

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

27° RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 13 GENNAIO 1982

Presidenza del Presidente PITTELLA

INDICE

Disegni di legge in sede deliberante

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

« Nuova disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico » (1496)

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE	Pag. 249, 258, 261 e passim
ARGIROFFI (PCI)	250
BELLINZONA (PCI)	264
BOMPIANI (DC), relatore alla Commissione	266
CIACCI (PCI)	265
DEL NERO (DC)	263, 264
FORNI (DC)	264
JERVOLINO RUSSO (DC)	255, 265
MAGNANI NOYA, sottosegretario di Stato per la sanità	267
ROSSANDA (PCI)	258, 266

I lavori hanno inizio alle ore 10,30.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

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

« Nuova disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico » (1496)

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

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

pianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico ».

Riprendiamo il dibattito, sospeso nella seduta del 2 dicembre scorso.

Dichiaro aperta la discussione generale.

A R G I R O F F I . Desidero anzitutto sottolineare che la relazione del senatore Bompiani è ricca di dati statistici e scientifici, e mi sembra che, nell'ambito delle perplessità presenti nell'indicazione di ordine generale, essa si sforzi di individuare i punti di dissenso che un provvedimento di questo genere non poteva non suscitare. La qualità della relazione elaborata dal senatore Bompiani, con le statistiche e la documentazione clinica e scientifica in appendice, ci esime dal dover ricercare ulteriori conferme e testimonianze.

Desidero tuttavia ricordare che le perplessità che emergono da questi disegni di legge, arrivati a questo punto dell'analisi, dell'approfondimento, dell'ispezione culturale e scientifica del problema, non possono essere relative soltanto alla serie di elementi emergenti e concorrenti; voglio ricordare che a suo tempo in Commissione sanità furono avanzati una serie di interrogativi, alcuni dei quali notevolmente inquietanti, a proposito delle implicazioni che sono suscitate da un panorama così vasto e, per alcuni versi, così drammatico. Noi siamo ormai oggetto di una sollecitazione martellante da parte di settori della cultura scientifica, ma anche da parte dell'utenza più generale dei cittadini italiani direttamente ed insistentemente interessati al problema. Basterebbe pensare alle pratiche di trapianto che sono entrate nell'uso scientifico e tecnico comune in altri paesi, soprattutto quelle che si riferiscono ai reni e alla cornea.

Oggi, certamente, la situazione scientifica e politica è piuttosto diversa dal momento in cui per la prima volta, alcuni anni or sono, si è affrontato questo problema, ma mi sembra giusto e necessario riaffermare certi principi e riproporre una serie di argomenti, proprio per le responsabilità che un tema di questo genere non può non com-

portare sul piano della coscienza e dell'impegno filosofico di ciascuno di noi. Voglio cioè riproporre qualcuno degli argomenti già avanzati e qualche interrogativo che attende ancora una risposta: anche se speriamo che la legge possa essere approvata col consenso della maggior parte, se non di tutti i membri, della Commissione proprio come apertura di discussione e di prospettazione dialettica che, sulla base delle ulteriori esperienze che non possono non nascere dalla pratica attuale del trapianto, possa consentire in futuro di confermare ciò che vi è di positivo ma anche di evidenziare quegli elementi di dubbio e di responsabilità etica e professionale, oltre che sociale e politica, che devono essere oggetto del nostro controllo in relazione alla situazione effettiva.

Sono passati alcuni anni, e devo confessare che le perplessità con le quali anche io a suo tempo affrontai questa problematica non sono scomparse, proprio perchè non c'è stata, dal 1974 ad oggi, una possibile conferma della inconsistenza di questi dubbi. Anzi, il fatto che si sia fatto slittare questo provvedimento, che il dibattito sia stato differito per molti anni, è a mio parere una chiara e abbastanza indicativa conferma della difficoltà dell'argomento, che non è strettamente scientifico ma è prevalentemente di ordine umano e culturale.

Da un lato, quindi, vi è la grande questione della ricostruzione, attraverso il prelievo di parti del corpo umano mutate o donate, dopo la morte, da questi benefattori infelici e involontari, della vita o di alcune componenti del grande mosaico dell'esistenza in persone che possono tornare a inserirsi nella collettività, a riprendere i loro rapporti sociali, a ricostruire nel loro « io » una parte importante della condizione della collettività.

Dall'altro lato emergono gravi problemi perchè la questione non riguarda soltanto un momento scientifico, quale quello che abbiamo avuto la possibilità di osservare, se non in Italia, nei paesi dove questa pratica è già diventata comune ed è organizzata secondo indicazioni giuridiche che hanno avu-

to un loro crisma e una loro conferma, ma entra nel vivo di un momento culturale che è il risultato di antiche speculazioni. Non si tratta quindi di un fatto soltanto biologico, incentrato sul mistero della morte e della vita, oggetto di una nostra speculazione scientifica, ma di un fatto che è oggetto anche di speculazione filosofica e, al limite, dell'istanza religiosa dell'uomo.

Questo ho voluto ricordare, non per avanzare delle ipotesi esterne al problema, ma perchè ritengo necessario raccomandare ancora ai colleghi commissari la considerazione delle perplessità che ci animarono anche quando fummo contrari all'adozione di provvedimenti. Allorchè si discusse per la prima volta questo problema, la nostra contrarietà fu il frutto di una esitazione tormentosa: esitazione che può essere considerata come un momento del quale è necessario rivestire una serie di componenti interne al problema che esaminiamo. Nel dibattito è indispensabile questa pazienza, questo rispetto per le preoccupazioni altrui, questa considerazione per argomentazioni legittime di pensiero nell'ambito della ricerca scientifica, che costituisce un terreno vasto ed importante per gli interessi legati alla storia del divenire dell'uomo e alla dialettica del suo stesso pensiero.

Gli elementi che colpiscono maggiormente, tra quelli emersi nel dibattito fin qui svoltosi, soprattutto attraverso il contributo che è venuto dalla relazione del senatore Bompiani, sono le due grandi componenti che debbono, a mio parere, essere considerate più suggestive: da una parte la presenza e le argomentazioni scientifiche dei ricercatori, dei medici, degli operatori del settore, dei possessori del linguaggio semiologico, ma anche delle tecniche di intervento, qui autorevolmente rappresentati; dall'altra la presenza dei « profani », che sono intimoriti dal verdetto medico e, insieme, dal problema inesorabile della fine, della cessazione della vita se non a condizione di intervento surrogatore della mancanza di alcune condizioni essenziali per la sopravvivenza.

Ho voluto dire questo perchè a me pare che il dibattito tenda sin dalla sua pro-

posta generale ad escludere, come da una sorta di ambito non penetrabile, coloro che, non essendo padroni degli strumenti dello specifico settoriale e scientifico o anche semplicemente partecipi delle componenti e degli strumenti di comprensione biologica del problema, non disporrebbero (secondo quanto sembra di avere capito da una serie di interventi e sollecitazioni che ci sono venuti a proposito della trattazione di questo tema) di alcune capacità da considerarsi in qualche modo legittime per affrontare la questione nella sua compiutezza.

Gli argomenti che tendono ad indurre ad una serie di ripensamenti e di inquietanti problematiche circa il nodo essenziale del dibattito, cioè quello relativo all'abbassamento e alla riduzione degli spazi temporali necessari per garantire la sicurezza nel concetto di cessazione della vita, sono stati e sono suggestivamente argomentati e scientificamente sorretti, come era già avvenuto precedentemente e come ora è stato ampiamente dimostrato dalla documentazione qui esibita.

Spero che i colleghi commissari non me ne vorranno, soprattutto quelli di essi che sono anche medici ed hanno affrontato con ragionevole responsabilità alcuni lati di questo dibattito, se intanto io ritengo giusto chiarire che in tutte le ipotesi speculative e dialettiche le tesi hanno esattamente la necessità ed il valore delle antitesi. Non è questo un problema di natura prevalentemente scientifica, e per la sua risoluzione richiede una serie di considerazioni che sono, prima che scientifiche, di ordine generale, concettuale, che investono interessi di un numero stragrande di soggetti umani direttamente coinvolti e che investono più ampiamente la condizione dell'uomo nel suo complesso. E quindi la sintesi non può che nascere dalla giustapposizione delle due grandi componenti, per ciò stesso rispettabili, necessarie e sempre valide.

Allora, penso che non si tratti di proporre, sia pure con acutezza ed intuizione ragguardevoli, come spesso è stato fatto, il problema della fiducia cui certo hanno diritto gli operatori sanitari come tali (non è il caso di andare a riferire alcune ano-

malie che nell'ambito della categoria possono verificarsi): la fiducia alla quale i medici hanno diritto non è un fatto relativo alla sola organizzazione professionale dei medici stessi, dato che si proporrebbe come una sorta di solitario ed ingiustificato elemento di condizione e privilegio corporativo, ma riguarda anche il grande ed attuale argomento dell'uso della tecnica a seconda della proposta ideologica di cui ciascuno di noi, consapevolmente o meno, è portatore.

Non parlo tanto per noi, che sappiamo benissimo quello che siamo, che conosciamo le motivazioni alle quali a ragione o a torto facciamo capo, ma parlo della grande quantità di cittadini che hanno diritto di essere considerati sotto questo aspetto. Non credo sia possibile affermare ragionevolmente che si possa essere prima medici e poi, dipendentemente da questo *status*, adottare una qualsivoglia forma di filosofia o di fede o, al limite, non adottarne alcuna. Non è possibile e non è credibile. Ecco perchè, se il problema deve essere trattato dai medici, perchè strumenti di intervento, anche sul piano della ricerca e dell'elaborazione, bisogna subito aggiungere che essere medico non è e non può significare una scelta fideistica o ideologica, bensì costituisce esclusivamente uno strumento di qualificazione e di specializzazione tecnica; mentre altra cosa è guardare a questo problema, che è il problema stesso del diritto alla vita, partendo da scelte differenti; perchè essere socialisti, cattolici o comunisti costituisce un modello di comportamento primario nel quale soltanto si possono incastonare e da cui solamente possono discendere tutte le altre componenti dell'esistenza umana. Se poi l'esercizio e la pratica della medicina possono addurre a un'ipotesi di azione tra uomini, tra gruppi di uomini, ebbene si tratta, a questo punto e livello, di una filosofia e dunque di una struttura di vita che non può non coinvolgere dialetticamente tutti gli altri atteggiamenti anche non medici dell'esistenza.

Relativamente a questo fatto — pur essendovi stati in altri paesi una serie di riconoscimenti e la possibilità di disporre di am-

pie sperimentazioni che sono state già adottate come interventi sui quali il dibattito sociale di quei paesi ha dato il suo assenso — credo che la questione essenziale che ci propone non si possa risolvere nello stesso modo in cui guardiamo alla soluzione giuridica nei termini ancora limitati nei quali il trapianto può avvenire e nei settori in cui questa ipotesi va considerata attuabile; perchè il trapianto è sempre un fatto che investe la condizione dell'uomo. Basta vedere gli scandali che si verificano oggi e che ci creano gravi forme di inquietudine. L'episodio di Palermo dei giorni scorsi ne è una dimostrazione; esso deve significare impegno ad un esame accurato, continuo e ininterrotto della nostra condizione e concettualità relativamente a tutti i momenti nei quali il trapianto avrà una sua articolazione scientifica, in relazione al progredire stesso della ricerca scientifica. Dico questo non soltanto in riferimento all'episodio squallido di Palermo, ma anche perchè vi sono indicazioni che debbono suggerirci considerazioni di questo genere. Per esempio, le grandi crisi ideologiche degli operatori della scienza (pensate per esempio ad Oppenheimer). Su un piano più generale, vi è l'esigenza dell'umanità che, fermo restando l'intervento della scienza, le scoperte relative alla concezione dell'universo siano sottratte alla decisione degli operatori tecnici e dei gestori della tecnica. Si tratta di fasi della ricerca scientifica che, nel momento stesso della loro sollecitazione e del loro progredire, debbono e non possono non essere di pertinenza della collettività umana.

Qualsiasi elemento del divenire scientifico e della dialettica interna alla sperimentazione, anche nel settore dei trapianti, può a mio avviso essere usato in una duplice direzione: può pericolosamente assumere dei valori che, in altro campo, possono portare alla disintegrazione dell'atomo e alla bomba N, oppure può portare al satellite che nello spazio esplora i pianeti per promuovere la ricerca dell'equilibrio dell'uomo e il suo progredire.

A proposito dell'argomento in discussione, mi sembra che spesso ci si sia espres-

si con trepidazione e con misura su questo elemento sostanziale di allarme e insieme di intuizione, anche da parte di settori della società e del mondo della cultura che sono estranei allo specifico scientifico con cui oggi veicoliamo il provvedimento che ci accingiamo a discutere.

Le perplessità che abbiamo avanzato in tempi passati, e che ora cercheremo insieme di identificare e di superare, non sono emerse casualmente, per quello a cui ho fatto riferimento, nè estemporaneamente per respicenze che potrebbero sembrare essere improvvisamente calate sul nostro dibattito, bensì credo che costituiscano un approdo dal quale non ci si possa distaccare e al quale non si possa rinunciare. Appunto per questo abbiamo apprezzato la maniera con la quale analiticamente sono state sostenute alcune delle più importanti argomentazioni che sono state addotte.

Tuttavia a me pare che proprio queste ipotesi dei colleghi medici presenti nella Commissione confermino una riserva alternativa e un impegno che credo debba essere presente e costituire un dato giuridico, assumendo una sua consistenza strutturale all'interno di questo progetto di legge, e giustificando quindi un fatto che mi sembra importante. Non può, cioè, essere illegittimo il dubbio che sorge relativamente ad un problema così vasto, come ha detto lo stesso relatore, relativamente a una materia complessa, contraddittoria e per certi aspetti (almeno per le soluzioni che, a mio avviso pericolosamente, erano in precedenza proposte) piuttosto angosciata. Possono invece ravvisarsi altri momenti di interpretazione e di diversa ispirazione, giudizi che traggono origine non solo dalla medicina, bensì da altri settori della conoscenza dell'uomo ai quali ho voluto fare riferimento; perplessità che nascono da strutture conoscitive singole e specifiche per ciascuno di noi, e da una costruzione anche psicologica che emerge da esperienze che nella vita di ognuno di noi sono legate al modo con il quale noi stessi ci siamo posti di fronte a tanti fatti del mondo, e che emergono anche nella maniera in cui, nella fattispecie,

un medico affronta il nodo della pratica professionale e del suo rapporto storico con la società. Vorrei ricordare che ultimamente sono sorte delle ragioni abbastanza gravi di perplessità proprio perchè in alcuni settori dell'esercizio medico si assumono comportamenti che non sono compatibili col diritto alla vita e con il modo stesso in cui abbiamo affrontato il grande problema di una rivalutazione e di una rivisitazione dell'esercizio della medicina nel nostro paese. Questo costituisce un momento tra i più avanzati della rivalutazione e rivisitazione della temperie culturale nella quale abbiamo agito da dieci anni a questa parte: un tema che propone probabilmente una modifica nel rapporto dell'uomo con la società, con le istituzioni sanitarie, con i suoi simili, con implicazioni che, a mio parere, investono un tessuto culturale molto vasto per il significato che, secondo un processo logico e di ricerca cui non si può sottrarre nessuna parte politica, si cerca di attribuire ai reali equilibri che vanno ravvisati nella natura.

Prego l'onorevole Presidente, il sottosegretario Magnani Noya e i colleghi di voler scusare l'insistenza con la quale ho voluto sottolineare queste cose: ma a mio parere è necessario, in un dibattito come il nostro, rivendicare la legittimità delle interpretazioni più diverse, le quali portano a una molteplicità di deduzioni a seconda di come ci si pone di fronte al problema degli equilibri ecologici nel nostro tempo. Di fronte alla questione della distruzione dissennata di specie animali, di fronte al problema della vivisezione, in relazione al più vasto tema della ricerca sperimentale, ci si può porre con atteggiamenti legittimamente contrastanti e diversi, ma che costituiscono il terreno sul quale ormai con insistenza si combatte, e si combatterà ancor più in futuro, la lotta per la civiltà e per la sopravvivenza dell'uomo.

All'interno di questa fascia di considerazioni si pone prioritariamente l'argomento che stiamo discutendo, poichè è il primo di quei pochi sui quali dobbiamo urgentemente adottare delle decisioni che potranno essere determinanti.

Il nostro problema è dunque quello di garantire il diritto alla sopravvivenza nelle sue ipotesi più avanzate, ma soprattutto in direzione della condizione del donatore. È questo il punto essenziale che deve farci meditare più seriamente e, per quanto mi riguarda, è certo quello che provoca una più responsabile partecipazione. Quando ci si preoccupa — come da parte del partito di maggioranza relativa si sostiene da anni — del problema della vita umana persino al primo apparire biologico del concepimento, e in ordine a ciò si adotta un comportamento politico che richiama alla insuperabilità ideologica del fatto, quando lo stesso fatto relativo a forme di civiltà che ci hanno preceduto viene mutuato in termini che non riguardano più la medicina, allora noi diciamo che è importante procedere con cautela lungo il cammino della rimediatazione.

Nel dibattito che si svolge ormai da alcuni anni a proposito del punto che a noi pare essenziale affrontare, e cioè quello elaborato dall'articolo 3 del disegno di legge n. 1211 dei senatori Melandri, Bompiani ed altri, si è ricordato che uno dei più noti elettroencefalografologi di Roma, il professor Ricci, aveva avuto occasione di affermare che in qualche caso, anche dopo 24 ore di onda « Alfa » piatta, erano stati riscontrati sintomi di reviviscenza nel soggetto considerato. In realtà, il problema ora viene affrontato secondo la ipotesi di coesistenza delle condizioni specificatamente indicate dal predetto articolo per la determinazione del momento della morte.

L'ininterrotta presenza, si legge nell'articolo, durante un successivo periodo di almeno 6 ore, delle condizioni indicate, sempre in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale e di condizioni di ipotermia indotta artificialmente, costituisce il punto di partenza che dovrebbe garantire la cessazione della vita. Le condizioni sono: lo stato di coma profondo con areflessia del tronco cerebrale (pupille fisse diametralmente e areagenti a luce incidente; assenza di riflessi corneali; silenzio motorio nei territori innervati

dai nervi cranici; assenza del riflesso deglutivo e silenzio bechico alle manovre di aspirazione tracheobronchiale); assenza di respirazione spontanea dopo la sospensione, per due minuti primi, di quella artificiale; infine, elettroencefalogramma con assenza di potenziali elettrici superiori a due microvolt.

Si è in tal senso superata, anche a nostro parere, la cosiddetta seconda totale garanzia sull'accertamento di morte relativa alla negatività dell'elettrocardiogramma per venti minuti, che di per sé non offriva — secondo quanto autorevolmente affermato dagli scienziati consultati — adeguate garanzie tecnico-scientifiche, e di conseguenza etico-giuridiche, sulla realtà della cessazione della vita.

La fusione teorica dei momenti indicati come necessari ai fini di tale accertamento risulta dunque modificata, nella valutazione del metodo, dall'associazione delle tre essenziali condizioni considerate.

Noi abbiamo attentamente considerato tali fattori, anche nella elaborazione dei vari disegni di legge presentati sulla materia, dal momento che gravi pericoli e insidie si sarebbero potuti prospettare se tali fattori non avessero consentito, nell'azione unitaria che loro viene attribuita, di salvaguardare le legittime preoccupazioni delle varie parti interessate. Mi riferisco naturalmente al soggetto donatore, al soggetto che dovrà ricevere il frammento di tessuto per trapianto e alla collettività nel suo complesso: categorie mediche e componenti sociali.

Ciò andava ovviamente e soprattutto sottolineato per quanto riguarda la partecipazione del soggetto donatore, poichè azioni di prelievo si prevede possano essere effettuate anche in ambienti a tale scopo autorizzati dal Ministero della sanità. E su questo fatto dobbiamo garantirci nella massima misura possibile.

A parte, dunque, le altre doverose indicazioni fornite dall'articolato complessivo della legge, a noi pare importante che nell'articolo 8 venga richiamata la competenza della Regione per quanto riguarda la metodologia di intervento, oltre che l'integrazione di misure e modalità nella corresponsione

delle competenze previste nell'ambito delle necessarie ed anche eccezionali prestazioni.

In tal senso, sin dal 5 marzo 1981 i senatori comunisti Carlassara, Merzario e Tolomelli hanno presentato una interpellanza richiamandosi allo stato di applicazione degli articoli 11, 12, 13 e 14 del decreto del Presidente della Repubblica 16 giugno 1977, n. 409, che regolamenta l'applicazione della legge n. 644 del 2 dicembre 1975.

L'articolo 2 del disegno di legge n. 1211, che propone la sostituzione dell'articolo 3 della legge 2 dicembre 1975, n. 644, equipara, nella liceità dell'intervento, gli ospedali civili e militari, gli istituti universitari, gli istituti di ricerca pubblici e privati e le case di cura private. A nostro parere sarebbe opportuno privilegiare le istituzioni pubbliche, soprattutto in considerazione del fatto che l'attuazione della legge n. 833 del 1978 di riforma sanitaria non può non prevedere la primaria e specifica competenza dell'istituto regionale nella definizione della particolare iniziativa. La situazione generale degli ospedali e soprattutto degli istituti privati di cura nel nostro paese è tale (basterebbe ricordare i gravi vuoti organizzativi generalmente esistenti e soprattutto lo stato di disgregazione e di insufficienza dei nosocomi del Mezzogiorno italiano, ma non solo di quelli) che l'intervento pubblico dovrebbe assumere rilevanza, significato e incidenza superiori proprio rispetto a quella che è stata definita una fascia di speculazione privata e di profitto non sempre giudicato lecito. Il settore privato, pur innegabilmente titolare di meriti, è tuttavia da considerare ancorato a una concezione speculativa del suo esercizio, e nell'ambito della sua attività non ha potuto finora garantire una oggettiva superiorità delle strutture organizzative e scientifiche.

Queste sono le considerazioni che io ho ritenuto di dover fare. Sono convinto che il problema abbia una serie di ragioni che possono e debbono essere meditate. E di fronte a questi fatti ed a queste ragioni sembra indispensabile ascoltare, con pazienza e consapevolezza, i suggerimenti che possono

emergere da altre componenti politiche qui presenti.

In tal senso rivolgo un invito ai colleghi; e penso anche che sarebbe opportuno che le varie parti politiche discutessero di questo provvedimento là dove esso verrà applicato, come noi ci auguriamo, per il bene e per la sopravvivenza di tanti ammalati che attendono da noi una decisione già troppo a lungo protrattasi, spesso indipendentemente dalla nostra volontà. Ritengo che questa pazienza, questa coscienza e questa consapevolezza debbano essere tanto più ampie quanto più grande è il valore che noi attribuiamo alla vita dell'uomo.

J E R V O L I N O R U S S O . Il mio sarà un brevissimo intervento, anche perchè, onestamente, c'è un certo imbarazzo per chi non è medico ad intervenire in una materia del genere, soprattutto dopo una relazione quale quella predisposta magistralmente dal senatore Bompiani e dopo l'intervento del collega Argiroffi, che ha esplorato tutti i campi, comprese le implicazioni culturali e filosofiche, di estrema importanza, di questo tema. Desidero intervenire proprio forse con la logica un po' semplificatrice di chi vede le cose dall'esterno, non essendo un tecnico del settore, e proponendomi poi di ascoltare soprattutto la collega Rossanda, che è competente su questi argomenti.

Ci troviamo indubbiamente di fronte ad un problema della massima delicatezza, che coinvolge ciascuno di noi perchè si ricollega immediatamente non solo ad un determinato modo di vedere l'uomo, la persona umana, la vita, ma anche ad un determinato modo di vedere i rapporti fra le varie persone umane. La donazione di organi, sia tra vivi sia *post mortem*, è il segno di un particolare rapporto di solidarietà che il filone culturale al quale appartengo non può che vedere con la massima attenzione e con favore.

È anche evidente che ci troviamo di fronte a provvedimenti attesi vivamente dagli interessati, e non solo da questi. Ciascuno di noi è stato sollecitato da organizzazioni e da centri che si occupano di questo proble-

ma, e anche oggi, venendo in Senato, ho ascoltato alla radio una trasmissione nel corso della quale un rappresentante dell'AIDO ribadiva l'urgenza di approvare questi provvedimenti e ricordava che siamo in presenza, in questo momento, di diecimila casi di persone dializzate che non possono essere inserite in modo pieno nella comunità sociale. Diecimila persone che hanno una dipendenza fisica da una macchina, con tutto ciò che questo comporta non solo in termini di costo economico, ma anche in termini di costo psicologico. Questo rappresentante ci ricordava che, fra queste diecimila persone, tremila sono in lista di attesa per essere sottoposte ad intervento di trapianto. Noi abbiamo la necessità, quindi, e sentiamo la responsabilità di non deludere dal punto di vista morale questa attesa.

I due disegni di legge illustrati nella relazione del senatore Bompiani ed approfonditi dal collega Argiroffi sostanzialmente ci pongono di fronte a vari problemi, di cui però i più importanti sono due. Il primo è quello della determinazione del momento della morte. In merito devo dire che, per chi non è medico, ascoltare la relazione di Bompiani è stato un fatto non solo di estremo interesse, ma che ha anche capovolto un determinato concetto di morte che chi come me non si è mai occupato di questi problemi aveva ben radicato. È cioè radicato nella cultura — o, se volete, nella incultura — corrente, per chi non ha fatto studi medici, il concetto di morte come evento. Bompiani, invece, ci ha spiegato che la morte è un processo, e a questo punto si pone il problema, che è di estrema delicatezza, di individuare in che momento di questo processo sia possibile intervenire, perchè dobbiamo innanzitutto salvaguardare al massimo la vita della persona che sta per donare l'organo. Quindi dobbiamo intervenire in un momento in cui è chiaro che quel minimo di processi vitali non possono più riorganizzarsi in una vita concreta, e, contemporaneamente, dobbiamo intervenire quando l'organo (e anche questa è stata una scoperta, per me profana: il sapere cioè quanto brevi siano gli spazi temporali per-

chè l'organo non si deteriori) ha ancora la sua piena capacità di essere validamente inserito in un altro organismo umano. Da questo punto di vista la competenza dei colleghi che intervengono dopo di me potrà darci dei lumi.

Un altro punto di estrema importanza è quello della possibilità del prelievo anche in assenza di una volontà esplicita del defunto o dei suoi parenti. Anche qui il problema nasce dalla necessità di incrementare il numero di organi a disposizione di coloro che devono effettuare questi trapianti, dando una risposta a quei tremila pazienti in lista di attesa cui ho fatto prima riferimento.

A mio parere questo è un altro problema di estrema importanza che dobbiamo affrontare facendo attenzione a tre tipi di implicazioni. La prima è quella di non ferire un rapporto che, se volete, è culturale e effettivo, però ha pure una sua rilevanza. Mi riferisco al rapporto tra i parenti, gli amici della persona defunta e il cadavere stesso il quale, anche se inanimato, non per questo può essere assimilabile ad una cosa, se non altro per la particolare rilevanza che ha sul piano affettivo e psicologico. In questa mia affermazione non c'è alcuna remora di carattere morale o religioso, perchè anzi, da questo punto di vista, i nostri moralisti insegnano ad essere estremamente generosi nel donare degli organi. Però una cosa è essere generosi ed un'altra è subire forzatamente o contro la propria volontà il prelievo.

Un'altra necessità della quale, a mio parere, dobbiamo tenere conto è quella di non scegliere delle strade che soltanto dal punto di vista teorico possono sembrare incentivanti ad una maggiore disponibilità di organi, mentre invece rischiano di risolversi in senso contrario. E mi spiego.

Se, ad esempio — faccio riferimento alla sensibilità media legata alla cultura del nostro periodo — una persona, una famiglia si trova in presenza di un prelievo effettuato su volontà esplicita del *de cuius* o a seguito di autorizzazione della famiglia stessa, non c'è dubbio, a mio parere, che l'eventuale prelievo sia vissuto in senso positivo, in fon-

do come una proiezione nel futuro, una continuazione della vita del *de cuius* stesso. Quindi, questo modo di effettuare il prelievo ha, a mio parere, valore incentivante. Ritengo, viceversa, che un prelievo fatto forzosamente, cioè in assenza di volontà del *de cuius* o di autorizzazione dei parenti, venga ad essere vissuto come un fatto disincentivante rispetto ad ulteriori prelievi.

A questo punto, se dovessi vivere una esperienza del genere, mi affrettarei a fare una esplicita dichiarazione e a farla fare ai miei figli per cautelarmi che quell'evento, al quale per mancanza di dichiarazione espressa di volontà negativa è stato sottoposto il cadavere, ad esempio, di mia madre, di mio padre e di altre persone, non si verifichi per me o per qualcuno dei miei figli. A mio parere, il prelievo forzoso è un fatto estremamente disincentivante.

Dobbiamo, inoltre, domandarci se, allo stato dei fatti, secondo la legislazione vigente, chi desidera donare un organo proprio o di parenti ha sufficiente conoscenza delle modalità attraverso le quali si può giungere a questo risultato.

La stessa trasmissione di stamattina — vedo che anche il Presidente l'ha ascoltata perchè assentisce — sostanzialmente ha fatto una serie di rilievi di natura culturale, filosofica, psicologica, religiosa, ma non ha comunicato un dato essenziale: il cittadino romano, ad esempio, se volesse fare una donazione di un organo, dove deve andare, a chi si deve rivolgere, che tipo di procedura deve effettuare? In primo luogo, quindi, occorre una informazione sufficiente; in secondo luogo occorre sapere se, anche in presenza di una volontà dichiarata di donare organi, le procedure concrete all'atto della morte del donatore sono tali da rendere effettivamente possibile questa donazione, oppure sono tali da vanificare la volontà della persona defunta o dei parenti.

La mia posizione, in sostanza, è questa: se fossi personalmente convinta che, attraverso un'opera di informazione, attraverso una opera di educazione, attraverso un'opera di semplificazione delle procedure, non sarebbe possibile reperire quei tremila reni necessa-

ri per dare una risposta positiva ai tremila pazienti in lista d'attesa, non avrei alcuna remora a votare un provvedimento che prevedesse il prelievo forzoso. Perchè indubbiamente fra i due interessi, quello diretto a tutelare il rapporto affettivo parente-cadavere e quello diretto a dare la salute ad una persona viva, prevale il secondo interesse; fra il rischio presente di un'azione disincentivante del prelievo forzoso e la possibilità di dare un rene a tremila persone, prevale di nuovo l'ipotesi più favorevole a dare la salute a tremila persone.

Ma di questo non sono convinta. Mi sembra impossibile che oggi, data la maturazione culturale dell'Italia dell'82 e dato il senso di solidarietà più vivo che indubbiamente, malgrado tanti aspetti negativi, viene ad evidenziarsi fra le varie persone, non si riescano a trovare tremila donatori spontanei o quattromila o cinquemila. Immagino infatti che, per poter effettuare tremila trapianti di reni, dovranno essere fatti quattromila-cinquemila prelievi, proprio perchè non tutti gli organi sono utilizzabili.

Allora, che cosa propongo in concreto? Propongo di esplorare, attraverso una audizione informale (nella forma che la Presidenza della Commissione ed i colleghi riteranno più oopportuna) ed eventualmente anche attraverso un incontro con l'Associazione che si occupa della donazione degli organi, cosa è stato fatto finora sul piano dell'informazione e cosa è possibile fare, riservandosi poi una decisione quando saranno più ampie le nostre informazioni su ciò che è possibile fare in base alla legislazione attualmente vigente.

Vi sono poi nel disegno di legge altri aspetti che debbono essere approfonditi. E questi direi che possono essere approfonditi attraverso la costituzione di un comitato ristretto. Credo che ciò sia necessario se vogliamo giungere all'approvazione rapida della nuova disciplina legislativa. Quindi, occorre istituire un comitato ristretto che, sulla base dei suggerimenti dei vari Gruppi, del testo presentato dal Governo e del testo proposto dal senatore Melandri, approfondisca gli aspetti relativi alla sede dei tra-

pianti, alla necessità di capillarizzare al massimo le sedi perchè siano idonee al prelievo e alla conservazione degli organi. Perchè, a quanto è dato di capire, c'è un problema notevole anche di conservazione oltre che di prelievo degli organi.

Si deve approfondire la questione relativa alla struttura del collegio medico competente ad accertare la morte. Comunque, mi sembra positivo che vi sia una diversificazione tra il medico che accerta la morte ed il medico che esegue il prelievo.

Vi è poi da approfondire — e qui domanderei se è stato chiesto e se già è stato espresso il parere della Commissione giustizia — tutta la parte relativa alle sanzioni penali; perchè così come esse sono ipotizzate, anche nel disegno di legge presentato dal Governo, mi sembrano delle sanzioni penali estremamente blande. Per esempio, l'articolo 19 del disegno di legge del Governo prevede che chiunque riceva danaro o comunque realizzi un'utilità per consentire prelievi dopo la morte di parti del proprio corpo o di quelle di altre persone, per finalità ovviamente che non siano quelle previste dalla legge, venga punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con multa da 400.000 lire a 2 milioni. Noi sappiamo che normalmente il giudice penale tende ad applicare abbastanza facilmente il minimo della pena; ora, sei mesi di reclusione e 400.000 lire di multa mi sembrano abbastanza poco significativi rispetto al giudizio negativo che va dato e che deve essere espressione di una condanna della società di fronte ad una fattispecie di questo genere.

Vi è poi l'articolo 20 in base al quale chiunque procura per lucro una parte di cadavere da usare viene condannato alla reclusione da due anni a cinque anni e ad una multa da 300.000 lire a 3 milioni. Anche in questo caso, dal mio punto di vista, sono previste pene estremamente poco significative.

Concludendo, vorrei appunto riproporre la mia richiesta di sentire l'Associazione dei donatori degli organi — se si vuole anche in via informale — e, ai fini della discussione generale, nominare un comitato ristretto che

possa approfondire soprattutto due aspetti: la determinazione del momento della morte e, dopo aver sentito la Associazione, la questione relativa al consenso del *de cuius* o dei familiari.

P R E S I D E N T E . Comunico alla Commissione che il parere della Commissione giustizia è favorevole senza osservazioni, come pure il parere della Commissione affari costituzionali.

R O S S A N D A . Il mio contributo vuole essere quello di una persona tecnicamente coinvolta nella attività di trapianto, in quanto lavoro da parecchi anni come anestesista in una unità di rianimazione neurochirurgica e posso portare alcune testimonianze che forse sono utili alla discussione generale. Del resto accetto l'impostazione generale che è stata data a tutta la discussione dal collega Argiroffi, che ha trattato il problema da un punto di vista molto più ampio.

Il mio contributo riguarderà dunque alcuni punti sollevati sia dalla relazione del senatore Bompiani sia dagli interventi successivi. E vorrei cominciare sottolineando la distinzione sostanziale tra le condizioni che si creano a seconda che il prelievo di organi si faccia da donatore a cuore già fermato spontaneamente o da donatore in stato di morte cerebrale.

Per quanto riguarda la prima situazione, credo che la proposta di semplificazione delle procedure, e in particolare quella dell'abolizione dell'elettroencefalogramma, sia estremamente valida; è una prescrizione assurda, che impone lavoro inutile, privo di significato, e la abolizione può veramente portare ad una facilitazione, senza pregiudizio di alcun principio morale e culturale, del prelievo di alcuni organi essenziali da destinare a trapianto o a procedure estrattive (come nel caso della ipofisi).

Le osservazioni che invece vorrei fare, e che mi trovano dissenziente da alcune parti della relazione del senatore Bompiani, riguardano il prelievo da donatori a cuore attivo, e cioè da donatori con morte cerebrale.

In primo luogo, credo si possa dare una risposta precisa, oggi, al dubbio sollevato dalla collega Jervolino Russo che chiedeva se le facilitazioni proposte nei disegni di legge, in particolare l'accorciamento dei tempi di osservazione della morte cerebrale e l'abolizione dell'obbligo del consenso formale dei parenti, sarebbero un passo avanti efficace al fine di aumentare sensibilmente il numero dei trapianti. Ebbene, la mia convinzione è che questo non sia vero, e che il numero dei trapianti che si possono effettuare dipenda in modo molto più rilevante dal livello organizzativo dei servizi ospedalieri nei quali i donatori possono giungere, essere accettati, ed essere correttamente trattati, in modo da diventare dei buoni donatori. L'osservazione della tabella allegata alla relazione del senatore Bompiani sui trapianti eseguiti in Italia dal 1969 al 1980 mette infatti in rilievo il fatto che ci sono soltanto poche sedi dove si è verificato un incremento importante, anche quando il tempo di osservazione è stato ridotto da 24 a 12 ore. Vi sono cioè molte sedi, anche importanti sedi universitarie e centri ospedalieri, nelle quali non viene svolta questa attività. A quanto so, ciò dipende molto dal fatto che in queste sedi, se anche c'è una buona capacità di singoli soggetti attivi nei settori interessati ai trapianti, non vi è un sufficiente coordinamento, a cominciare dall'immediato impatto del possibile donatore con l'ospedale, cioè a livello di organizzazione del pronto soccorso. Come ho detto più volte alle associazioni dei dializzati, credo che veramente un fattore essenziale affinché possa essere incrementato in particolare il prelievo di reni, di cui c'è grande bisogno in Italia, sia quello di curare una più precisa organizzazione dei reparti di emergenza negli ospedali e il loro coordinamento con i centri neurochirurgici. In assenza di questo coordinamento vengono a mancare le condizioni essenziali perchè siano riconosciuti i donatori; si perdono cioè molti donatori perchè questi arrivano in strutture ospedaliere le quali mancano della capacità organizzativa di effettuare un corretto accertamento, per cui abbandonano il soggetto oppure agiscono in modo che non possa

poi diventare un donatore. Su questo credo che non si sarà mai insistito abbastanza, perchè si potrebbe fare un'opera veramente di grande importanza per migliorare la disponibilità di organi per i trapianti. Ciò anche perchè — mi riferisco in particolare alle donazioni di reni che sono gli organi più spesso prelevati da soggetti in morte cerebrale — i donatori migliori non sono praticamente mai quelli già designati da parecchio tempo nei reparti di rianimazione, ma sono invece quelli che vengono « dalla strada ». Il motivo è banale: infatti il soggetto in coma da parecchio tempo in un reparto di rianimazione ha con grande frequenza una contaminazione o infezione delle vie urinarie, e ciò rende impossibile il suo utilizzo come donatore. Quindi è solamente il donatore arrivato da poco tempo in ospedale, o che comunque è andato solo recentemente in coma, che può essere utilizzato correttamente per la donazione. Questo significa che in tempi molto brevi deve essere effettuata una diagnosi neurochirurgica, un trattamento rianimatorio ed un accertamento elettroencefalografico. Queste tre condizioni si realizzano oggi simultaneamente in pochissime istituzioni ospedaliere ed universitarie.

La stessa argomentazione che ho sviluppato poc'anzi, e cioè il fatto che i buoni donatori sono solamente quelli « recenti », crea un problema anche per quanto riguarda il tempo di osservazione, perchè se il donatore possibilmente valido viene alla osservazione di un sistema, pur organizzato, ma dopo essere passato attraverso una organizzazione sanitaria esterna, avviene con notevole frequenza che manchino delle informazioni importanti per valutare le sue condizioni. Anzitutto possono essere stati somministrati farmaci miotici, che provocano un'assenza anche prolungata del riflesso pupillare alla luce; è una prassi sbagliata ma che purtroppo esiste quella di guardare il fondo dell'occhio dilatando le pupille in comatosi acuti. Un'altra pratica entrata, anche eccessivamente a mio parere, nell'uso corrente per una moda lanciata negli Stati Uniti è quella di tentare di trattare i casi di grave coma improvviso con carichi

di ipnotici barbiturici. Questi dovrebbero essere segnalati all'atto del trasferimento del soggetto, ma la mia esperienza mi dice che non sempre la segnalazione è attendibile, e a volte accade che, per motivi diagnostici, questi soggetti in coma vengono trasferiti di ospedale in ospedale, e attraverso i vari passaggi l'informazione si perde.

Per concludere, io credo che la riduzione a sei ore del tempo di osservazione dal momento in cui questi soggetti arrivano nella sede attrezzata possa costituire un elemento di imprudenza nell'ipotesi in cui siano stati applicati trattamenti del genere di quelli sopra esemplificati, esponendo ad errore chi deve diagnosticare la morte cerebrale del soggetto. Il tempo di osservazione delle dodici ore stabilito dalla norma in vigore in questo momento protegge, a mio parere, con sicurezza da questo rischio.

Vorrei chiedere all'onorevole Magnani Noya se dalla legislazione straniera in proposito risulta che altri paesi abbiano già adottato il tempo di osservazione di sole sei ore nel caso di morte cerebrale.

Sul tema del consenso, mi trovo d'accordo personalmente con l'impostazione del collega Argiroffi e della collega Jervolino Russo, nel senso che è necessario non considerare il cadavere semplicemente come una cosa. Se posso aprire una parentesi, credo che dovremmo sollecitare anche gli ospedali a porre, nella loro organizzazione, una maggiore attenzione alla predisposizione dei servizi mortuari, nei quali frequentemente il cadavere è oggi trattato come una cosa, in quanto può capitare che la salma di chi non ha denaro sia lasciata nei corridoi ad attendere il trasferimento al cimitero ed a subire altri cattivi trattamenti del genere.

Ora, tanto meno si può considerare cosa un soggetto dichiarato in condizione di morte cerebrale. Vi è una differenza sostanziale tra il momento della morte e l'espianto nel caso che il soggetto sia morto spontaneamente o nel caso che sia dichiarato morto legalmente perchè è stata rilevata la morte cerebrale.

Chiedo scusa ai colleghi per questi particolari, ma credo che la descrizione di quello che avviene al soggetto in condizione di mor-

te cerebrale prima dell'espianto possa essere utile per capire per quale motivo io sono profondamente contraria all'abolizione del consenso esplicito dei familiari. Il donatore è di norma in un reparto di rianimazione, sottoposto a tutte le possibili cure e non ha interamente l'aspetto del cadavere perchè il suo colorito è roseo. Spesso il soggetto in condizione di morte cerebrale giace accanto ad un altro soggetto che non è in tali condizioni anche se è in coma profondo; la famiglia del donatore in morte cerebrale sentirà dai medici una prognosi totalmente infausta o quasi, mentre per l'altro soggetto in coma i medici esprimono una prognosi riservata. La prognosi viene formulata sulla base di dati che noi soli conosciamo ma che la famiglia non può rilevare in base a quello che vede. Allora, nel caso di un prelievo da donatore senza il consenso della famiglia, si tratterebbe, dopo un intenso lavoro su questo cadavere, che non sembra cadavere, prolungato per sei, dodici ore, di prenderlo, accompagnarlo con tutte le cure, con tre o quattro persone che gli stanno intorno con le attrezzature necessarie, per trasferirlo nel luogo dell'espianto che raramente si trova nello stesso reparto dove è stato in osservazione. Dalla sala operatoria dove avviene l'espianto, esce poi la salma.

Mi domando come vi sentireste se ad un vostro parente fosse applicato contro la vostra volontà questo tipo di procedura. So di sicuro che i collaboratori non medici avrebbero momenti di ribellione viscerale, come li hanno a volte nel vederci staccare il respiratore dopo la dichiarazione di morte cerebrale, anche nei casi in cui il trapianto non viene effettuato. È una operazione traumatizzante; l'ho sempre fatta io in ospedale e non ho mai chiesto a nessuno di farla al mio posto se ero presente; ancora adesso, dopo venticinque anni, non mi sento di delegare nessuno.

Pensare di imporre un prelievo senza il consenso dei parenti, onorevoli colleghi, non solo non favorisce lo sviluppo dello spirito di solidarietà del quale parlavano prima alcuni colleghi, non favorisce un'educazione sanitaria, ma addirittura potrebbe mettere

in circolazione, attraverso il personale di assistenza, un'informazione sbagliata che potrebbe peggiorare la situazione. Non bisogna dimenticare che i familiari hanno il diritto in qualsiasi momento di chiedere ai curanti di dimettere il soggetto sotto la loro responsabilità. Quindi, avrebbero una via semplicissima per aggirare il problema del consenso, e nessun medico, tranne che non si avvii un discorso complicatissimo che chiamerebbe in causa il direttore sanitario e i medici legali e provocherebbe una grave rottura con la famiglia, potrebbe impedirglielo. In sostanza, non mi sembra che l'abolizione del consenso formale sia utile ad incentivare l'attività di trapianto del rene; credo anzi che possa avere effetti negativi perchè si va a ledere una cultura legata al corpo del defunto, che è radicata nella storia e che non possiamo abolire di punto in bianco. Nonostante sia carica di superstizioni, è una realtà, presente specialmente in ambiti esterni alla civiltà urbana; non mi sento di affermare che si tratti di una cultura da sopprimere o violentare in nome di un concetto di progresso scientifico. Penso che si debbano compiere sforzi per sostituirla progressivamente con una cultura solidaristica.

La senatrice Jervolino Russo aveva sollevato la questione della conservazione degli organi. A mio avviso, il problema non è così grave perchè un espianto, se esistono le condizioni per un corretto accertamento della morte cerebrale, non è in genere difficile; un'équipe di chirurghi può effettuare l'espianto portando con sé l'apparato per la conservazione per alcune ore dell'organo. Si tratta di un semplice sistema che consente di far viaggiare un rene per parecchie ore dalla sede di prelievo a quella in cui si effettuerà il trapianto. Non si è certamente in presenza di un grosso problema tecnico.

Vorrei fare un'ultima osservazione sulla questione delle modalità di rilevazione dell'a morte cerebrale. Mi sembra che i disegni di legge siano abbastanza precisi nella definizione delle caratteristiche che devono essere rilevate dall'équipe di medici. Il senatore Argiroffi durante il dibattito ha messo in rilievo l'esistenza di errori nella formulazione del testo relativamente ai potenziali elet-

trici. Credo che si debba trovare una formulazione che lasci all'esperto in elettroencefalografia l'interpretazione del tracciato piatto nel senso che si deve riconoscere che il tracciato deve essere piatto per le onde cerebrali. Siccome lo si registra alla massima amplificazione, avviene con una certa frequenza che si trovi parassitato da potenziali elettrici che provengono da altri organi, in particolare dal cuore, dalla retina. Qualora non si modificasse il testo di iniziativa parlamentare, in cui si parla di assenza di potenziali elettrici superiori a 2 mV, potrebbe succedere che un tracciato piatto non sia più accettabile (faccio notare che la dizione corretta è mV, e non quella presente nel testo).

P R E S I D E N T E . Intervengo, onorevoli colleghi, a nome del Gruppo socialista.

La relazione approfondita, responsabile e problematica che il senatore Bompiani ci ha fatto ascoltare il 2 dicembre scorso sollecita in me alcune riflessioni e alcune considerazioni; non tanto o non solo per dare il contributo doveroso del Gruppo socialista al dibattito, ma soprattutto per cogliere gli elementi di organicità e di fattività che del disegno di legge n. 1496, ed anche del disegno di legge n. 1211 dei senatori Melandri, Bompiani ed altri, costituiscono l'ossatura portante su cui si snoda tutta la normativa del consenso agli espianti e ai trapianti.

Il fatto concreto da cui riteniamo di dover partire è costituito dai dati statistici in nostro possesso; circa 13.000 sono i dializzati in Italia e circa 324 le strutture idonee alla dialisi, oltre i 78 servizi extraospedalieri.

Occorre poi considerare: la maturazione intanto avvenuta dal 1975 in poi rispetto ai trapianti, alla loro validità, ai vantaggi che offrono sul piano terapeutico, anche in termini economici, e il riflesso positivo che dall'Europa e dal mondo si è riversato sul nostro paese, dove intanto le tecniche sono passate dalla fase sperimentale alla fase di « normale prestazione terapeutica »; il contrasto tra questi dati e quelli relativi agli

interventi effettuati, pochi anche per cornea e rene, quasi zero per altri tipi di trapianti; la insufficienza della legge 2 dicembre 1975, n. 644, che, pur intesa dal legislatore nel senso di favorire il progresso della chirurgia dei trapianti, per ben precise carenze, comprensibili oggi come ieri, sul piano umano, morale ed etico, un po' meno su quello tecnico-scientifico, non ha corrisposto alle speranze che pur l'avevano sottesa ed animata.

Di fronte alla certezza di questi dati, all'incremento della patologia renale e oculare, alle possibilità di ricerca e di affinamento tecnico che si schiudono, al perfezionamento delle terapie antirigetto, a nostro giudizio è indispensabile riformulare una normativa che dissipi, per quanto consentito, i nodi esistenti nella legge del 1975, **in modo da contemperare l'interesse collettivo del progresso della scienza medica con il più profondo rispetto della vita umana, e tuttavia riconoscendo che l'indagine per stabilire la morte clinica di un individuo può ricondursi al rilievo continuo dell'elettrocardiogramma per non meno di venti minuti primi, escludendo così ogni ragionevole rischio o dubbio, allo stesso modo di come fino ad ora viene fatto con l'elettroencefalogramma, di non facile esecuzione in tempi brevissimi quando l'individuo è fuori da particolari strutture ospedaliere.**

Primo punto dunque è quello di consentire, nel rispetto del diritto alla vita del paziente, l'espianto in tempi idonei per la utilizzazione; quindi l'abbreviazione del tempo di controllo della morte clinica o del tempo di rianimazione, per far sì che non intervengano alterazioni di strutture essenziali alla vita dell'organo, operando ai primissimi stadi del processo della morte e non in quelli successivi.

Il secondo punto concerne l'autorizzazione alla operazione di trapianto che, per raggiungere il suo scopo, non può non essere liberata da macchinosità e da intralci, pur nell'obbligo di massima garanzia circa la professionalità dell'operatore e l'adeguatezza delle strutture ed attrezzature.

Pare a noi che l'articolo 10 così come è formulato nel disegno di legge n. 1496 risponda allo scopo prefissosi dal Governo proponente e soddisfi le esigenze del legislatore.

Il terzo punto che riteniamo di dover sottolineare è quello che riguarda il problema della rilevanza della volontà del donatore, in particolare quando essa viene formalmente espressa. Noi siamo d'accordo sul fatto che venga privilegiata, in caso di non espressa volontà, quindi di silenzio, la possibilità di prelievo in relazione ai fini altamente sociali ed umanitari dell'operazione. Siamo tuttavia consapevoli che nel momento del primo dolore, il più emotivo rispetto alla perdita di un congiunto, e forse il meno profondo, non si possa fare a meno di una informazione puntuale di ciò che si sta compiendo nei riguardi dei parenti del deceduto, cercando un sereno e ponderato consenso. Ci parrebbe utile varare anche in Italia una normativa che preveda il dissenso in occasione del rilascio di un documento (per esempio, la patente di guida). Sappiamo però che nell'immediato ciò non è facilmente ottenibile, e che soltanto in tempi medi, attraverso una responsabile educazione sanitaria, potranno essere create le condizioni psicologiche più adatte per la soluzione di questo problema. Non a caso l'articolo 12 della legge n. 833 del 1978 torna spesso nel dibattito di chi, come i socialisti, vuole davvero che la legge di riforma sanitaria cammini sul territorio, proprio in funzione del fatto che, considerate le notevoli difficoltà delle unità sanitarie locali, non si ritiene che, attraverso l'attuale loro organizzazione, si possano raggiungere livelli soddisfacenti di educazione sanitaria. Nelle riunioni e nelle conferenze finora tenute abbiamo cercato di dire la nostra opinione, che è quella di rendere « fattibile » un'educazione sanitaria adeguata alle carenze della nostra popolazione; considerando la salute e gli strumenti per proteggerla nella sua integrità fisica, psichica e ambientale come un prodotto da far entrare ad ogni costo sul mercato, quindi utilizzando tutti i mezzi di comunicazione, primo fra essi l'informazione dialettica e quella

unilaterale attraverso i *mass-media*, ovviamente affidando la direzione ad operatori altamente qualificati che possono essere preparati dall'Istituto superiore di sanità.

In una prima fase, semmai, si potrebbe immaginare un'agenzia del Ministero della sanità con valenza nazionale, capace di utilizzare mezzi cospicui e persone idonee; successivamente affidando, come vuole la citata legge n. 833, alle unità sanitarie locali un patrimonio di idee e di strumenti già sperimentati ed attivamente operanti sul territorio.

Attraverso un'azione di questo genere potrà penetrare nei cittadini la consapevolezza del fatto che sul diritto affievolito del cadavere deve prevalere quello integro della società.

Poche considerazioni finali, onorevoli senatori, sulla promozione da parte delle Regioni della costituzione di centri per l'individuazione dei soggetti idonei a ricevere il trapianto di organi (articolo 12 del disegno di legge n. 1496). Noi riteniamo che nella prima fase questi centri, importanti per l'applicazione della legge, debbano essere promossi a livello interregionale dal Ministero della sanità che, attraverso il Consiglio sanitario nazionale, può trovare procedure snelle e prontamente operative, avendo una visione globale del territorio e non invece frazionata e spesso parziale e soggettiva.

Ci auguriamo un rapido *iter* del provvedimento, affinché una normativa altamente umanitaria possa vedere il varo del Senato e ricondurre al passo del progresso anche il nostro paese, che allo stato attuale si trova al di sotto della media europea, raggiungendo gli 11 trapianti per milione di abitanti, rispetto alla Danimarca che ne ha 90 e ad altri paesi che raggiungono cifre tra i 50 e i 75.

Ci proponiamo anche di dare un contributo per il miglioramento del provvedimento, che si tradurrà in emendamenti precisi che saranno consegnati in questi giorni alla segreteria della Commissione, alla Sottocommissione (nel caso questa si formi) ed al relatore. Tali emendamenti concernono in primo luogo l'articolo 2, a proposito del

quale intendiamo insistere per l'assenso esplicito su un documento particolare, che potrà essere richiesto nel corso della vita, dando pertanto il preciso rilievo alla negazione del consenso. Per quanto concerne l'articolo 5, vorremmo che in esso fossero introdotte talune precisazioni; nell'articolo 8 chiederemo che sia accentuata la vigilanza, da parte delle Regioni, sui trapianti; nell'articolo 13 vorremmo inserire la previsione di un registro centrale dei trapianti; nell'articolo 18 desidereremmo fosse inserita una previsione circa la formazione di organi di vigilanza ai fini dell'erogazione delle pene (ed anche prima dell'erogazione stessa), anche rivalutando queste ultime che, come ha osservato giustamente poc'anzi la senatrice Jervolino Russo, ci sembrano inadeguate in relazione al tipo di reato particolarmente delicato che può essere commesso.

Queste proposte, che trasformeremo in emendamenti, ci vengono suggerite anche dal fatto che il disegno di legge n. 1496 reca notevoli differenze rispetto al disegno di legge che i ministri Aniasi e Darida avevano presentato a suo tempo al Consiglio dei ministri. Mi viene fatta rilevare dallo stesso firmatario onorevole Aniasi (allora Ministro della sanità) questa differenza dovuta ad errore materiale tra il testo presentato al Senato e quello approvato dal Consiglio dei ministri; e mi si chiede che, attraverso opportuni emendamenti, vengano riproposti gli articoli così come erano stati inizialmente predisposti dagli stessi Ministri.

Credo che questo fatto debba essere tenuto nella giusta considerazione. Sarà nostro dovere presentare gli emendamenti opportuni nell'ambito della eventuale Sottocommissione prima e della Commissione poi.

D E L N E R O . Le dichiarazione, a mio avviso estremamente gravi, che il Presidente ha fatto relativamente alla circostanza per cui il testo presentato al Senato sarebbe diverso da quello approvato dal Consiglio dei ministri mi inducono a chiedere che pregiudizialmente si chiarisca questo caso. Se il testo che ci è stato presentato è diverso da quello approvato dal Consiglio

12^a COMMISSIONE27^o RESOCONTO STEN. (13 gennaio 1982)

dei ministri, evidentemente qualcuno l'ha cambiato. Ai fini di un chiarimento, chiediamo al Presidente di rivolgersi direttamente alla Presidenza del Senato, altrimenti saremo costretti a farlo noi.

PRESIDENTE. Può trattarsi di un errore.

DEL NERO. Chiediamo comunque che sia chiarito.

FORNI. Signor Presidente, prima di procedere, chiedo che ci sia data la possibilità di rileggere il testo integrale delle sue dichiarazioni così come risulteranno dal verbale della seduta. Anch'io, come il senatore Del Nero, ritengo che qui si sia detto espressamente che il testo presentato al Senato non è quello approvato dal Consiglio dei ministri. Ora, siccome questo è un fatto grave, ritengo che della cosa si debba informare il Presidente del Senato e nel frattempo si debba sospendere ogni discussione in merito al disegno di legge.

D'altra parte, nessun Ministro della Repubblica è autorizzato ad inviare ufficialmente lettere ai Presidenti di Commissione del Senato o della Camera per segnalare cose di tale gravità pensando poi che esse non abbiano nessuna conseguenza. Ritengo che il ministro Aniasi, tuttora in carica, abbia inteso mettere in rilievo un fatto grave che non possiamo non rimarcare.

Pertanto, a questo punto, io chiedo formalmente che sia sospesa la discussione di questi disegni di legge, che ai commissari sia data la possibilità di leggere il testo integrale delle dichiarazioni del Presidente della Commissione così come risultano a verbale e che copia di tale testo, insieme alla lettera del ministro Aniasi, sia inviata al Presidente del Senato affinché abbia a prendere le decisioni che riterrà opportune, essendo il quesito di tale gravità da andare anche al di fuori della competenza della nostra Commissione.

PRESIDENTE. Preciso che nella mia dichiarazione ho riferito esattamente

un passo della lettera del ministro Aniasi dove si afferma: « Per un errore materiale nella trasmissione, il testo che la Commissione sta esaminando in alcuni punti non corrisponde perfettamente al testo presentato all'epoca dai ministri Aniasi e Darida ».

DEL NERO. « Presentato » è un'altra cosa; lei ha detto « approvato ».

PRESIDENTE. « Presentato dai ministri Aniasi e Darida e approvato dal Consiglio dei ministri ».

FORNI. C'è una dichiarazione verbalizzata e quindi io chiedo che sia distribuita e portata a conoscenza del Presidente del Senato Fanfani insieme alla lettera appena letta.

PRESIDENTE. La lettera è indirizzata a me personalmente

FORNI. Chiedo di verificare la dichiarazione a verbale e di informare il Presidente del Senato.

BELLINZONA. Credo che nessuno abbia difficoltà a rendersi conto che questa novità nell'*iter* del provvedimento è qualcosa di abbastanza significativo, così come lo stesso nostro Presidente, così sensibile, e la volontà della Commissione, così larga e unanime, hanno dimostrato.

Per quanto mi riguarda, la cosa da evitare nel modo più assoluto è di costituire un precedente pericolosissimo, e cioè che, essendo a conoscenza del fatto che stiamo discutendo un testo diverso da quello approvato dal Consiglio dei ministri, si vada avanti.

D'altra parte, mi chiedo: quando ci si è accorti dell'errore? Ieri? Se l'errore materiale fosse quello di aver messo una « e » al posto di una « o », di aver ommesso un periodo o saltato un comma, di aver ignorato un articolo, si tratterebbe di qualcosa di tecnicamente rimediabile. Ma, se non vado errato, la consapevolezza dell'errore commesso è abbastanza retrodatata. E evidente che nel

12^a COMMISSIONE27^o RESOCONTO STEN. (13 gennaio 1982)

momento in cui ci si è accorti dell'errore, di fronte al Governo vi erano due strade: o fare proprio il testo trasmesso per errore, con riserva di apportare poi gli emendamenti, o sostituire il testo. Tale sostituzione non avrebbe comportato alcun dramma e alcuna discussione da parte del Consiglio dei ministri.

Al punto in cui sono giunte le cose, io credo che non sia da imputare alla Commissione il fatto che giustamente rivendica di rimediare, nei termini corretti, all'errore. Semmai, alla perdita di tempo hanno contribuito coloro che, a conoscenza dell'errore, non hanno provveduto a rimediarvi.

C I A C C I . Dopo i rilievi fatti, e in particolare dopo quanto è stato detto dal senatore Bellinzona, noi del Gruppo comunista potremmo toglierci dall'imbarazzo dicendo che è un affare di famiglia della maggioranza! Mi pare però che la circostanza imponga un atteggiamento coerente e responsabile.

Ho detto che potrebbe essere un affare di famiglia dal punto di vista politico; certamente non mi sfugge che non è un affare di famiglia dal punto di vista istituzionale. Sono d'accordo (e deve essere sottolineato) che questo fatto non deve costituire un precedente; per questo dovranno essere informati gli organi direttivi del Senato. Tuttavia, detto questo con estrema franchezza e sottolineato che la cosa non dovrà finire qui, mi pongo il problema della sostanza.

Concordo con il senatore Forni quando afferma che bisogna leggere il testo integrale delle dichiarazioni del senatore Pittella. Io direi che, appunto in questo spirito, bisogna andare alla sostanza non solo delle comunicazioni del nostro Presidente, ma delle difformità tra il testo presentato a suo tempo dal ministro Aniasi e approvato dal Consiglio dei ministri e il testo pervenuto al Senato. A parte l'esistenza di una questione di forma importante, ne faccio soprattutto una questione di sostanza.

Non mi sembra necessario, a meno che non ci sia questa volontà, bloccare la discus-

sione e l'iter di questo provvedimento per un incidente che può essere anche serio, ma contro il quale si può agire camminando, non fermandosi. In questo caso, proporrei non solo, ovviamente, che la cosa venga verbalizzata, come si sta facendo, ma che si faccia un passo presso il Presidente del Senato per illustrare la situazione nella quale ci siamo venuti a trovare.

Vogliamo aspettare a fare questo passo quando avremo riletto le dichiarazioni del Presidente della Commissione? Non lo so. Sostanzialmente, il mio punto di vista personale (ma qui, estemporaneamente, esprimiamo tutti un punto di vista personale) è di far risaltare l'incidente o se volete « la manomissione » (e lo dico tra virgolette perchè non ne sono sicuro)

P R E S I D E N T E . L'errore.

C I A C C I diciamo pure l'errore, in modo che non costituisca precedente. Si valuti quali interessi (non conosco in questa materia gli interessi) si sono voluti soddisfare con un testo anzichè con un altro.

La battaglia va fatta, ma non vorrei che dal punto di vista della sostanza si trattasse di una battaglia navale in un bicchierino da *cognac* perchè sarebbe sproporzionato. Dal momento che una discussione c'è stata, il fatto ha assunto il rilievo necessario. Quindi, sarei molto perplesso e contrario a bloccare o far slittare il lavoro della nostra Commissione per un fatto di questo genere, che è pure un fatto consistente e di una certa gravità.

J E R V O L I N O R U S S O . Premesso che nessuno di noi abbia non solo interesse, ma neanche la volontà di bloccare la discussione su questo problema (fra l'altro, una discussione che si era iniziata in modo così positivo con la relazione Bompiani e che si stava sviluppando con l'intervento di tutti i colleghi in maniera non solo positiva, ma anche abbastanza concordante nella sostanza), e dovendosi ritenere che a livello di

Presidenza del Consiglio e di relativo Ufficio legislativo e a livello di Ministero della sanità e di relativo Ufficio legislativo non ci siano interessi particolari a manomettere in un senso o nell'altro un disegno di legge di questo genere, rimane il fatto che, sia pure per errore, da qualificarsi tecnicamente proprio come errore, senza volontà di dolo, se volete, e magari anche come errore di trasmissione, noi ci troviamo di fronte ad un atto che giuridicamente non esiste perchè sostanzialmente, in base alla Costituzione, il momento essenziale perchè il Governo possa esercitare il potere di iniziativa legislativa è quello dell'approvazione di uno schema di disegno di legge da parte del Consiglio dei ministri.

Ora, abbiamo notizia che quello che ritenevamo essere un disegno di legge di fatto non lo è. Quindi, non è coperto dall'iniziativa legislativa che la Costituzione attribuisce al Governo perchè il testo al nostro esame non corrisponde a quello approvato dal Consiglio dei ministri.

A me pare che, indipendentemente dall'esame di merito delle differenze fra il disegno di legge approvato e il disegno di legge presentato, la semplice notizia di questo fatto non possa passare come non data o come non avuta dalla Commissione.

A questo punto, io credo che, nostro malgrado, non possiamo fare altro che interrompere la discussione e pregare il Presidente, senza drammatizzare e dare troppa pubblicità esterna e negativa al fatto, di rivolgersi al Presidente del Senato al quale non mancherà il modo di rivolgersi, a sua volta, alla Presidenza del Consiglio. La questione potrà anche essere sanata semplicemente al prossimo Consiglio dei ministri con la presentazione e l'approvazione — o riapprovazione — del disegno di legge; quindi, con la presentazione del nuovo testo ed il ritiro di quello che abbiamo, nella prossima settimana potremmo continuare la discussione.

Però il fatto che una Commissione, chiamata a discutere in sede deliberante, venga a sapere di avere davanti un atto che dal punto di vista tecnico-costituzionale non può

qualificarsi disegno di legge, è un fatto sostanziale che ci investe della responsabilità di provvedere in qualche modo.

Io prego il Presidente di adottare la procedura indicata, se la ritiene opportuna; e di comunicare al Presidente del Senato, con preghiera che a sua volta lo comunichi al Presidente del Consiglio dei ministri, che vorremmo continuare l'esame del provvedimento la prossima settimana.

R O S S A N D A . Io ritengo che il Presidente abbia fatto un errore a leggere la lettera privata e a non agire, semplicemente, presentando, a nome del suo Gruppo, gli emendamenti atti a soddisfare le esigenze dell'onorevole Aniasi; questo non ci avrebbe posto di fronte ad alcun problema e ad alcun ritardo.

Ma, a parte questa considerazione personale, c'è un fatto, sottolineato anche dalla senatrice Jervolino, che mi lascia molto perplessa. Se ci viene presentato ufficialmente dal Consiglio dei ministri un disegno di legge diverso da quello su cui si è già svolta in buona parte la discussione, possiamo anche continuare la discussione stessa purchè vi sia l'opinione concorde, da parte di tutti i membri della Commissione, che il nuovo testo contiene solo differenze formali e non sostanziali. Ma se vi dovesse essere anche solo una modesta differenza di merito, dovremmo inevitabilmente ricominciare daccapo la discussione.

Io esprimo la mia viva preoccupazione che si possa introdurre, sul piano dell'*iter* regolamentare dei nostri lavori, il principio che a metà di una discussione si può cambiare il testo di un disegno di legge; lo dico anche pensando al piano sanitario nazionale.

B O M P I A N I , *relatore alla Commissione*. Vorrei intervenire in questa discussione, come relatore, per rilevare due elementi. Anzitutto, nella sua insindacabile libertà, il Presidente ha ritenuto opportuno esternare alla Commissione un dubbio di questa natura, di cui era venuto a conoscenza. Questo mi pare un fatto positivo, perchè ci troviamo di fronte a un problema di

natura istituzionale, al quale non si può certo passare sopra. In secondo luogo, tutti gli esponenti dei vari Gruppi politici in questa Commissione hanno comunque rilevato l'opportunità di sospendere momentaneamente la discussione per chiedere al Presidente del Senato chiarimenti sull'*iter* successivo.

Personalmente ritengo di non aver fatto, come relatore, un'opera inutile già nel « dissodare » i problemi al nostro esame. Non mi rammarico del lavoro svolto, e già da ora sono grato ai colleghi che hanno esposto la loro opinione sul testo, sul quale può esistere qualche dubbio di originalità. Ritengo che la questione possa essere risolta in pochissimi giorni sul piano formale e che quindi, chiuso l'incidente procedurale, si possa riprendere con assoluta urgenza la discussione del provvedimento, confrontando, eventualmente, se ci dovesse essere sottoposto un nuovo testo o un testo in parte modificato, il parere già espresso dal relatore con quello che il relatore stesso dovrà esprimere sull'eventuale nuovo testo.

Colgo l'occasione per ribadire al Governo la richiesta di acquisire gli atti della Commissione di studio istituita dal Consiglio superiore della sanità sul problema dei trapianti, richiesta già formulata all'inizio della discussione. Forse, conoscendo il lungo *iter* di elaborazione del disegno di legge, potremo anche comprendere se all'ultimo momento vi siano stati errori materiali rispetto al testo che era stato inviato, con il parere del Consiglio superiore di sanità, dal Ministro al Consiglio dei ministri o se viceversa, siano intervenuti degli errori materiali nelle fasi successive.

MAGNANI NOYA, *sottosegretario di Stato per la sanità*. Devo dire che ho gli atti richiesti dal relatore, che mi riservo di consegnare a fine seduta.

Per quanto riguarda l'incidente cui ci troviamo di fronte, io non mi nascondo la gravità del fatto dal punto di vista strettamente giuridico. È ovvio, infatti, che gli at-

ti che il Senato deve esaminare devono avere l'*imprimatur* del Consiglio dei ministri, altrimenti non sono ufficiali, non hanno la caratteristica giuridica per giungere all'esame del Senato

Sono però d'accordo con quei colleghi che hanno sottolineato la necessità di non drammatizzare l'episodio. Si tratta, con ogni probabilità, di un errore materiale, che può certo essere imputabile ai vari uffici legislativi, ma nel quale non vedo assolutamente nè dolo nè malafede. Mi sembra comunque giusto e corretto interpellare il Presidente del Senato.

Il Governo — che di questo episodio è stato informato soltanto ora, e sul quale pertanto non può dare alcuna spiegazione, anche perchè riguarda un Governo precedente — auspica che tutto il lavoro svolto finora non vada perduto, e che si proceda con rapidità all'approvazione del disegno di legge sui trapianti.

A me pare che dalla relazione del senatore Bompiani e dagli interventi di questa mattina sia emersa una sostanziale unità di vedute (pur nelle differenziazioni che un tema di questa rilevanza, non solo sanitaria, ma anche morale, filosofica, culturale può comportare), che potrebbe far giungere ad una rapida approvazione.

È pertanto opportuno che questo episodio, che non bisogna drammatizzare, anche se ha una rilevanza giuridica e costituzionale, venga risolto il più rapidamente possibile, per poter continuare la discussione tenendo conto della validità del lavoro svolto finora, che è di estrema importanza, e che non può essere annullato da un fatto, giuridicamente rilevante, ma che forse è solo un errore materiale. Non credo, infatti, che vi possano essere differenze di fondo, poichè non sarebbero emerse soltanto oggi.

Quindi, se si tratta di differenze marginali, dovute a errore materiale, ritengo che la questione possa essere risolta, o sulla base delle indicazioni della senatrice Jerbolino, o con altro mezzo, e che si possa riprendere al più presto la discussione

12^a COMMISSIONE

27° RESOCONTO STEN. (13 gennaio 1982)

di questo disegno di legge — cui il Governo annette molta importanza — anche in considerazione del clima di sostanziale accordo che emerge in seno alla Commissione.

P R E S I D E N T E . Poichè nessun altro domanda di parlare, se non si fanno

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

I lavori terminano alle ore 12,55.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Direttore: Dott. CARLO GIANNUZZI