipato a questo lavoro, nonchè gli esperti che ha ricordato prima il Presidente, sia scienziati che insigni giuristi, i quali hanno dato un contributo molto importante per la stesura delle varie norme. In particolare mi preme

sottolineare il rilevante contributo del giudice Mastropaolo, del professor Polizzi, direttore generale dei servizi per gli ospedali del Ministero della sanità, e del professor Manni, professore di anestesia e rianimazione dell'Università cattolica di Roma. Inoltre vorrei precisare che, a differenza di quanto è stato detto dal Presidente nella presentazione del testo predisposto dal Comitato ristretto, il relatore ha avuto soltanto la possibilità di imparare partecipando alla discussione dei membri del Comitato ristretto, sicuramente molto più esperti e competenti di lui. Detto questo, passo alla illustrazione del testo elaborato dal Comitato ristretto.

Devo subito dire che i disegni di legge presentati dal presidente Bompiani, insieme ad altri senatori, e dal Ministro della sanità hanno subito certamente notevoli modificazioni. Infatti tali testi si ispiravano alla situazione ed allo stato d'animo vigenti nell'VIII legislatura; ma i tempi sono cambiati e si è evidenziata una pressante urgenza di realizzare nel nostro paese il maggior numero possibile di trapianti di organi prelevati da cadaveri. Pertanto a tal fine sono state introdotte alcune innovazioni che presumibilmente renderanno più agevoli queste importantissime operazioni, che ormai sono riconosciute fondamentali anche per lo sviluppo della ricerca scientifica. Debbo dire altresì che i punti sui quali vi sono state le maggiori discussioni – come del resto era prevedibile – sono stati soprattutto due: il problema dell'accertamento della morte e quello, ancora più complicato, concernente il consenso alla donazione.

Per quanto riguarda il primo punto siamo stati indecisi se introdurre all'inizio dell'articolato una definizione precisa del concetto di morte, ovvero se stabilire un codice di comportamento per i rianimatori. Trattandosi di un disegno di legge riguardante i prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico si è ritenuto più opportuno scegliere la seconda via, più aderente anche alla competenza di questa Commissione. La necessità di stabilire un codice di comportamento per tutti i rianimatori è fondamentale perchè, come è noto, uno degli equivoci maggiori e motivo di perplessità per la popolazione è quello che deriva proprio dal comportamento dei rianimatori di fronte ad un soggetto in coma celebrale profondo: infatti vi sono alcuni rianimatori che proseguono l'attività di rianimazione, ormai inutile, fino a quando cessa completamente l'attività cardiaca; altri invece, più razionalmente, nel momento in cui ritengono che vi siano tutti i criteri per stabilire che il soggetto è sicuramente morto dal punto di vista celebrale sospendono ogni attività di rianimazione. Questo mi pare un punto essenziale, che è stato recepito nell'articolo 1 del disegno di legge. Esso dispone: «Fermo l'obbligo del medico curante, anche in caso di cessazione del battito cardiaco, di compiere tutti gli interventi suggeriti dalla scienza, per salvaguardare la vita del paziente, è consentito sospendere gli interventi di rianimazione, quando si sia verificato arresto cardiaco irreversibile, accertato ai sensi del successivo articolo 3, ovvero quando sia intervenuta la definitiva ed irreversibile cessazione della attività cerebrale, accertata ai sensi del successivo articolo 4».

In presenza di tali condizioni il prelievo di tessuti ed organi da cadaveri a scopo di innesto o di trapianto terapeutico è consentito nei casi e con le modalità previsti nelle successive disposizioni. Si è ribadito anche il concetto del divieto di prelievo dell'encefalo e delle ghiandole genitali, già presente nella normativa attuale; inoltre viene consentito il prelievo dell'ipofisi al fine di produrre estratti innestabili per la cura delle insufficienze ipofisarie. Esiste ancora, come sapete, una richiesta di questi ormoni ed è sperabile che in un prossimo futuro altre metodologie renderanno superflua e desueta questa necessità.

Il problema del consenso viene affrontato negli articoli 2 e 2-bis. Come dicevo poc'anzi vi è stata un'ampia discussione su questo punto, anzi devo aggiungere che in sede di Comitato ristretto si è preferito analizzare prima il provvedimento nel suo complesso ed infine esaminare in modo più approfondito questo problema. Suggerirei di procedere con tale metodo anche in questa sede.

Qual è stata la filosofia che ci ha spinto a formulare questi articoli sui quali ovviamente si potrà ancora discutere e a cui si potranno apportare ulteriori modifiche? Si è voluto attenuare notevolmente l'intervento dei congiunti nel momento in cui viene constatata la morte del soggetto, onde evitare che possibili stati emozionali del momento possano costituire un ostacolo al prelievo; nello stesso tempo abbiamo voluto suggerire una norma che garantisce nel modo più completo il diritto di ciascuno di manifestare il proprio assenso o dissenso. A questo proposito si è scelta una via apparentemente complessa, ma certamente molto democratica: al compimento del sedicesimo anno di età chiunque è tenuto a manifestare l'assenso o il dissenso, sempre revocabili, alla donazione di organi e tessuti nel proprio corpo dopo la morte; questo perchè è vero che la patria potestà si esercita fino al diciottesimo anno, però è anche vero che alcune norme legislative attualmente in vigore danno già una certa autonomia ed indipendenza di decisione in alcuni campi (ad esempio per la guida di veicoli a motore) a chi abbia compiuto il sedicesimo anno di età. Si è discusso molto sulle modalità e si è giunti alla conclusione di non entrare nei dettagli, ma di demandare eventualmente ad un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, sentiti i Ministri dell'interno e della sanità, da emanarsi entro due anni dall'entrata in vigore del presente disegno di legge: «L'anzidetto decreto dovrà prevedere adeguati strumenti di raccolta computerizzata dei dati», per ovvi motivi di organizzazione. Inoltre: «Il medico che deve eseguire il prelievo ha l'obbligo di accertare il consenso o il dissenso espresso in vita dal soggetto, secondo le modalità di cui al comma precedente. Per i soggetti di età inferiore ai sedici anni o interdetti la manifestazione di assenso o di dissenso, di cui al primo comma, è fornita, nelle circostanze e nei tempi previsti dalla presente legge per l'accertamento della morte, dai rispettivi rappresentanti legali». Questa norma vige in tutta l'Europa ove esiste una legislazione sui trapianti di organi. L'articolo 2 continua: «Le disposizioni di cui ai commi precedenti entrano in vigore il 1º gennaio 1989. Fino a tale data rimangono in vigore le disposizioni previste dall'articolo 6 della legge 2 dicembre 1955, n. 644.

L'articolo 2-bis (Casi e modalità delle operazioni di prelievo), che ci è stato suggerito ieri dal presidente Bompiani, al primo comma recita: «È consentito il prelievo da cadaveri sottoposti a riscontro diagnostico a norma dell'articolo 36 del decreto del Presidente della Repubblica 21

ottobre 1975, n. 803, o ad operazioni autoptiche ordinate dall'autorità giudiziaria, relativamente ad organi per i quali è stato acquisito il consenso dell'anzidetta autorità». L'innovazione è rappresentata dal secondo comma, che recita: «Il prelievo è altresì consentito in tutti i casi diversi da quelli menzionati nel precedente comma quando al medico che deve eseguirlo non risulti, nelle circostanze e nei tempi previsti dalla presente legge per l'accertamento della morte», quindi le 6 o 12 ore, per quanto riguarda la morte cerebrale e un tempo più lungo per l'arresto cardiaco, «un dissenso espresso in vita dal soggetto secono le modalità previste dal precedente articolo. A tale scopo il medico è tenuto ad assumere informazioni mediante gli strumenti predisposti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al precedente articolo 2». In questo modo si dà a tutti la possibilità di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso in vita. Se il dissenso non viene espresso il medico è autorizzato ad effettuare il prelievo senza chiedere il parere dei congiunti ed entro i tempi previsti per l'accertamento della morte, che risulta in un altro articolo del provvedimento, ossia le 6 o le 12 ore. Questa norma ha anche lo scopo di sollecitare le persone ad esprimere il proprio parere in vita ed è anche un modo per richiamare l'attenzione della popolazione sull'importanza del problema, quindi costituisce anche uno stimolo per quell'educazione sanitaria di cui parlavamo.

Ho letto la normativa esistente nel Lussemburgo sui trapianti di organi, ebbene a me pare ispirata agli stessi principi che abbiamo introdotto in questi articoli. All'articolo 2, ad esempio, si afferma che il prelievo è sempre consentito quando non risulti un dissenso esplicito. Però poi all'articolo 10 è detto che, nel momento in cui ciascun cittadino chiede un documento (un passaporto, una carta di identità o qualsiasi altro documento) il funzionario rimette al soggetto una formula di dichiarazione con le due opzioni, negativa o positiva, alla donazione degli organi dopo la morte. È detto poi che il Ministro della sanità determina la formula con la quale vengono raccolti questi dati che poi il Ministero della sanità stesso deve mettere a disposizione di tutti i servizi di rianimazione.

Quindi, in fondo, applicando queste norme noi seguiamo un indirizzo proprio di altre nazioni: quello che si fa altrove potrebbe rappresentare per noi una via da seguire.

Nella sostanza questi sono stati i concetti espressi. Da una parte vogliamo rispettare nel modo più scrupoloso la volontà di chiunque di fronte al problema della donazione dei propri organi dopo la morte; dall'altra, manteniamo una norma che è oggi vigente, cioè quella del dissenso non manifestato, piuttosto che del consenso presunto. Il medico è autorizzato a compiere il prelievo senza interpellare i congiunti quando questo dissenso non è stato manifestato. Direi che questa è la parte più importante della legge, poi vi sono gli altri articoli.

L'articolo 3 riguarda l'accertamento della morte da arresto cardiaco. Anche qui è stato compiuto un passo avanti, perchè il prelievo dai soggetti morti per arresto cardiaco è importante soprattutto ai fini del prelievo della cornea, di cui vi è un amplissimo bisogno, come è stato sottolineato nell'audizione che abbiamo fatto con gli oculisti. Si è

voluta pertanto semplificare questa possibilità di prelievo, anche a domicilio del deceduto. Il testo e l'articolo è il seguente:

«Ai sensi e per gli effetti della presente legge, in caso di arresto cardiaco irreversibile, l'accertamento della morte deve essere effetuato mediante il rilievo continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di venti minuti prima.

La morte deve essere accertata e dichiarata da un medico esperto in cardiologia».

Abbiamo voluto semplificare il collegio medico perchè, soprattutto per quanto riguarda i prelievi da realizzare nel domicilio del deceduto, mandare a qualsiasi ora della notte un collegio composto da tre medici era molto difficoltoso. D'altra parte, dal punto di vista pratico non ci sarà mai una violazione di domicilio, in quanto i medici andranno nella casa del deceduto solo quando risulti che questo era comunque un donatore di cornea. Non credo possa verificarsi il caso di un medico che si presenta di autorità per prelevare l'organo. Inoltre, l'accertamento della morte per arresto cardiaco è molto semplice e la metodica elettrocardiografica rappresenta un metodo sicurissimo: dopo 20 minuti non vi è alcuna possibilità di ripresa dell'attività cerebrale, laddove l'attività cardio-circolatoria dovesse essere meccanicamente sostituita.

Voglio ricordare che ancora oggi le Regioni spendono moltissimo per questo tipo di operazioni. L'assessore alla sanità della regione Campania mi ha detto che per i trapianti di cornea la Regione spende un miliardo e 200 milioni al mese per inviare i soggetti in varie parti d'Italia e dell'Europa.

L'articolo 4 riguarda la definizione di morte cerebrale. Si è molto discusso sul come redigere questo articolo, se cioè definire alcuni concetti fondamentali, demandando i dettagli ad un regolamento del Ministro, oppure se, come poi si è fatto, inserire le norme nella stessa legge, proprio a maggiore garanzia del cittadino. Debbo però sottolineare come nelle leggi degli altri paesi che ho potuto studiare queste norme vengono rimandate a dei decreti ministeriali oppure regi, dove esiste la monarchia.

Per la redazione di questo articolo ci siamo valsi della competenza di tecnici – come era necessario fare – in modo particolare del professor Manni, nonchè del parere di una commissione istituita dal Ministero della sanità, dei risultati dei cui lavori ci ha riferito il professor Polizzi. L'articolo 4 stabilisce che:

«Nei soggetti affetti da lesioni cerebrali e sottoposti a rianimazione la definitiva ed irreversibile cessazione dell'attività cerebrale si intende verificata quando, in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale o di ipotermia indotta artificialmente, nonchè di malattie endocrine o metaboliche da accertare clinicamente, sia riscontrata la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:

- 1) stato di coma profondo accompagnato da assenza completa di riflessi del tronco cerebrale e precisamente:
 - a) rigidità pupillare anche alla luce incidente;
 - b) assenza dei riflessi corneali;
- c) assenza di risposta motoria nei territori innervati dai nervi cranici;

- *d*) assenza del riflesso della deglutizione; assenza di tosse suscitata dalle manovre di aspirazione tracheobronchiale;
- 2) assenza di respirazione spontanea nonostante una situazione sicuramente accertata di normocapnia;
 - 3) condizione di silenzio elettrico cerebrale.

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 sei ore sempre in assenza di somministrazioni di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale o di condizioni di ipotermia indotta artificialmente».

È stato elevato il periodo a 6 ore, laddove esistono queste garanzie. Abbiamo detto anche in discussione generale come la possibilità di riuscita dei trapianti diminuisca man mano che ci si allontana dal «momento zero», cioè dal momento in cui si è verificata la morte. A maggiore garanzia del diritto alla vita è detto ancora che:

«Le modalità di accertamento delle condizioni di cui al primo e secondo comma del presente articolo sono determinate con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio Superiore di Sanità».

Questa è un'ulteriore garanzia, anche perchè nel tempo potrebbero anche cambiare i criteri di valutazione della morte cerebrale, ad esempio potrebbero essere semplificati; quindi, in questo senso, un decreto potrebbe essere opportuno. D'altra parte, poichè un regolamento è necessario, è bene che tali concetti siano in esso ripresi.

L'articolo prosegue indicando i doveri del medico che accerta la morte:

«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 necessarie a salvaguardare l'integrità funzionale degli organi ai fini della donazione».

Questo è un comma molto importante; così nessuno si può sottrarre alle responsabilità, in quanto sono previste anche delle sanzioni amministrative per i medici che non si attengono a questi compiti. Questa è una norma che tende proprio ad incrementare il numero dei donatori: «La direzione sanitaria è tenuta a convocare prontamente il collegio medico di cui al successivo articolo 5 ed a comunicare la presenza di un possibile donatore al più vicino centro regionale o interregionale di riferimento o centro trapianti».

L'articolo 5 riguarda le condizioni per la denuncia di morte cerebrale. Viene riaffermata la necessità che il parere per l'accertamento del momento della morte sia espresso da un collegio medico, designato dalla direzione sanitaria e composto da un medico legale o, in mancanza, da un anatomo-patologo, da un medico specialista in anestesia e rianimazione e da un medico neurologo o, in mancanza, da un neurofisio-patologo o da un neurochirurgo esperto in elettroencefalografia. La norma di cui al secondo comma, che è stata opportunamente introdotta su suggerimento del presidente Bompiani, è secondo me

22° Resoconto sten. (3 aprile 1985)

molto importante perchè in base ad essa ogni struttura sanitaria può attivare uno o più collegi medici al fine di garantire la maggiore speditezza delle operazioni. È necessario infatti che questo compito non sia affidato soltanto a pochi medici, che per ovvi motivi potrebbero anche non essere facilmente reperibili; tuttavia è opportuno che ciascun singolo caso sia seguito dallo stesso collegio medico. Questa è una norma clinica estremamente opportuna – anch'essa suggerita dalla lunga esperienza del presidente Bompiani – che peraltro viene sempre attuata in qualsiasi atto medico.

L'articolo 6, recante un'equiparazione di norme, dispone: «Gli accertamenti di morte di cui ai precedenti articoli 3 e 4 equivalgono a quelli previsti dall'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 21 ottobre 1975, n. 803». Questa norma è stata introdotta per conseguire una duplice finalità: in primo luogo si sono volute rendere omogenee le norme di disposizione della salma, nel senso che non ci è sembrato giusto poter procedere al prelievo degli organi, una volta accertata la morte, e non anche alle altre normali ed abituali diposizioni della salma, ad esempio all'autopsia, alla cremazione, alla tumulazione e via dicendo. Questa norma è significativa perchè dà una maggiore garanzia ai cittadini: se un soggetto è sicuramente morto e quindi può anche essere utile per un trapianto, può anche essere eventualmente tumulato o cremato o, ancora, sottoposto ad autopsia. In secondo luogo si è voluto anche evitare un equivoco. L'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica n. 803 stabilisce che nessun cadavere può essere chiuso in cassa, nè essere sottoposto ad autopsia, a trattamenti conservativi, a conservazione in celle frigorifere, nè essere inumato, tumulato, cremato, prima che siano trascorse 24 ore dal momento del decesso, salvo i casi di decapitazione o di maciullamento e salvo quelli nei quali il medico necroscopo avrà accertato la morte anche mediante l'ausilio di apparecchi o strumenti. Con il testo in esame si è voluta tuttavia eliminare la figura del medico necroscopo: nel momento in cui si può procedere al prelievo sarebbe necessaria - secondo la normativa vigente – la presenza di tale medico per l'autorizzazione a disporre della salma. Tuttavia ci è sembrato opportuno introdurre una normativa diversa per i motivi che si possono intuire.

L'articolo 7 riguarda i prelievi autorizzati dall'autorità giudiziaria. Qualora un defunto sia soggetto alla tutela dell'autorità giudiziaria, ad esempio per le circostanze che hanno provocato la morte o per altri motivi, è necessario garantire la possibilità di un prelievo purchè questo sia naturalmente autorizzato dall'autorità giudiziaria. A tale proposito l'ultimo comma dell'articolo 7 dispone: «In tal caso per le operazioni autoptiche può essere incaricato lo stesso sanitario che esegue il prelievo e che viene all'uopo nominato perito ai sensi dell'articolo 314 del codice di procedura penale». Si tratta di una possibilità e non di una necessità; tuttavia ciò non toglie che a queste operazioni possa partecipare anche l'anatomo-patologo o che il prelievo possa essere fatto da un chirurgo. Comunque in queste particolari circostanze – che certamente non saranno molto frequenti, ma che tuttavia possono far sorgere dei problemi – si rende più agevole il prelievo.

L'articolo 8 concerne le disposizioni riguardanti la salma. In modo particolare è importante il terzo comma in cui si stabilisce: «Le spese

per il trasporto della salma del donatore dal luogo in cui si effettua il prelievo a quello della sepoltura, purchè in territorio nazionale, sono a carico delle unità sanitarie locali nel cui territorio è avvenuto il prelievo». Si tratta di una norma molto giusta suggerita ancora una volta dal presidente Bompiani: è un atto di riconoscenza verso il donatore che mi sembra quanto mai opportuno.

L'articolo 9 riguarda le sede dei prelievi di organi parenchimali. Si stabilisce che gli ospedali dotati di presidi chirurgici, gli istituti universitari nonchè gli istituti di ricovero e cura termale a carattere scientifico, qualora dotati in proprio o in convenzione dei necessari requisiti, sono tenuti a svolgere attività di prelievo, il cui svolgimento non è subordinato ad alcuna forma di autorizzazione, ma solamente ad una comunicazione al Ministero della sanità. È previsto altresì che il prelievo può effettuarsi nelle case di cura private convenzionate, su autorizzazione del Ministero della sanità, previo accertamento della idoneità tecnica e igienico-organizzativa.

L'articolo 10 riguarda gli obblighi relativi alla documentazione clinica. Il secondo comma dispone che i verbali redatti e sottoscritti, devono essere trasmessi in copia all'assessorato alla sanità della regione nella quale ha avuto luogo il prelievo ed alla procura della Repubblica competente per territorio; essi inoltre devono essere custoditi nell'archivio del presidio ospedaliero, dell'istituto universitario o di ricovero e cura a carattere scientifico, dell'ospedale dotato di presidio o della casa di cura privata dove è stato eseguito il prelievo. Forse sarebbe utile specificare per quanto tempo questi verbali devono essere conservati; in altre leggi si parla di un periodo di tempo di dieci anni. Comunque non ritengo che questa norma rivesta particolare importanza poichè si tratta di un obbligo necessario per ottenere informazioni ai fini dello svolgimento dell'attività.

L'articolo 11, relativo al personale sanitario addetto ai prelievi ed ai trapianti, dispone che i medici che effettuano il prelievo delle parti di cadaveri ed il successivo trapianto devono essere diversi da quelli che accertano la morte. Si tratta di un'ulteriore garanzia; però devo ricordare che una norma analoga esiste in altre leggi, anche di altri paesi europei. Essa vuole rappresentare – ripeto – un'ulteriore garanzia per la popolazione e forse, come ho sottolineato nella discussione generale, questa norma rende più liberi anche i medici, che debbono accertare la morte, da ogni eventuale sospetto.

L'articolo 12 (Disposizioni particolari per i prelievi di cornea e di tessuti non facilmente deperibili) sostituisce gli articoli 8, 9 e 10 del disegno di legge n. 408. Con il primo comma si dà la possibilità di effettuare il prelievo di cornea o bulbo oculare anche a domicilio, purchè siano eseguite da medici in servizio presso le strutture ospedaliere o enti di cui all'anzidetto articolo 9. Il secondo comma recita: «Le cornee prelevate ai sensi del precedente comma sono opportunamente conservate, secondo le disposizioni da emanarsi con circolare del Ministro della sanità»; in questo caso si è preferito fare riferimento ad una circolare in quanto in questo campo vi è continua evoluzione ed una circolare rende tutto più semplice. Al terzo comma si afferma: «Le disposizioni di cui ai commi precedenti si estendono alle operazioni di prelievo di parti di cadavere non facilmente deperibili

individuate con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità».

L'articolo 13 (Sedi e modalità autorizzative per le operazioni di trapianto) sostituisce l'articolo 14 del disegno di legge n. 408. Qui si è voluto mantenere il principio in base al quale le operazioni di trapianto devono essere effettuate solo presso le sedi autorizzate dal Ministero della sanità. Tali centri debbono documentare una specifica preparazione in questo settore, non soltanto del personale medico, ma anche di quello paramedico. È un punto di notevole importanza, perchè si riallaccia alla possibilità di introdurre in questi centri degli incentivi ed eventuali corsi di studio specifici; lo Stato naturalmente deve avere la possibilità di controllare tali sedi affinchè non sorgano competizioni o gare dettate esclusivamente dal desiderio di protagonismo, cosa che ritengo assolutamente deleteria. Questa autorizzazione è necessaria solo per ciò che riguarda il trapianto di organi parenchimali. Per l'innesto della cornea o per l'utilizzo di altre parti di cadavere per le quali non sono necessarie le indagini di istocompatibilità è bene rendere più agevole le operazioni, quindi viene chiesta l'autorizzazione solo per le case di cura private. L'ultimo comma, inoltre, recita: «L'autorizzazione al trapianto può essere revocata qualora vengano a mancare le condizioni che ne hanno consentito il rilascio».

L'articolo 14 (Obbligo di documentazione clinica per le operazioni di trapianto) obbliga i medici a motivare l'operazione di trapianto da effettuare; tale compito sarà agevolato da appositi moduli prestampati.

L'articolo 15 (Costituzione di centri regionali o interregionali di riferimento) stabilisce che le Regioni devono promuovere la costituzione di centri di riferimento ai quali spettano determinate funzioni e compiti fra cui quello di «stabilire la compatibilità genetica fra soggetto donatore e soggetto ricevente il trapianto e il protocollo operativo per l'invio al centro, ove necessario, dei fatti e dei materiali biologici richiesti per stabilire la compatibilità genetica tra soggetto donatore e soggetto ricevente il trapianto». All'articolo 16 poi (Composizione e funzioni dei centri di riferimento) vengono elencati i compiti più specifici di questi centri. Si è discusso molto se inserire nel provvedimento questo elenco di funzioni o se rimandare ad un decreto ministeriale l'elencazione delle attività che devono essere svolte da questi centri di riferimento. Possiamo discuterne in questa sede e scegliere la soluzione migliore.

Con l'articolo 17 si istituiscono il centro nazionale di riferimento e il registro centrale dei trapianti. Con questi il Ministero ha in mano la situazione e può intervenire con dei provvedimenti laddove si evidenzino delle lacune. Il centro sarà composto da esperti nel settore dei trapianti, nominati dal Ministro della sanità.

L'articolo 18 (Produzione di sieri immuni) recita: «Il centro nazionale e i centri regionali o interregionali di riferimento possono produrre sieri contenenti immunoglobuline umane anti-HLA, secondo le disposizioni definite con decreto del Ministro della sanità da emanarsi entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge».

L'articolo 19 determina le modalità relative al prelievo ed alla utilizzazione dell'ipofisi: «Il Ministro della sanità, sentite le Regioni provvede con proprio decreto ad emanare le norme relative alla: 1)

22° Resoconto sten. (3 aprile 1985)

raccolta delle ipofisi dai luoghi di prelievo; 2) lavorazione delle ipofisi per la produzione dell'ormone dell'accrescimento e degli altri ormoni estraibili dall'ipofisi; 3) distribuzione ed utilizzazione degli estratti iniettabili. In base all'anzidetto decreto, l'Istituto superiore di sanità stipula convenzioni con centri specializzati o stabilimenti farmaceutici», ossia con quei centri che possono elaborare il materiale ipofisario. Interessante è il penultimo comma: «L'istituto individua i presìdi ospedalieri e gli istituti univeristari che curano il nanismo ipofisario e vigila sulla distribuzione degli estratti esclusivamente e gratuitamente alle anzidette strutture, in base al fabbisogno nazionale risultante dalle richieste alle stesse pervenute».

Con l'articolo 20 (Importazione ed esportazione di parti di cadavere) si vuole facilitare quei pazienti costretti ad andare all'estero per subire il trapianto di organi nei casi in cui non esiste la possibilità di effettuare queste operazioni in Italia. Il secondo comma dell'articolo 20 recita: «Sono a carico degli organi del Servizio sanitario nazionale indicati dalla Regione le spese per il trasporto in Italia o dall'estero di parti di cadavere a scopo terapeutico, le spese per l'eventuale iscrizione dei pazienti iperimmunizzati nelle liste dell'Eurotrasplant e le spese di viaggio dei pazienti per accedere ai centri di trapianto sul territorio nazionale, nonchè quelle per accedere ai centri aventi sede all'estero, secondo modalità definite con decreto del Ministero della sanità da emanarsi entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge». Come si vede sono comprese anche le spese di trasporto di parti di cadavere a scopo terapeutico. Ritengo sia molto giusto dare anche questa possibilità.

Come dicevo all'inizio, gli articoli 2 e 2-bis rappresentano già un momento importante per l'educazione sanitaria, perchè con questi si dà alla popolazione la possibilità di manifestare il proprio assenso o dissenso, quindi costituiscono un primo stimolo per interessarsi all'argomento. L'articolo 21, invece, fornisce precise indicazioni in tema di educazione sanitaria. Gli articoli 22, 23, 24, 25, 26 e 27 riguardano le sanzioni penali. In questo campo non vi sono state delle modifiche rispetto ai disegni di legge. In fondo, noi siamo del parere di mantenere queste sanzioni così come sono state indicate, tanto più che si toglie l'intervento dei parenti, che nella normativa attuale rappresenta un'ulteriore garanzia del rispetto del diritto alla vita. Penso quindi che proprio per questo motivo coloro i quali sono coinvolti nel programma dei prelievi e dei trapianti debbano scrupolosamente attenersi alle disposizioni di legge. Peraltro non è che si tratti di sanzioni molto gravi.

Ho potuto osservare che le leggi euopee in materia precisano queste sanzioni. Ad esempio, per quanto riguarda il Belgio, vi è una norma importante che riguarda l'identità del donatore, che non può essere divulgata ed il nome del ricevitore non può essere comunicato alla famiglia del donatore. Il non rispetto di questa norma viene punito amministrativamente. Credo che l'introduzione di una norma che stabilisca questo principio è importante per vari motivi: innanzitutto per evitare eventuali possibili commerci; poi, per rendere il ricevitore meno obbligato, per così dire, dal punto di vista psicologico. Infatti, sarebbe estremamente spiacevole per una persona vedersi arrivare a casa i

congiunti del donatore. Non porrei delle sanzioni amministrative però il principio dal punto di vista deontologico dovrebbe essere rispettato dai medici.

Una norma importante che il presidente Bompiani ha voluto introdurre è quella dell'articolo 27 che riguarda la donazione del proprio corpo per fini didattici e di ricerca. Vi è un'istanza da parte degli istituti di anatomia per la carenza di cadaveri. Questa norma dice:

«È consentita la donazione del proprio corpo per fini didattici e di ricerca, mediante volontà chiaramente espresse.

Il Ministro della sanità provvede, con proprio decreto da emanarsi entro sei mesi dall'approvazione della presente legge, ad esplicitare la norme di attuazione del presente articolo».

Come si vede è necessaria una volontà chiaramente espressa.

L'ultimo articolo riguarda le norme finali:

«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».

Questo anche perchè come abbiamo detto all'inizio, conserviamo per due anni una parte della legislazione attuale in attesa di poter fornire a chi lo voglia la possibilità di esprimere la propria volontà in materia di donazione dei propri organi dopo la morte.

Signor Presidente, onorevoli colleghi, credo che questa legge rappresenti davvero un passo avanti nella legislazione direi in linea con tutte le leggi europee. Potranno nascere delle perplessità rispetto al grosso problema della raccolta della volontà sulla donazione e circa la formazione del cosiddetto centro di imputazione, dove debbono essere raccolti tutti questi dati. Credo però che una nazione civile, organizzata, proiettata verso metodologie di informatica più avanzata deve poter affrontare questo passo. Facendo questo compiremo un atto importante che ci porrà avanti rispetto alle altre legislazioni europee, in quanto esso è improntato ad un rispetto fondamentale, sacro della volontà della persona.

Credo quindi che, anche se si tratta di una via difficile, essa meriti di essere seguita. Nello stesso tempo, l'attuazione di questa norma richiamerà drammaticamente l'attenzione su questo problema. Risolveremo pertanto forse anche il problema dell'educazione sanitaria.

Una norma del genere, a mio parere, troverà il consenso di tutte le parti. La mia relazione è stata breve perchè coloro i quali sono presenti hanno quasi tutti partecipato alla discussione di questo disegno di legge. A questo proposito, desidero ancora una volta ringraziare tutti coloro che hanno partecipato con tanta intensità, scienza e dottrina all'elaborazione del testo. Un ringraziamento va anche alla segreteria di questa Commissione, che si è dimostrata collaboratrice ideale ed intelligente.

PRESIDENTE. Ringraziamo il relatore per il suo lavoro sul testo. Tutti lo abbiamo ascoltato con molta attenzione e questo testimonia, se ce ne fosse bisogno, l'efficacia della sua presentazione.

Come commento immediato, il testo del Comitato ristretto, elaborato collegialmente con la serietà e la capacità di interpretare la scienza e i bisogni politici e sociali che lo caratterizzano, mi sembra piuttosto diverso rispetto a quello messo in discussione e pertanto merita tutto il nostro approfondimento.

Vorrei solamente richiamare l'attenzione dei colleghi sul fatto che il passo più deciso che ormai abbiamo avanzato (ma che a questo punto si rende decisamente necessario) consiste nella definizione più chiara del concetto di morte cerebrale, introdotta in maniera esplicita in un provvedimento legislativo come base e fondamento della possibilità di sospendere gli interventi rianimatori. Questo è un dato che ha un significato di ordine generale sia dal punto di vista delle nozioni scientifiche mediche e tanatologiche più solide, che da quello delle nozioni giuridiche correnti; esso ci è stato richiesto più volte anche da insigni giuristi, non solo nell'ambito dell'evoluzione del dibattito culturale avvenuto in questo ultimi anni, ma anche nel corso delle audizioni condotte dal Comitato ristretto. E tutti gli esperti che abbiamo ascoltato hanno sostenuto che la morte è unica e che la sua definizione spetta alla scienza medica; pertanto, ci hanno suggerito di stabilire esplicitamente un criterio per l'accertamento del momento della morte. Sul piano del diritto positivo questo mi sembra un dato essenziale, anche per compiere un passo avanti nella soluzione dei numerosi problemi dei trapianti rimasti irrisolti fino ad oggi.

Il secondo punto molto importante che è stato introdotto nell'articolato - ed in particolare nell'articolo 2 - riguarda la necessità di fare la massima chiarezza sulla manifestazione del consenso o del dissenso sulla donazione di organi. Essa deve essere resa esplicitamente, da un lato come un dovere civile che la legge impone a tutti i cittadini dopo il compimento del sedicesimo anno di età e dall'altro come espressione – in fondo – della propria capacità di «partecipazione» alla vita ed al bene della società, della partecipazione che prevede anche la possibilità di «esprimersi» su queste difficili questioni. Si tratta di un principio che rientra nei diritti sociali, ma anche e soprattutto nei diritti individuali. Ritengo che a tale proposito dobbiamo valutare tutte le implicazioni che derivano dalla impostazione data in Comitato ristretto, perchè il problema deve essere affrontato anche in rapporto al secondo comma dell'articolo 32 della Costituzione, secondo il quale: «Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana». A mio avviso l'articolato in esame rispetta perfettamente questo principio in quanto non viene stabilito un obbligo implicito, ma si prevede la possibilità di esprimere con motivazione il proprio consenso o il proprio dissenso alla donazione di propri organi; pertanto viene lasciato perfettamente libero il cittadino nella propria scelta. Questo è il punto sostanziale nell'articolato, anche se esso comporterà certamente enormi difficoltà di ordine tecnico per organizzare la manifestazione esplicita della scelta da parte di una popolazione così numerosa come quella italiana in età potenzialmente valida per la donazione.

Un altro punto particolarmente rilevante riguarda l'articolo 2-bis, ma soprattutto l'articolo 9. Mi riferisco alla diversa regolamentazione delle operazioni di prelievo che vengono estese – e in maniera obbligatoria – a tutti i centri dotati di strutture per inteventi chirurgici e di rianimazione. Abbiamo già introdotto questo principio, in riferimento ad un'azione programmatoria, nell'ambito del piano sanitario nazionale. Con questo disegno di legge ritengo che ci poniamo in sintonia con la prevista evoluzione della legislazione sanitaria generale.

Altre disposizioni di cui al disegno di legge in esame sono state già introdotte in precedenti testi, ad esempio per quanto riguarda la semplificazione dei prelievi di cornee, di tessuti non deperibili e via dicendo. Forse si attua un ulteriore potenziamento della rete dei centri regionali e interregionali con il testo elaborato dal Comitato ristretto rispetto a quelli iniziali, e ciò ha un valore certamente promozionale, ma indubbiamente assicura anche una maggiore trasparenza dell'operato dei singoli. Infatti la verifica della disponibilità degli organi e del reperimento dei cadaveri (mi scuso per le espressioni un po' crude, ma la materia in esame le richiede) è affidata anche all'azione promozionale di questi centri.

Il centro nazionale di riferimento ha due valenze: quella tecnica, che rimane affidata all'Istituto superiore della sanità, come è doveroso, e quella puramente amministrativa riguardante la gestione del registro dei trapianti, che passa invece al Ministero della sanità. Si tratta infatti di un compito puramente amministrativo ed il Ministero della sanità offre maggiori potenzialità sotto l'aspetto del collegamento con gli altri Ministeri interessati.

Infine mi pare che ci sia ancora una rilevante modifica da sottolineare: quella relativa all'articolo 21. Mi riferisco all'educazione sanitaria e civile che viene migliorata e finalizzata, anche con un'azione promozionale, in quanto si invita la popolazione ad esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso alla donazione degli organi. Si tratta di un'azione mirante a facilitare non solo la conoscenza del problema dei trapianti, ma anche ad ottenere maggiori consensi.

Infine l'articolo 27 riguarda la donazione del proprio corpo per fini didattici e ricerca. Questa norma risponde ad una finalità di alto valore morale che può essere avvertita da alcuni e non da altri, ma che rientra comunque nell'ambito della promozione della società civile.

JERVOLINO RUSSO. Signor Presidente, desidero anch'io ringraziare molto vivamente il relatore per il lavoro che è stato compiuto, estremamente serio, che permette di compiere notevoli passi avanti anche rispetto al testo che noi avevamo approvato nella scorsa legislatura. Mi auguro tra l'altro che su di esso possa convergere unanimemente il favore di tutte le forze politiche, dato che sono stati risolti alcuni problemi che in passato hanno formato oggetto di discussione. Peraltro si è rinnovata anche quella capacità delle forze politiche di lavorare insieme intorno ad alcuni temi fondamentali in un'ottica di solidarietà che la Commissione sanità del Senato aveva già espresso nell'altra legislatura in relazione al problema dei trapianti.

Desidero esprimere il mio giudizio positivo sul lavoro svolto dal relatore e sottolineare che condivido fino in fondo le motivazioni, espresse con tanta chiarezza ed incisività dal presidente Bompiani, che hanno portato alla stesura di questo testo.

Il fatto – già evidenziato dal relatore – di dare ai cittadini al compimento del sedicesimo anno la possibilità di esprimere il proprio assenso o dissenso, secondo me è estremamente positivo per due motivi: in primo luogo perchè a questa età i ragazzi sono provvisti di una più forte carica di solidarietà e in secondo luogo perchè attraverso i ragazzi questa solidarietà si allargherà anche alle persone adulte.

Positiva, a mio giudizio, è anche la sistematica del provvedimento che risulta decisamente più ordinato rispetto ai disegni di legge di partenza. Ad esempio, il fatto che l'articolo relativo all'accertamento della morte da arresto cardiaco e quello relativo alla definizione di morte cerebrale siano posti l'uno di seguito all'altro e non distanziati come era nel vecchio testo, facilita la lettura e l'interpretazione stessa del provedimento. È una questione di grande importanza in quanto deve esistere la certezza che il trapianto avverrà solo su un soggetto realmente morto, su questo non potranno nascere dubbi.

Ritengo inoltre di estrema importanza la norma contenuta nell'articolo 6, cui ha fatto cenno poco fa il senatore Condorelli, in base alla quale gli accertamenti di morte effettuati secondo le modalità necessarie per effettuare il prelievo di organi sono anche utili e sufficienti ai fini della sepoltura del cadavere.

Sottolineo, inoltre, che è utile e opportuno, come ci è stato suggerito anche dal relatore, inserire una norma che preveda la non comunicabilità del nome del donatore, anche da colui che ne ha beneficiato, questo per rendere la donazione completamente disinteressata e gratuita.

Vorrei però esprimere un dubbio che mi ha assalito nel rileggere il provvedimento: vi è una serie di adempimenti di carattere amministrativo a carico del Ministero della sanità (decreti di attuazione, regolamenti, circolari) che secondo me possono creare delle difficoltà nel momento in cui entrerà in vigore il provvedimento. Quindi, fermo restando il vero e proprio regolamento di attuazione, che naturalmente dovrà seguire il suo iter, e fermo restando il decreto del Presidente del Consiglio di cui all'articolo 2, ritengo sarebbe bene unificare in un unico atto tutti gli altri decreti di attuazione del Ministero della sanità, stabilendo un tempo medio per la loro emanazione - 3-6 mesi -, onde rendere più agevole il compito per lo stesso Ministero e quello del Parlamento circa il controllo sull'attuazione del provvedimento. Con questo non intendo esprimere sfiducia nei confronti del Ministero, ma tutti sappiamo che il provvedimento, per la sua piena attuazione, necessita dell'emanazione di tutti i decreti e la mancanza di uno può vanificare l'intera legge.

Credo quindi opportuno fare una rapida rilettura del provvedimento in quest'ottica, inserire una sola volta, fissandone anche il tempo di attuazione, il riferimento ad un decreto del Ministero della sanità, quindi nei successivi articoli richiamare quest'unico decreto; penso che questo potrebbe rendere più agevole il meccanismo.

Premesso questo, chiedo a tutti i colleghi di compiere un ultimo sforzo affinchè questo provvedimento sia approvato prima della sospensione dei lavori parlamentari a causa delle elezioni amministrative. Mi rendo conto che ci troviamo in un momento parlamentare difficile in quanto ci attendono impegni molto urgenti, come quello relativo al piano sanitario nazionale, però la serietà del lavoro svolto dalla Commissione in sede plenaria e ristretta dovrebbe facilitare la conclusione e l'approvazione rapida di questo disegno di legge.

Concludo esprimendo ancora una volta un vivo apprezzamento per il lavoro svolto dal relatore.

MELOTTO. Anch'io desidero sottolineare la validità del testo predisposto in sede ristretta e ringraziare il relatore, senatore Condorelli, per il lavoro svolto.

Mi dichiaro senz'altro favorevole al suggerimento formulato dalla senatrice Jervolino Russo in quanto sono convinto che rimandare a troppi decreti di attuazione potrebbe vanificare i nostri sforzi per emanare rapidamente questo provvedimento. Anzi, aggiungo che si potrebbe addirittura omettere il regolamento di attuazione e demandare tutto ad un unico decreto; vi sono infatti molte leggi che attendono da decenni l'emanazione dei regolamenti. A mio avviso è già troppo attendere il 1º gennaio 1988.

Per quanto riguarda l'articolo 2, devo esprimere qualche perplessità sulla questione relativa all'assenso, perchè il silenzio-assenso deve essere esplicitamente affermato, non può essere implicito. Capisco che ciò potrebbe vanificare quegli aspetti di educazione sanitaria, quel coinvolgimento della popolazione a prendere una decisione, però è bene esplicitare che, in mancanza di manifestazione di volontà, il consenso è presunto. Sarebbe bene inoltre precisare le modalità e le sedi della manifestazione di volontà.

Un'altra osservazione che desidero fare riguarda l'articolo 8, dove si parla delle spese per il trasporto della salma del donatore dal luogo in cui si effettua il prelievo a quello di sepoltura. Credo che questo aspetto vada meglio chiarito, perchè se il prelievo viene effettuato nello stesso centro ove si è verificato il decesso, non credo sia necessaria questa norma.

JERVOLINO RUSSO. È una forma di incentivazione.

MELOTTO. Mi riservo di esaminare, alla luce della presentazione di emendamenti, riguardo ai quali sono già d'accordo con il senatore Condorelli, l'articolo 9 per incrementare il momento del prelievo. Infatti, si tratta di fissare un momento di compartecipazione al processo per chi rimane nell'ombra.

Prendo atto dello sforzo che è stato fatto in materia, ma mi domando se non sarebbe il caso di specificare meglio i reparti interessati, in quanto non è tutto l'ospedale che può procedere ai prelievi. Avendo tolto il problema dell'autorizzazione, abbiamo la necessità di alcune garanzie di ordine scientifico e quindi sarebbe forse opportuno concentrare la nostra attenzione su alcuni reparti che sono i soli interessati.

Riguardo all'articolo 15, a mio avviso va cambiata la dizione: «Regioni singole o associate» in quanto non esiste l'istituto del consorzio regionale. Potrebbe usarsi la formula: "anche in convenzione fra loro". Mi chiedo poi se non valga la pena, vista la quantità di impegni cui esso dovrà assolvere, prevedere che il Centro non sia unico in Italia, almeno per una prima fase; si potrebbe prevederne tre, uno al Nord, uno al Centro ed uno al Sud. Infatti, un bacino dovrebbe avere per lo meno venti milioni di abitanti per avere una tipizzazione sufficiente.

Sono d'accordo con il discorso relativo alla distinzione della morte, che finalmente ha dato la possibilità di una «regolamentazione» della morte cerebrale.

Credo che varrebbe la pena di fare un passo avanti verso una più precisa indicazione della spesa, perchè altrimenti non so se alla Commissione bilancio ci sarà la possibilità di procedere. È opportuno indicare delle cifre precise all'articolo 17, invece di parlare di generici «stanziamenti da iscrivere in appositi capitoli». Credo che non possiamo fare riferimento generico al fondo sanitario, perchè queste imputazioni vanno iscritte proprio nel bilancio del Ministero.

Premetto già da ora che farò riferimento a tali capitoli di bilancio per eventuali borse di studio che ritengo siano idonee ad incentivare i raparti di donazione. Anche sotto questo punto di vista, credo quindi sia opportuno pensare a delle cifre precise. E lo stesso appunto devo fare alle spese di viaggio così genericamente indicate, perchè, aperta una breccia, l'estensione potrebbe diventare poi fatale.

Queste erano le osservazioni e i suggerimenti che intendevo fare. In particolare chiedo se, circa l'articolo 2, esiste il silenzio-assenso, perchè esso è importante da un lato in quanto fa marciare la legge; però crea, dall'altro lato, notevoli remore da parte della gente. Mi sembra che in tale previsione venga meno l'intenzione della campagna di educazione sanitaria, che invece traspare chiarissima in tutta la legge.

PRESIDENTE. Fermo restando che la discussione è aperta e verrà ripresa alla possima seduta, vorrei semplicemente richiamare un fatto. Ho voluto che il lavoro svolto dalla Sottocommissione fosse riportato e filtrato da una prima opinione da parte dei Commissari che non avevano partecipato ai lavori della Sottocommissione stessa. Questo perchè non è affatto detto che le Sottocommissioni debbano presentare un testo che vada comunque votato e che non si possa più ritornare in Sottocommissione, ma è giusto invece l'opposto essendo questo uno strumento per facilitare il lavoro dell'organo plenario. Era quindi opportuno, essendo passate parecchie settimane dalla presentazione del testo, riprendere questo argomento.

In secondo luogo, attraverso i resoconti parlamentari, l'opinione pubblica conoscerà gli sforzi che vengono fatti con grande serietà affinchè ci sia una legge che, proprio perchè molto attesa, offra dei vantaggi rispetto all'attuale normativa.

Detto questo, è chiaro che il lavoro della Sottocommissione può continuare sugli aspetti che sono già stati indicati stamattina e su quelli che verranno ancora dalla discussione generale che riprenderà alla prossima seduta. Certo, il problema della cronologia prevista per l'applicazione della legge appare complicato e mi sembra giusto

22° Resoconto sten. (3 aprile 1985)

riportare a date più compatibili le varie attività di decretazione previste. Questo, del resto, era nelle intenzioni della Sottocomissione e cercheremo di inserire nel testo definitivo le varie date.

Credo che comunque due questioni debbano essere affrontate immediatamente e su di esse può esservi la precedenza per eventuali decreti ministeriali. Mi riferisco all'organizzazione dei centri regionali ed interregionali secondo la nuova normativa, in quanto essi costituiscono la premessa per il lavoro organizzativo, che va nella direzione del piano sanitario nazionale e dei piani regionali che ne deriveranno. Si tratta di uno degli obiettivi che è possibile perseguire già da ora.

La seconda questione è quella dell'azione di educazione sanitaria. Non è certamente da attendere lo scadere dei tre anni per iniziare tale operazione; anzi, tutta la legge è impostata sul fatto che allo scadere di questi tre anni, quando entrerà in funzione il principio del consenso-dissenso esplicito, ci sia già un grado così elevato di educazione sanitaria da poter rendere facile e disponibile a tutti questa opzione. Per questa ragione credo che dovremmo facilitare tutte le predisposizioni amministrative per ottenere intanto l'avvio di queste due importanti norme.

Sarà utile riprendere in esame, soprattutto in Sottocommissione, con l'ausilio di quanto diranno i vari Commissari, i problemi dell'articolo 2 che sono rimasti ancora aperti. Abbiamo presentato solo un testo di riferimento che indica un punto di incontro ma che è tuttora suscettibile di ampie valutazioni.

Concludendo, credo sarà opportuno ritornare in Sottocomissione per sottoporre ai tecnici della commissione ministeriale il lavoro già compiuto, filtrato dai pareri dei Commissari che si avranno nella prossima seduta.

JERVOLINO RUSSO. Signor Presidente, riprendo brevemente la parola per sviluppare un'idea che mi è venuta in mente ascoltando il suo intervento. Lei molto giustamente ha detto che l'attività di educazione sanitaria è quella sulla quale bisogna porre la massima attenzione perchè nella sostanza la messa a regime del provvedimento presuppone lo svolgimento di tale attività. Ho riletto rapidamente l'articolato ed ho rilevato che esso è immediatamente operante: infatti non è prevista alcuna norma di attuazione a questo proposito. Tuttavia, anche perchè rimanga a verbale della Commissione così che le altre forze politiche possano rifletterci, vorrei suggerire alla Commissione due iniziative, una formale ed una meramente rituale.

Per quanto riguarda la prima, all'atto dell'approvazione del disegno di legge da parte di questa Commissione potremmo votare un ordine del giorno con il quale invitare ad iniziare immediatamente l'opera di educazione sanitaria; infatti non è necessario risolvere il problema se i centri di riferimento debbano essere regionali o interregionali, collocati al Nord, al Centro o al Sud come ha evidenziato il senatore Melotto. Nulla vieta che l'opera di educazione sanitaria sia avviata immediatamente e non credo che su questo problema possano sorgere obiezioni.

L'altra iniziativa – che non so se sia esperibile – potrebbe essere la seguente: qualora naturalmente i colleghi delle altre forze politiche

12^a Commissione

22° RESOCONTO STEN. (3 aprile 1985)

fossero d'accordo, il presidente Bompiani, al momento dell'approvazione finale del disegno di legge, potrebbe inviare una lettera al Ministro della sanità, al Ministro della pubblica istruzione, al Ministro della difesa ed al Presidente della Commissione parlamentare di vigilanza sulla RAI-TV per evidenziare che la Commissione sanità ha inserito questo articolo all'interno del disegno di legge, prospettando la necessità che un'opera di educazione sanitaria venga svolta in modo prioritario nelle scuole, nell'ambito delle forze armate ed attraverso i mass media ed incitando altresì ad assumere le iniziative necessarie.

PRESIDENTE. Ringrazio i colleghi che sono intervenuti ed in particolare la senatrice Jervolino Russo e il senatore Melotto per i preziosi suggerimenti da essi forniti. Desidero rinnovare ancora una volta il senso della mia gratitudine non solo al relatore ma anche a tutti i colleghi che hanno partecipato al Comitato ristretto, nonchè agli esperti e a tutti coloro che sono intervenuti nel dibattito.

Annuncio che intendo sottoporre, sia pure a titolo personale, questa prima bozza elaborata dal Comitato ristretto al presidente Vassalli con il quale è necessario mantenere uno stretto collegamento anche per creare l'occasione di eventuali suggerimenti che egli può fornirci in base alla sua esperienza.

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

I lavori terminano alle ore 11,45.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare preposto all'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici
Dott. ETTORE LAURENZANO