

# SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

## 12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

### 12° RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 7 NOVEMBRE 1984

Presidenza del Presidente BOMPIANI

#### INDICE

##### Disegni di legge in sede deliberante

«Diritto di stabilimento e libera prestazione dei servizi da parte delle ostetriche con cittadinanza di uno degli Stati membri della Comunità economica europea» (524)

##### (Discussione e rinvio)

PRESIDENTE ..... Pag. 2, 4, 5 e *passim*  
COLOMBO SVEVO (DC), relatore alla Commissione ..... 2, 4, 5  
IMBRIACO (PCI) ..... 4, 6  
RANALLI (PCI) ..... 5

«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 dei senatori Bompiani ed altri

(Procedura abbreviata di cui all'articolo 81 del Regolamento)

«Nuova disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico» (418)

(Procedura abbreviata di cui all'articolo 81 del Regolamento)

##### (Seguito della discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE ..... Pag. 6, 12  
ALBERTI (Sin. Ind.) ..... 6  
CALÌ (PCI) ..... 11  
COLOMBO SVEVO (DC) ..... 10  
MONACO (MSI-DN) ..... 11  
SELLITTI (PSI) ..... 9

*I lavori hanno inizio alle ore 10.*

**DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE**

**«Diritto di stabilimento e libera prestazione dei servizi da parte delle ostetriche con cittadinanza di uno degli Stati membri della Comunità economica europea»  
(524)**

(Discussione e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: «Diritto di stabilimento e libera prestazione dei servizi da parte delle ostetriche con cittadinanza di uno degli Stati membri della Comunità economica europea».

Invito la senatrice Colombo Svevo a riferire alla Commissione sul disegno di legge.

COLOMBO SVEVO, *relatore alla Commissione*. Signor Presidente, il disegno di legge al nostro esame recepisce due direttive comunitarie che risalgono al 21 gennaio 1980, e dato che avrebbero dovuto essere recepite nel termine di tre anni, ci apprestiamo a farlo con un certo ritardo. Le due direttive sono la 80/154 e la 80/155; la prima sostanzialmente riguarda il reciproco riconoscimento dei diplomi e dei certificati, nonché altre misure che mirano ad agevolare l'esercizio del diritto di stabilimento delle ostetriche nei paesi della CEE, ed è questa la direttiva che forma l'oggetto della legge che stiamo esaminando. La direttiva 80/155 concerne il coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari e amministrative e su questi aspetti mi soffermo in particolare perchè la direttiva non entra direttamente nella legge in quanto riguarda la definizione della professione e della formazione delle ostetriche.

Con questa direttiva la Comunità sceglie di non proporre ai paesi membri un programma di studi unificato non ritenendo i tempi maturi per proporlo, preferendo fissare delle norme minime comuni che dovrebbero regolamentare la formazione delle ostetriche. Rientra in questo minimo comune la conoscenza delle scienze di base dell'attività ostetrica, la conoscenza della deontologia e della legislazione professionale ed una esperienza clinica. Si sottolinea inoltre la necessità di un coordinamento tra la teoria e la pratica nella formazione delle ostetriche e che il tirocinio debba essere effettuato presso un centro ospedaliero riconosciuto dalle autorità sanitarie. La direttiva prevede inoltre che dopo un esame periodico dei risultati della formazione prevista dalla direttiva stessa, vi sia una relazione ed eventualmente delle proposte di emendamenti per avvicinare i criteri minimi fissati dalla 80/155, in modo da poter elevarli sulla base della crescita del livello della formazione all'interno dei vari paesi della CEE. Nella stessa direttiva si puntualizza il campo di azione delle ostetriche che è prevalentemente indirizzato su tre binari: l'informazione (pianificazione familiare, parto, salute della madre e del bambino); le attività di accertamento della gravidanza e la prescrizione di esami; l'assistenza al momento del parto e lo

svoglimento delle cure prescritte dal medico. È questo il contenuto della prima direttiva, la 80/155.

Il disegno di legge che dobbiamo esaminare oggi recepisce soprattutto la direttiva 80/154 che riguarda il riconoscimento del titolo e delle qualifiche e le misure necessarie per rendere attuabile questa libertà di esercizio dell'attività ostetrica che in precedenza era riservata esclusivamente ai cittadini italiani. Il provvedimento riguarda - in Italia - 16.000 ostetriche iscritte agli ordini, con una immissione sul mercato di circa 600 diplomate l'anno che attualmente sembra essere in equilibrio rispetto ai servizi in atto, senza quindi considerare l'ampliamento dei servizi consultoriali. Le scuole di ostetricia in Italia sono 45, tutte statali, rientrano nella categoria delle scuole a fini speciali ed hanno una durata biennale.

Mi soffermerò sull'accesso a queste scuole perchè ciò riguarda il recepimento della direttiva stessa. In Italia vi si accede dopo il diploma di infermiera professionale conseguito dopo un corso di tre anni, o dopo aver superato gli esami del primo anno di medicina, o ancora dopo l'iscrizione alla facoltà di medicina ed il superamento di un esame di ammissione che verte sulle materie di base della professione infermieristica e che è tenuto da una commissione interna alla scuola stessa. Il *curriculum* prevalente è quello del diploma di infermiera professionale, mentre in questi ultimi anni sembra che vi sia un maggiore travaso dall'università. Ho fatto questo riferimento perchè mi pare che risulti abbastanza evidente che ci troviamo di fronte ad una formazione piuttosto pesante in quanto il *curriculum* è composto da un diploma di scuola media superiore, da tre anni di corso di infermiera professionale, ed inoltre dai due anni di ostetricia. Il quadro potrebbe cambiare se si dovesse attuare la riforma della scuola secondaria che potrebbe modificare l'accesso alla scuola di ostetricia.

I primi sette articoli del disegno di legge riguardano il diritto di stabilimento e precisamente il riconoscimento del titolo di ostetrica ai cittadini degli Stati membri, sia per quanto riguarda la qualifica professionale che viene descritta nella tabella A, sia per quanto riguarda i diplomi che vengono precisati nella tabella B. Seguono poi le condizioni per l'esercizio dell'attività di ostetrica, condizioni che riguardano il diploma, il certificato di formazione (e, a questo proposito, vengono completamente recepite le indicazioni alternative che la direttiva pone), il certificato di buona condotta o un certificato equivalente.

Si passa poi, negli altri articoli, all'accertamento delle condizioni di regolarità di queste documentazioni e quindi al rapporto qualche volta complesso che deve esistere tra il Ministero della sanità e il Ministero degli esteri nei confronti degli altri Stati e infine la trasmissione al collegio per l'iscrizione all'albo delle ostetriche del cittadino che ne abbia fatto richiesta.

Aggiungo poi che ulteriori informazioni possono essere richieste tra i vari Stati e che il rigetto della richiesta di inserimento all'interno del collegio deve comunque essere motivato.

Altri articoli invece riguardano i procedimenti disciplinari che fanno riferimento al ruolo degli ordini professionali; le eventuali sanzioni devono essere obbligatoriamente comunicate tra i vari Stati e inoltre si applicano le norme della direttiva anche ai lavoratori dipendenti (non soltanto, quindi, ai liberi professionisti) del settore sanitario. Inoltre ancora viene prevista la formazione di corsi per permettere una integrazione: corsi che sono di tipo

linguistico, ma anche di conoscenza della legislazione sanitaria, in modo da permettere una integrazione di coloro che vogliono svolgere questa attività in uno Stato membro.

Tutti questi atti sono compiuti dal Ministero della sanità d'intesa con il Ministero della pubblica istruzione e, talora, per alcuni accertamenti soprattutto, attraverso il Ministero degli affari esteri.

Il titolo secondo invece riguarda non il diritto di stabilimento, ma la prestazione di servizi, cioè il compimento di atti occasionali del tutto temporanei che riguardano l'attività dell'ostetrica; in questo caso sono limitate le formalità (ad esempio non è obbligatoria l'iscrizione all'albo), però bisogna ugualmente presentare una documentazione: e nei casi di urgenza la documentazione deve essere presentata entro i successivi 15 giorni. C'è pertanto, come si è detto, una riduzione delle formalità, ma comunque devono essere comunicati, quanto meno, il tipo di prestazione e il possesso del titolo.

Il titolo terzo invece riguarda l'esercizio da parte dei cittadini italiani della professione di ostetrica presso altri Stati. Sostanzialmente viene immesso il principio che i cittadini italiani che esercitano la loro professione presso altri Stati possono conservare l'iscrizione nel collegio provinciale oppure nel collegio delle ostetriche di Roma...

IMBRÌACO. Perchè questo fatto? Perchè si fa riferimento al collegio delle ostetriche di Roma? Forse è un riferimento a *Roma caput mundi*?

COLOMBO SVEVO, *relatore alla Commissione*. Non so, esattamente. Probabilmente se quelle persone hanno perso ogni contatto con il loro collegio provinciale, Roma viene indicata perchè, per così dire, rappresenta un po' l'unità nazionale.

PRESIDENTE. A onor del vero non so nemmeno io da cosa derivi questo questo riferimento. Probabilmente, siccome la sede della Federazione nazionale degli ordini è a Roma, allora viene messa in evidenza questa città.

IMBRÌACO. Un po' per fare una battuta, un po' per criticare, devo dire che allora tutte le ostetriche, avendo la possibilità di scegliere, dovrebbero iscriversi a Roma, in modo da essere cautate per qualunque cosa possa accadere in futuro.

Ma, ad ogni modo, questo è un discorso critico che si può lasciar cadere.

COLOMBO SVEVO, *relatore alla Commissione*. Il titolo quarto disciplina invece i diritti acquisiti e prevede che entro il 23 gennaio del 1986 possa essere ottenuto, in sostituzione della completezza dei titoli che vengono riproposti all'articolo 2 del presente disegno di legge, il riconoscimento del titolo di ostetrica in Italia ed il conseguente esercizio della relativa attività professionale a condizione che venga presentato un attestato, rilasciato dalle autorità competenti, che comprovì che l'ostetrica ha effettivamente e lecitamente svolto la specifica attività professionale per un periodo di almeno tre anni nel corso dei cinque anni che precedono l'attestato. Si tratta

quindi di una norma transitoria che collega la parte generale con questa parte particolare.

Io ho guardato con molta attenzione le due direttive e devo dire che, eccetto un dubbio che mi sorge (e che poi magari esplicherò quando entreremo nel dettaglio degli articoli), la normativa rispecchia in modo adeguato le direttive CEE. Ho avuto l'impressione cioè che in effetti siano state recepite con attenzione tali direttive e quindi mi auguro che la Commissione, dopo averle approfondite, dia il parere favorevole a questo provvedimento.

Devo aggiungere che le nostre ostetriche si sentono in una condizione di inferiorità, per così dire, perchè siamo uno dei pochi Stati che non hanno ancora recepito queste direttive.

RANALLI. Vorrei un chiarimento, a proposito dell'accesso alle scuole di ostetrica. Mi sembra che ci sia la possibilità di accedere alle scuole di ostetrica anche con il diploma di scuola secondaria superiore con in più l'iscrizione alla facoltà di medicina, senza il diploma di infermiere professionale. È così?

COLOMBO SVEVO, *relatore alla Commissione*. Stando a quanto mi hanno detto, bisogna aver fatto gli esami del primo anno di medicina oppure un esame integrativo che fa la Commissione, però sempre dopo l'iscrizione alla facoltà di medicina.

Devo dire che questo che io ho dato come punto di riferimento è l'attuale situazione italiana. La CEE prevede una serie di misure alternative, di equivalenze alternative e noi rientriamo, grosso modo, nell'articolo 2 al punto 3, dove si parla della formazione a tempo pieno di ostetrica di durata almeno biennale, o di 3.600 ore, ottenuta dopo il conseguimento del diploma di infermiere professionale. Noi in genere, mi pare, rientriamo in questo punto 3 dell'articolo 2.

Bisogna quindi frequentare prima la scuola superiore, poi i tre anni e poi i due anni. Per questo motivo dicevo che complessivamente la nostra, rispetto agli altri paesi, è anche una formazione abbastanza pesante.

PRESIDENTE. Debbo ringraziare la relatrice per avere svolto molto puntualmente il suo compito e di avere indicato l'evoluzione che c'è stata nella normativa sulle ostetriche, sino allo stato attuale, sul quale giustamente avete sollevato delle domande.

La possibilità di passaggio, dopo il primo anno della facoltà di medicina, alla scuola di ostetricia è regolamentata da una «leggina» specifica che fu promossa qualche tempo fa per consentire a personale di sesso maschile (un tempo non c'era l'equiparazione dei sessi, che vale oggi anche per l'iscrizione alle scuole di ostetricia), di aumentare i ranghi delle ostetriche, di cui c'era grande necessità anche nell'ambito delle condotte. È una cosa che fa parte di una concezione, di una «strutturazione» di qualche anno fa della professione dell'ostetrica. È vero anche che oggi questo «sfogo», per così dire, rispetto alla pleteria degli studenti, è più utilizzato rispetto al passato, ciò che rappresenta anche un fatto positivo per ridurre il numero degli studenti. C'è anche qualche uomo che si iscrive oggi alle scuole di ostetricia in quanto c'è la parificazione all'accesso.

È vero anche che molte scuole mettono in atto, al momento dell'iscrizione, dei *test* psico-attitudinali selettivi perchè indubbiamente si tratta di una professione molto particolare e quindi è giusto fare anche una valutazione dell'atteggiamento psico-attitudinale specifico.

È vero inoltre che c'è la tendenza all'aumento dei livelli di istruzione di base e quindi si presentano oggi all'iscrizione molto più ragazzi o ragazze - in gran parte - o anche uomini e donne dotati della licenza di scuola secondaria superiore. Quindi è uno di quei casi che dovrà essere esaminato nella riforma generale dell'ordinamento scolastico...

IMBRIACO. Siamo a livello universitario.

PRESIDENTE. Esatto. È un diploma universitario, anche se regolamentato da tutta una serie di leggi autonome, il quale ha una sua ragione storica. Ricordo che nel passato la professione del clinico ostetrico era in gran parte svolta dalle ostetriche; inoltre a parte le antichissime tradizioni dell'arte ostetrica, la scuola di ostetricia ha spesso dato luogo alla formazione delle cliniche ostetriche: per esempio Pavia, Milano, Parma, Salerno, hanno delle tradizioni di scuole ostetriche più antiche dello stesso insegnamento universitario di clinica ostetrica per gli studenti, e la scuola di ostetricia si è trasformata in cattedra di clinica ostetrica e ginecologica con questa modalità.

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

**«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 dei senatori Bompiani ed altri (*Procedura abbreviata di cui all'articolo 81 del Regolamento*)

**«Nuova disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico» (418)** (*Procedura abbreviata di cui all'articolo 81 del Regolamento*)  
(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

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

Riprendiamo il dibattito sospeso il 31 ottobre scorso.

ALBERTI. Signor Presidente, desidero innanzitutto ringraziare il senatore Condorelli per la sua completa e documentata relazione.

Non vi è dubbio che la pratica dei trapianti ha aperto nuovi orizzonti per la medicina, non solo per la possibilità di intervenire in situazioni morbose sicuramente infauste, ma soprattutto ha permesso di acquisire notevoli

conoscenze nel campo del sistema immunitario e, di conseguenza, sulla sua patologia che è biologicamente fondamentale per la vita.

Questo tipo di intervento consente una più puntuale diagnosi e terapia, ma vi è da dire che nel contempo suscita vive contraddizioni nella nostra coscienza sociale e nella società in generale. In questi anni siamo stati molto più attenti alle conquiste straordinarie della medicina, che non al loro impatto con la società, d'altronde non potrebbe essere altrimenti. La nostra discrezione in tal senso ha fatto sì - e questa è la prima delle contraddizioni che oggi viviamo - che, ciò che era straordinario, è diventato routinario, accendendo molte speranze nei pazienti cronici, soprattutto negli emodializzati che aspettano facendo lunghe code, di essere sottoposti al trapianto.

Si è andata affermando nella pubblica opinione l'idea del trapianto come diritto, quasi fosse una normale prestazione chirurgica o l'impianto di una qualsiasi protesi.

La probabilità dell'esistenza di tale diritto è stato anche riconosciuta nel convegno del 1983 presso l'Istituto superiore di sanità da parte di alcuni giuristi.

I progressi nel settore sono più rapidi della nostra stessa fantasia, per cui vi è da ritenere che trapianti d'organo, oggi ancora straordinari, diventino nel breve periodo anch'essi routinari (come i trapianti cardiaci, quelli al polmone ed al fegato). Tutto questo farà divenire sempre più acute le contraddizioni che stiamo già vivendo. A questo punto le domande che dovremmo porci sono queste. Avremo sufficienti organi per tutti? Se questo diventerà un diritto, avremo le strutture e le *équipes* di specialisti adatti per poter organizzare un vasto piano di trapianti? E, soprattutto, avremo i mezzi economici per sostenere una tale spesa? Perché tale diritto ovviamente dovrà essere garantito per tutti. Nell'affrontare la tematica di un disegno di legge relativo ai trapianti, credo che questi interrogativi vadano sicuramente posti.

Vengo subito al primo argomento che desidero affrontare: quello del consenso. Questo disegno di legge si propone, forse giustamente, di garantire un più ampio e facile reperimento di organi da trapiantare. Una tale politica però porterebbe inevitabilmente alla collettivizzazione e nazionalizzazione dei cadaveri e quindi alla deprivatizzazione della morte, al di là di qualsiasi considerazione di carattere etico o giuridico in cui non voglio entrare perché non ho competenze in questo settore. Sarebbe, quindi, la fine di una civiltà basata su determinati comportamenti. Non è questa la strada da percorrere perché la scelta dovrà essere responsabile e consapevole. Invece ritengo che la via da seguire - penso ne siate convinti anche voi tutti - sia quella della libera donazione, solo così si riuscirebbe ad esaltare il concetto di solidarietà sociale, che rappresenterebbe una conquista sociale importante. Pertanto se anche nel breve periodo può essere condivisibile la formulazione adottata nei provvedimenti a proposito del consenso per non deludere le aspettative sia dei medici che della società, si rende necessario precisare il tempo di applicazione di tale normativa, che potrebbe essere di tre o di cinque anni, per poi successivamente prevedere il consenso o il dissenso esplicito da certificare in un documento di identità. Questo permetterebbe una maggiore informazione ed una migliore educazione sanitaria che unite alla esplicitazione del consenso sui documenti personali sollevarebbero i medici dalla responsabilità penale ed i parenti dalla violenza della decisione di fronte alla richiesta di solidarietà.

Una tale disposizione potrebbe fin d'ora essere inserita nel disegno di legge sospendendone l'applicazione per i prossimi tre o cinque anni, dopodichè potrebbe essere utilizzata secondo un piano di educazione sanitaria preparato con decreto dal Ministero della sanità.

L'altro aspetto che desidero trattare è quello della diagnosi di morte. In questo provvedimento, a differenza della legge n. 644, del 1975, in cui la definizione di morte (sia per arresto cardiocircolatorio sia quella cosiddetta precoce) era riportata nei singoli articoli, non è così precisamente puntualizzata. Ritengo che questa modifica debba essere fatta per evitare il sospetto che si faccia la diagnosi di morte precoce solo in funzione dei trapianti. Ciò potrebbe creare problemi di ordine giuridico. Nel provvedimento dovremmo inserire un intero titolo che riguardi esclusivamente l'accertamento della morte. Questo sarebbe utile anche ai fini di alcuni trapianti (ad esempio quello delle cornee). Inoltre, nello stesso articolo si dovrebbe precisare che il medico rianimatore può sospendere la terapia in tutti quei casi in cui ritiene che le condizioni del paziente sono avviate verso il decorso fatale della malattia, ciò non andrebbe contro l'etica medica ed è ampiamente dimostrato anche dall'attuale comportamento dei medici. Con questo si eviterebbero ulteriori sofferenze al paziente. Non si tratta naturalmente di eutanasia.

Non vorrei che si scambiasse questa mia ipotesi con l'eutanasia. Quindi, direi che il medico rianimatore dovrebbe essere autorizzato e questo anche per evitare le perplessità che il relatore indicava nella sua relazione quando affermava che, ponendo il discorso intorno alla possibilità che nello stesso reparto vi siano contemporaneamente malati in coma cerebrale in fase di rianimazione, alcuni donatori ed altri non donatori; si pone il problema se il trattamento per il possibile donatore non sia diverso da quello che donatore non è, nel senso che, mentre al soggetto donatore vengono asportati gli organi dopo l'accertamento di diagnosi precoce di morte e quindi necessariamente viene sospeso qualsiasi intervento di rianimazione, invece al soggetto non donatore le pratiche rianimatorie continuano fino alla cessazione dell'attività cardiaca. Lo dice chiaramente il relatore quando afferma che la questione è particolarmente delicata in quanto non esiste, nè potrebbe esistere una norma che stabilisca quando ad un soggetto con commozione cerebrale debbano essere interrotte le manovre rianimatorie necessarie.

Dovremmo trovare innanzitutto una norma che sia valida per tutti e quindi dovremmo codificare una volta per tutte la diagnosi di morte per arresto cardiocircolatorio, diagnosi che potrebbe essere prediposta da una commissione, e autorizzare il medico rianimatore a sospendere le pratiche rianimatorie. Dopo di che dovremmo parlare dei trapianti e predisporre le norme relative. Ritengo che innanzitutto si chiarirebbe la responsabilità dei medici rianimatori che invece hanno le mani legate in quanto non possono intervenire in alcun modo e, inoltre, si eviterebbero una serie di contestazioni estremamente pesanti e che, scusatemi l'espressione, violentano anche la coscienza e la responsabilità degli uomini. Come legislatori dovremmo assumerci anche tale responsabilità e non far finta che il problema non esiste perchè non è così.

Infine si potrebbe evitare l'ipotesi che i parenti pensino ad un trattamento diversificato a seconda che i loro congiunti abbiano avuto un atteggiamento di consenso o meno. Questo poi potrebbe incentivare tutta



una serie di conseguenze; per esempio, in tempi passati si diceva che negli ospedali i malati venivano portati via nella fase terminale per farli morire in ambulanza ed evitare che morissero in ospedale e venissero sottoposti alla autopsia; in questo caso, di fronte ad una situazione di imposizione dell'intervento, che ritengo non debba essere, i pazienti potrebbero venir dirottati dai loro parenti verso strutture in cui tutta questa pratica non è obbligatoria.

Voglio dire che se dobbiamo affrontare questo problema, dobbiamo farlo fino in fondo avendo il coraggio di assumere posizioni estremamente chiare in modo che si dica che, in caso di morte cerebrale, il rianimatore è autorizzato - anche nei casi in cui l'espianto non è possibile - e giuridicamente è esatto che sia codificato nella legge che la diagnosi di morte, con i mezzi oggi a disposizione, debba essere fatta più precocemente rispetto agli anni passati.

In conclusione, signor Presidente, vorrei porre due questioni. Innanzitutto che nella legge generale bisognerà che fin dall'inizio venga stabilito che nel termine di tre-cinque anni verranno distribuite queste tessere oppure che i donatori possono esprimere per iscritto il loro consenso, e, a mio avviso, anche il loro dissenso; in queste tessere dovrebbe essere scritto se si tratta di donatore o di non donatore e entrambe le posizioni dovrebbero essere accettate. Invece, nelle norme transitorie dovremmo stabilire che la validità di questo consenso potrà essere espressa fra tre o cinque anni a seconda del piano e naturalmente indicando più puntualmente di quanto non sia scritto nella legge tutti i mezzi a disposizione affinché i cittadini sappiano esattamente e minutamente come stanno le cose. Poi, anche con la propaganda verranno fornite le indicazioni dell'utilità di questi trapianti per esaltare il concetto di solidarietà sociale che è estremamente importante nella nostra società.

In secondo luogo, per quanto riguarda il problema della morte, sarei dell'avviso di dedicare un titolo intero alla diagnosi di morte e alle pratiche che si possono fare in deroga alle attuali norme di polizia mortuaria che non consentono l'intervento sui cadaveri prima che siano trascorse ventiquattro ore. Quindi, dato che abbiamo queste nuove norme per le quali la morte per arresto cardiocircolatorio può essere accertata immediatamente dopo la morte mediante elettrocardiogramma fatto da un cardiologo e da una commissione, questa potrebbe essere la prima diagnosi di morte, mentre la seconda dovrebbe essere quella della possibilità che venga fatta diagnosi di morte precoce e in questo caso il rianimatore può essere autorizzato a sospendere l'intervento di rianimazione. Una volta precisato questo primo titolo, si potrebbe continuare con tutto l'articolato che, sostanzialmente, a parte alcune cose che potremmo rivedere in sottocommissione e rispetto alle quali mi riservo di intervenire, è sostanzialmente adeguato.

SELLITTI. Signor Presidente, non interverrò nella discussione generale, riservandomi di precisare la mia posizione in sede di esame degli articoli. Ritengo però doveroso dare atto al relatore Condorelli della preparata e squisita relazione svolta in Commissione.

Sono molto favorevole ad un varo rapido di questa legge anche se con le modifiche che si riterranno necessarie. Sono favorevole come politico, ma anche come medico e specialmente come chirurgo.

Vorrei però svolgere una riflessione sugli aspetti politici, giuridici, umani e religiosi che si potrebbero determinare in prospettiva, tra 50-60

anni, quando vi sarà la possibilità di creare un individuo integralmente nuovo, nel momento in cui saranno risolti i problemi di rigetto per tutti gli organi ed anche per l'organo principale, il nostro cervello. Altri problemi saranno posti dalla possibilità di realizzare il trapianto degli organi genitali. Mi si consenta questa riflessione che stavo svolgendo poco fa con il collega Costa; un individuo che non potendo più generare si facesse trapiantare gli organi genitali di un morto, si troverebbe a procreare degli esseri umani nati da individui morti precedentemente.

Si potrebbe arrivare ad una mutazione genetica dell'individuo stesso: non dico questo per tornare al meccanismo infernale che si è determinato nell'ultima guerra, ma quello era forse un modo artigianale di creare una razza eletta. Tra 50-60 anni si potrà addirittura cambiare la pelle dell'individuo, usando dei sistemi anti-rigetto.

Non saremo certamente noi responsabili di questo, ma volevo in questo momento della discussione generale sottoporvi queste riflessioni nei loro aspetti politici, giuridici e religiosi.

COLOMBO SVEVO. Anche io vorrei ringraziare il relatore che ha consentito anche a chi non è un tecnico di approfondire alcune tematiche per i risvolti che esse hanno nell'organizzazione del nostro sistema sanitario, e per quei riflessi di tipo morale che questo tema comporta. Prendo la parola anche stimolato dall'ultimo intervento del senatore Alberti sul problema del consenso; sarà probabilmente capitato anche a noi in questi ultimi tempi di assistere a dibattiti organizzati da varie associazioni ed ho l'impressione che dovremmo avere la capacità di esternare le cose autorevolmente dette in questa Commissione, anche con una larga disponibilità a capire a che punto sta la società italiana rispetto a questi temi, perchè ho la sensazione che dall'esterno ci si veda come quelli che stanno decidendo senza tener conto della drammaticità dei problemi. È difficile farsi carico di ciò, e senza polemica vorrei dire che la classe medica dovrebbe essere stimolata a darci una mano anzichè mettere in primo piano soltanto le questioni puramente organizzative. Partecipando ad una assemblea, mentre ero riuscita a convincere i presenti delle difficoltà del problema e del passaggio di civiltà che si cercava di compiere, sono stata bloccata da questioni meramente organizzative che il medico portava avanti con brutalità sconvolgente di fronte a persone che pure avevano il diritto di essere preoccupate della nostra legislazione.

Vorrei anche raccogliere alcune indicazioni forniteci dal relatore; mi pare molto giusta l'impostazione della relazione e cioè che la centralità che abbiamo dato al problema dei trapianti non è l'unica soluzione per tutti i problemi e quindi va correlata sia dal punto di vista dell'educazione sanitaria, sia con la qualità della vita, che sono parametri che devono sempre essere presenti nel momento della decisione.

Il secondo dato che mi sembra interessante e che va valorizzato nei confronti della pubblica opinione è il rapporto messo in evidenza dal relatore tra la buona organizzazione del sistema e l'aumento del numero dei donatori, il che significa che una seria educazione nel momento del trapianto favorisce la tendenza solidaristica. Ritengo che proprio queste due indicazioni fornite dal relatore devono aiutarci a risolvere il problema del consenso perchè, come ha detto la senatrice Jervolino, ogni volta che ci poniamo il problema di normare su temi fondamentali che attengono alla nostra vita civile, ci si

pone l'alternativa se normare anticipando il sentimento collettivo, o prendendo semplicemente atto dell'opinione comune in quel momento.

Ci troviamo spesso di fronte ad un tipo di società che da un lato rivendica sempre più chiaramente spazi di autonomia e di autogestione, dall'altro, nel momento in cui si dà la possibilità di realizzare concretamente la solidarietà – e ritengo che nella legge vadano inseriti tutti gli strumenti di incentivazione dall'educazione sanitaria al finanziamento degli enti affinché promuovano questa opera di solidarietà – si tira indietro.

Nella nostra legislazione vi è una schizofrenia. Da una parte si fa riferimento ad una società, che a questo punto non so più se ci sia o meno, che invociamo tutte le volte, mentre dall'altra al momento decisivo è la società stessa che richiede una regolamentazione dalla legge perchè teme di non poter aderire a dei compiti più grandi di lei.

Noi dobbiamo dire che invece crediamo nella crescita di questa società e che tutto sommato crediamo che questi movimenti, opportunamente, come ho detto, finanziati, sostenuti, magari con una propaganda giusta anche televisiva, e attraverso i mass media possano adempiere ai compiti veri, cioè arrivare ad una forma di donazione che essendo a livelli europei – penso che le statistiche possano essere facilmente fatte anche in questo campo – possa consentire un trapianto che non sia un trapianto «obbligato».

MONACO. Per integrare il mio precedente intervento devo dire che in questi giorni io ho cercato di interrogare quanta più gente possibile – medici e non medici – sull'argomento e ho visto che, specialmente nell'ambiente non sanitario la questione del prelievo sul cadavere desta perplessità, e però che, una volta chiarita la sistematica generale, la perplessità si trasforma in una comprensione dell'esistenza del problema.

Pertanto ho pensato se fosse possibile inserire nella legge qualche articolo o modificarne qualcuno nel senso di stabilire – mi pare che questo in Francia già ci sia – che, quando non vi è nessuna indicazione da parte dell'*ex* individuo diventato cadavere, si presuma il consenso, in modo da stimolare coloro che pensano di morire – cioè tutti – a provvedere in tempo. E questo influirebbe anche sui familiari i quali non si troverebbero di fronte a un problema nuovo. Questo anche per favorire l'imbarazzante posizione dei medici che devono dire ai parenti, per esempio: «Per piacere, dateci il rene del vostro parente».

CALÌ. Desidero anch'io intervenire brevemente su un punto per integrare il mio precedente intervento per un motivo che spiegherò subito dopo.

Mi riferisco al problema del titolo, cioè alla opportunità o meno di inserire la parola «cadavere» nel titolo del nostro disegno di legge. Io spieghi i motivi e non ci tornerò sopra; devo però aggiungere che anche nel corso della riunione con gli esperti nessuno mi ha dato la definizione che io avevo richiesto del concetto giuridico di «cadavere». Devo dire però che le motivazioni addotte non mi sembrano convincenti: mi sembra cioè di aver capito che è inopportuno invece eliminare la parola «cadavere», per evitare, per così dire, situazioni poco piacevoli di carattere psicologico – se ho ben capito – da parte dei familiari dei probabili donatori.

Ora, ho detto che mi sembrano poco convincenti queste motivazioni perchè mi sembrano in contraddizione con le cose che poi affermiamo;

voglio dire cioè che da una parte ribadiamo, sottolineiamo il significato dell'educazione sanitaria, della sensibilizzazione della cittadinanza alla cultura dei trapianti e poi ci preoccupiamo che possano sorgere problemi di carattere psicologico.

Comunque, anche avendo ascoltato i vari interventi, ero arrivato quasi alla decisione di non insistere più su questa richiesta di modifica del titolo. Senonchè - ecco il punto sul quale ritorno - nel corso della riunione con gli esperti - e la senatrice Jervolino Russo ha ripreso questo problema - è sorto il dubbio di incostituzionalità del primo comma dell'articolo 2, laddove, dice: «È consentito il prelievo da cadaveri sottoposti a riscontro diagnostico», riferendosi cioè alle autopsie di carattere clinico, tanto per intenderci i cadaveri veri, quelli che non hanno nessun segno di vita. Diciamo che si tratta di un dubbio di costituzionalità proprio per il fatto che si crea una discrepanza tra cadaveri e cadaveri: e questa nasce proprio dalla confusione sul concetto di cadavere. In effetti i primi - cioè quelli sottoposti a riscontro diagnostico o ad operazioni autoptiche ordinate dall'autorità giudiziaria - sono cadaveri, mentre i secondi, a mio giudizio, non sono cadaveri. Ed io lo voglio dire questo perchè se si dovesse arrivare alla modifica di questo comma, che significherebbe, poi, modificare il regolamento di polizia mortuaria, noi tutti, credo, esprimeremmo la più viva disapprovazione perchè torneremmo agli anni '60, quando cioè per eseguire un riscontro diagnostico di carattere clinico era indispensabile il consenso dei familiari. Questo ci porterebbe in una posizione di estrema arretratezza perchè farebbe diminuire il numero dei riscontri diagnostici che sono un mezzo valido per la verifica della diagnosi clinica, quindi per evitare errori diagnostici e per migliorare, ovviamente, la qualità dell'assistenza.

Io vorrei con questo invitare la Commissione a riflettere sul pericolo di modificare questo comma dell'articolo 2, oppure a trovare una soluzione perchè sia chiaro che si tratta di situazioni diverse: un conto sono i decerebrati e un conto sono quelli che non hanno più nessun segno di attività vitale.

**PRESIDENTE.** Vorrei adesso intervenire brevemente anzitutto per replicare, in qualità di presidente, alla senatrice Colombo Svevo, affermando che è opportuno, anche allo scopo di far conoscere meglio i nostri lavori, accogliere la richiesta che alcune organizzazioni ci hanno rivolto di essere ascoltate presso questa Commissione. Evidentemente l'invito va rivolto a tutte le organizzazioni che lavorano nel campo dei trapianti, in senso lato, sia per promuovere la donazione di cornea sia per rappresentare gli interessi dei nefropatici cronici - e in questo caso promuovere, evidentemente, il trapianto di rene - tanto per fare degli esempi; inoltre è utile accogliere anche una richiesta che mi è stata cortesemente rivolta dal professor Polizzi, del Ministero della sanità, di venire a riferire anche sui lavori della commissione ministeriale che per più di un anno ha lavorato su questo argomento.

Quindi mi sembra opportuno che la Commissione trovi il tempo necessario per promuovere questo secondo incontro, al quale potrà partecipare qualche altro esperto che mi è stato suggerito dalla stessa onorevole Cavigliasso, che segue per il Governo questa materia.

Detto questo, vorrei svolgere un breve intervento a titolo personale, non più nella qualità di presidente, ma come collega, in particolare del senatore

Condorelli, al quale debbo veramente esprimere la massima ammirazione per la sua relazione così precisa e documentata. Mi sembra di poter dire che oggi noi ci ritroviamo con gli stessi argomenti, le stesse perplessità, le stesse obiezioni che avevamo già incontrato nel corso della lettura di un disegno di legge sulla materia nell'ottava legislatura e dal quale è poi nato il testo di questo disegno di legge al nostro esame.

I problemi oggi sul tappeto sono gli stessi, ma credo di poter dire che allora vi era maggiore accordo, almeno per quanto riguarda le linee fondamentali sulle quali muoversi. Il problema più importante, comunque, rimane sempre quello del «consenso» e, su questo, vorrei spendere qualche parola. Ritengo sia da condividere quanto il relatore ha sottolineato molto bene in proposito.

I progressi della prevenzione a lungo andare faranno diminuire il numero delle malattie, anche se vi è da dire che questa possibilità non estinguerà del tutto alcune condizioni morbose e situazioni drammatiche, come ad esempio quella del nefropatico cronico in via di uremia progressiva. In questi casi il trapianto è l'unica terapia possibile. I progressi di cui parlavo prima devono far restringere il campo di applicazione di questo metodo terapeutico, perchè non può essere usato come un surrogato di altre terapie, rappresentando sempre l'inserimento di un corpo estraneo nell'organismo; dobbiamo anche riconoscere il dato di fatto che vi è indubbiamente una domanda di organi da trapiantare di gran lunga superiore rispetto all'offerta. Si prospetta così la necessità di individuare e rimuovere le cause di tale discrepanza.

Qui non ci troviamo in sede scientifica, anche se valutazioni di questo tipo devono essere presenti alla nostra considerazione, ma ci troviamo in una sede legislativa, quindi dobbiamo cercare di dirimere questo problema per il bene di tutti. Il senatore Condorelli ci ha messo sulla giusta strada, perchè ci ha indicato le cose che si potrebbero fare al proposito e, tra l'altro, sono proposte che condivido perfettamente. Ad esempio si potrebbero semplificare le norme riguardanti i trapianti di cornea date le particolari e più semplici condizioni tecniche e psicologiche in cui avvengono (l'espianto viene fatto a sei ore dall'arresto cardiaco). In questo caso vi è una maggiore comprensione da parte delle persone, ed una organizzazione della rete di donatori di cornea certamente più sviluppata di quanto non sia quella dei donatori di altri organi.

In questo senso si potrebbe fare di più - rispetto alla normativa vigente - snellendo le procedure di verifica, in quanto l'accertamento della morte è più semplice e non richiede le elaborate procedure degli altri tipi di espianto. Quindi, come ha affermato anche il relatore, si potrebbero considerare separatamente questi tipi di impianto rispetto ai trapianti d'organi parenchimali.

Occorrerebbe, in tutti i casi, una maggiore educazione sanitaria, ed una revisione delle norme relative all'idoneità e alla individuazione delle sedi di prelievo - il Ministero deve essere meno rigido in questo senso -; inoltre sono consigliabili l'adozione di incentivi per il personale impegnato nelle operazioni di espianto e trapianto (non premi in denaro, ma stimoli promozionali di altra natura) e l'utilizzazione di assistenti sociali nell'opera di informazione dei familiari dei possibili donatori. Queste sono tutte cose già emerse durante il dibattito e mi sembra che vi sia ampio accordo su tali proposte.

Per quanto riguarda le norme penali, sarei piuttosto cauto: questo lo feci presente anche nella precedente legislatura, quando si discusse sullo stesso argomento ed è stato anche affermato dagli esperti nella scorsa audizione, perchè mentre è previsto il riferimento alle norme generali del codice penale, che riguardano qualsiasi lesione dei diritti altrui, l'inserire con l'articolo 28 delle norme specifiche al riguardo dei trapianti potrebbe apparire un segno di sfiducia preventiva nei confronti dei medici. In proposito, come ho già affermato, avanzai delle riserve nell'VIII legislatura e le mantengo anche in questa.

Problema del consenso. Anche qui è necessario escludere tutta quella gamma di prelievi che si fanno ad arresto cardiaco avvenuto, in quanto sono utili solo ai fini di trapianti di minore importanza o per il prelievo dell'ipofisi. Occupiamoci del trapianto vero e proprio, inteso come prelievo di organo in condizioni d'emergenza. Mi è sembrato che i legislatori che ci hanno preceduto avessero timore nel regolamentare con esattezza la diagnosi di morte e definirla - bisogna comprenderli perchè essi si muovevano in una epoca che si può definire arcaica rispetto all'evoluzione della scienza medica - per cui hanno adottato una normativa generale per definire il cadavere, comprendendo con tale termine anche l'individuo al quale siano venute meno le funzioni cerebrali ma con attività cardiaca conservata. Quest'ultimo, in realtà, definisce una particolare situazione dell'individuo e crea problemi, così bene sottolineati dal senatore Calì, che noi tutti sentiamo. Ora, non vorrei che l'eccesso di prudenza da un lato e l'amore per la chiarezza semantica dall'altro ci portasse a rivedere la normativa che consente - ad esempio - il prelievo del rene da cadavere in questi individui, sì da assimilarla a quella del trapianto tra soggetti viventi (ad esempio la donazione di un rene da parte di un individuo vivo e sano ad un nefropatico). Questo concetto sarebbe clinicamente e giuridicamente sbagliato, perchè sono due fattispecie di prelievo nettamente distinte. E poichè anche la scienza giuridica riconosce solo due tipi di soggetti, quello vivo e quello cadavere (quest'ultimo comprendente anche l'individuo senza più attività cerebrale), non se ne può creare una terza fattispecie. Ripeto: oggi, sia la normativa giuridica nazionale che internazionale riconosce solo questi due tipi di situazioni.

A questo punto naturalmente sorge il problema sollevato anche dal senatore Alberti poco fa, ossia quello di identificare il momento della morte cerebrale, la morte sicura e non opinabile di una persona. Tale accertamento è affidato dai giuristi all'opera dei medici, fatte salve tutte le cautele stabilite con la normativa, come ad esempio l'attesa di 6-12 ore dall'attestazione di morte, identificando retrospettivamente il punto zero, e l'osservazione continua di alcuni parametri. In questo senso direi che la scienza giuridica è andata più avanti di noi medici perchè accoglie la morte come fatto «dinamico», ma dà valore al momento della morte cerebrale. Certo, in caso di morte per infarto miocardico acuto non vi sono dubbi sulla irreversibilità perchè vi è morte «secca», scompare per prima la funzione cardiaca. Se la morte è dovuta alla cessazione della respirazione polmonare questo è un fatto già più dinamico, in quanto si devono determinare nel tempo quelle condizioni (ipossia miocardica e cerebrale) che portano al «punto vero» della morte, e qui ci si ricollega a quanto afferma la scienza giuridica, ossia la morte come arresto delle funzioni cerebrali.

E allora cosa fa la scienza medica? Utilizza quel particolare gruppo di individui che si trovano ad avere più dissociata questa cronologia del morire

nei quali cioè la scomparsa delle tre funzioni – cerebrale, respiratoria e cardiaca – si verifica in modo dissociato nel tempo e utilizza quelle persone nelle quali per prima è intervenuta la morte cerebrale, «il silenzio elettrico cerebrale» e l'arresto circolatorio e questo perchè, per esempio, vi è stata una diretta lesione encefalica, oppure una forte emorragia intracranica o altri casi. Questi sono individui giuridicamente morti sin dal «punto zero», sia pur retrospettivamente determinato, ma sono ancora utili alla società in quanto possono essere donatori di organi. Il punto delicato è allora quello di essere estremamente chiari nello stabilire le procedure. Se il soggetto in vita ha espresso consenso alla utilizzazione dei propri organi, qualora si fosse trovato in questa condizione, non c'è problema, in quanto il consenso fa premio su tutte le altre possibilità, anche di fronte all'opposizione dei parenti più stretti. Il principio della disponibilità del proprio corpo come proiezione anche ultravitale in questo caso può essere applicato. Se, invece, ha espresso un dissenso esplicito, manifesto, e giuridicamente valido (poichè il problema è anche quello di stabilire che sia giuridicamente valido) non c'è problema; la scienza giuridica oggi ritiene che l'individuo vivente abbia la potestà di proiettare se stesso anche in questa fase e di disporre dei propri organi come dispone dei propri beni; però deve essere, ripeto, un dissenso giuridicamente valido.

È tuttavia necessario considerare una terza fattispecie molto singolare, in quanto nella maggior parte dei casi non si esprime nulla e non si dà nè un consenso nè un dissenso, soprattutto trattandosi di giovani che nella loro esuberanza di vita non pensano ad esprimersi, mentre sono coloro che – purtroppo – più di altri vengono utilizzati nel prelievo di organi in quanto specialmente a loro capitano incidenti dai quali derivi una lesione cerebrale irreversibile, mentre ancora il cuore batte. Non si pensa per tempo a che cosa può essere fatto in aiuto degli altri, qualora ci si trovi in certe condizioni. Ora, fermo restando che è necessaria la tutela del diritto alla vita fino all'ultimo momento del donatore, a fronte dell'appropriazione di organi, probabilmente molti di questi giovani, se pensassero di trovarsi in tali condizioni, sarebbero propensi a donare i propri organi. In questo senso è importante tutta quella parte del disegno di legge che proponiamo con l'articolo 23 e che mi pare sia stata sollecitata da tutti, al fine di accentuare l'opera di educazione sanitaria soprattutto nelle scuole, opera che definimmo allora – nell'VIII legislatura – non tanto di educazione sanitaria, ma di educazione civica, di capacità cioè di esprimersi nel sociale fino al punto di rendere disponibili i propri organi.

Quando non è stato espresso alcun dissenso o alcun consenso esplicito, vi possono essere state «opinioni» espresse in vita, che, però, non hanno valore giuridico. Queste opinioni possono essere state registrate dai familiari o da altre persone e allora, per venire ancora incontro e per rispettare tali opinioni, abbiamo pensato di rendere testimone il parente più prossimo, secondo una scala di priorità, affinché si prendesse moralmente la responsabilità di testimoniare se per caso vi era stato in vita un qualche dissenso. Mi rendo conto che questo può sembrare un sotterfugio; però non c'è questa volontà, nei proponenti c'è casomai la volontà di responsabilizzare il parente di fronte a questo avvenimento e se il parente, come penso, può essere informato chiaramente e in modo aperto e sereno, può anche capire la bellezza della donazione e testimoniare in verità. Abbiamo rilevato che circa il 70 per cento delle persone, se poste di fronte ad una eventualità del genere danno risposta

positiva. La gente in gran parte vede positivamente il fatto che il rene del proprio figlio, per esempio, possa servire ad altre persone e se tutto ciò viene presentato nella giusta maniera, con capacità, con umanità con possibilità di dialogo, certamente il più delle volte la risposta è positiva.

È necessario inoltre stabilire esattamente la portata del cosiddetto consenso presunto. Ho riletto alcuni articoli tra i quali uno del professor Menna, nei quali il consenso presunto è considerato ancora una fattispecie giuridica molto fumosa; meglio potranno illustrarci questa materia i membri della Commissione giustizia, ma comunque mi sembra di poter affermare che si tratta di un istituto applicato in primo luogo nel senso più immediato della espressione secondo il principio del *quod plerunque accidit*, cioè nella condizione in cui si presume che tutti si sarebbero comportati in quel modo. In secondo luogo, è necessario che l'istituto venga riferito sempre all'interesse del soggetto e questo secondo la dottrina elaborata in Italia. Però, vi sono scuole, soprattutto in Germania, che tendono a definire il consenso presunto anche nell'interesse generale e sociale. Questo è l'aspetto delicato: noi ci troviamo di fronte a questo passaggio e dobbiamo decidere se considerare il consenso presunto solo in senso tradizionale, applicandolo in senso strettamente personale per esempio come avviene per gli interventi chirurgici che possiamo compiere anche su persone in coma, ma che hanno attività cerebrale ancora presente, sui quali appunto operiamo d'urgenza anche senza consenso del paziente e magari senza essere riusciti a rintracciare i parenti, e questo perchè presumiamo che il soggetto se fosse stato sveglio ci avrebbe consentito di operare, per esempio, l'ematona cerebrale; oppure se dobbiamo assumere un diverso concetto del consenso presunto, spostandolo anche su ciò che è utile a terzi.

È questo il dilemma che abbiamo davanti; ci sono parecchie legislazioni che hanno adottato quest'ultima concezione nel caso dei prelievi da cadavere. Mentre non l'hanno applicata sul vivo, sul soggetto personale che può disporre di sé, solo manifestando apertamente la propria volontà (ma non contro l'articolo 5 del codice civile per la legge italiana), su colui che è già cadavere per definizione giuridica (anche se il cuore gli batte) e che non ha espresso nè consenso nè dissenso, tali legislazioni hanno compiuto questo salto. La società, la legge, si assumono la responsabilità di definire «presumibilmente» tutti i cittadini disponibili a donare i propri organi. La maturazione del nostro paese è tale da farci compiere questo salto?

Può essere anche proponibile ciò che è stato già sostenuto nell'ottava legislatura e che è stato ripetuto nell'odierno dibattito, e cioè che oggi potremmo forzare la situazione con una norma transitoria stabilendo valido questo «consenso presunto» generalizzato, fermo restando che nei tre-cinque anni della durata della norma a tempo dovremmo fare di tutto per ritornare sul consenso esplicito o sul dissenso esplicito, che è certamente la linea maestra, non soltanto per preoccupazioni di ordine religioso, ma anche perchè la donazione è un atto più bello e meritorio civilmente, giuridicamente e religiosamente rispetto alla non donazione. Dovremmo avere tutti una tale coscienza civica da poter proporre anche l'ulteriore salto quello cioè di arrivare un giorno o l'altro ad una esplicita espressione del consenso generalizzato attraverso un documento prestabilito. Siamo in grado di farlo? Nell'ottava legislatura si disse che i tempi erano talmente lunghi che avremmo dovuto aspettare molti anni prima di arrivare ad un risultato del genere. Va comunque ribadita e accentuata nel nostro disegno di legge la



necessità di insistere sull'educazione a tutti i livelli, per poter raggiungere questo traguardo.

Si innestano così alcune considerazioni che mi sembra doveroso sottoporvi, in rapporto ai progetti di legge che sono stati depositati nell'altro ramo del Parlamento. È chiaro che abbiamo una nostra autonomia, ma non possiamo disattendere del tutto l'area culturale nella quale si muovono i progetti di legge nell'altro ramo del Parlamento. Devo anche far presente che se nell'ottava legislatura al Senato approvammo il disegno di legge sulla materia, alla Camera dei deputati l'*iter* si arrestò perchè il problema dell'intervento del parente, sia pure a sola testimonianza della volontà del *de cuius*, veniva considerato ancora un ostacolo alla effettuazione del trapianto. Devo riferire che il disegno di legge, nella scorsa legislatura, non si arrestò perchè il consenso presunto sembrava una violazione del diritto, ma perchè fu ritenuto non sufficiente ai fini della politica dei trapianti. Credo che di questo bisogna tener conto. Nei quattro disegni di legge che sono stati presentati sull'argomento alla Camera dei deputati, si ritrova piuttosto il superamento di quell'inciso del secondo comma dell'articolo 2 che riguarda l'attestato della volontà del *de cuius* da parte del parente. Non dobbiamo dimenticare questo diverso orientamento.

Vorrei infine dire che condivido perfettamente quanto è stato sollecitato dal relatore e ripreso favorevolmente nella discussione generale, e che del resto trovo anche in alcuni disegni di legge presentati alla Camera, e cioè la necessità di promuovere se non un «progetto-obiettivo», almeno «un'azione specifica» e coordinata a livello nazionale in questo settore. Sono sempre disponibile ai richiami a norme di indirizzo centrale che definiscano obblighi anche per le regioni. Abbiamo introdotto nel disegno di legge n. 408 alcune disposizioni riguardanti il registro centrale dei trapianti, il centro regionale, ma adesso dobbiamo garantire - o con norme di indirizzo e coordinamento, o attraverso una azione finalizzata dotata di fondi autonomi - che ci sia prima di tutto una formazione del personale. È inutile piangere perchè al Sud non ci sono centri per trapianti o non si fanno i prelievi, quando non c'è il personale preparato mentalmente per questo. Dobbiamo soprattutto mettere in condizione gli ospedali che hanno centri di rianimazione, che sono poi i centri nei quali è possibile reperire potenziali donatori e compiere il prelievo, di operare in maniera efficiente, sia formando il personale - cosa che non è tanto difficile in quanto il prelievo è un'operazione chirurgica come tutte le altre - sia dotandoli dei mezzi per la conservazione degli organi, ma soprattutto di un collegamento stabile e programmato con i centri di trapianto. È necessario che non prevalgano i criteri di amicizia e stima personale, in base ai quali chi sta a Barletta potrebbe rivolgersi ad un ospedale di Milano, o cose del genere, ma i principi di una più efficiente programmazione.

Ringrazio ancora il relatore, cui dovrei dare la parola, per la replica, ma data la concomitanza con la seduta dell'Assemblea, debbo rinviare il seguito della discussione.

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

*La lavori terminano alle ore 11,30.*

---

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

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

DOTT. ETTORE LAURENZANO