

# SENATO DELLA REPUBBLICA

IV LEGISLATURA

## 496<sup>a</sup> SEDUTA PUBBLICA

### RESOCONTO STENOGRAFICO

MERCOLEDÌ 12 OTTOBRE 1966

Presidenza del Vice Presidente SECCHIA,  
indi del Vice Presidente MACAGGI

#### INDICE

**CONGEDI** . . . . . Pag. 26651

#### **CORTE DEI CONTI**

Trasmissione di relazione sulla gestione  
finanziaria di ente . . . . . 26651

#### **DISEGNI DI LEGGE**

Approvazione da parte di Commissioni per-  
manenti . . . . . 26651  
Deferimento a Commissione permanente in  
sede deliberante . . . . . 26651  
Presentazione . . . . . 26699  
Trasmissione dalla Camera dei deputati . 26651

#### **Discussione:**

« Trapianto del rene tra persone viventi »  
(1321):

PRESIDENTE . . . . . 26686  
BONADIES . . . . . 26653  
CASSINI . . . . . 26680  
D'ERRICO . . . . . 26669  
DI GRAZIA . . . . . 26663  
FERRONI . . . . . 26693  
LORENZI . . . . . 26698

MARIOTTI, *Ministro della sanità* . . . Pag. 26690  
26692

SELLITTI . . . . . 26677  
TRIMARCHI . . . . . 26684  
ZONCA . . . . . 26659

#### **DISEGNO DI LEGGE COSTITUZIONALE**

##### **Approvazione, in prima deliberazione:**

« Estradizione per i delitti di genocidio »  
(1376) (Approvato in prima deliberazione  
dalla Camera dei deputati):

REALE, *Ministro di grazia e giustizia* . . 26652  
TESSITORI, *relatore* . . . . . 26652

#### **INVERSIONE DELL'ORDINE DEL GIORNO**

PRESIDENTE . . . . . 26652  
TESSITORI . . . . . 26652

#### **INTERPELLANZE E INTERROGAZIONI**

Annuncio di interpellanze . . . . . 26699  
Annuncio di interrogazioni . . . . . 26700  
Annuncio di interrogazioni trasformate in  
interrogazioni con richiesta di risposta  
scritta . . . . . 26704  
Annuncio di ritiro di interrogazioni . . . 26704



## Presidenza del Vice Presidente SECCHIA

**P R E S I D E N T E .** La seduta è aperta (ore 16,30).

Si dia lettura del processo verbale.

**B O N A F I N I ,** Segretario, dà lettura del processo verbale della seduta precedente.

**P R E S I D E N T E .** Non essendovi osservazioni, il processo verbale è approvato.

### Congedi

**P R E S I D E N T E .** Ha chiesto congedo il senatore Parri per giorni 4.

Non essendovi osservazioni, tale congedo è concesso.

### Annunzio di disegni di legge trasmessi dalla Camera dei deputati

**P R E S I D E N T E .** Comunico che il Presidente della Camera dei deputati ha trasmesso i seguenti disegni di legge:

« Completamento del trasferimento degli abitati di Gairo ed Osini (Nuoro) e di Balestrino (Savona) » (271-B) (*Approvato dalla 7ª Commissione permanente del Senato e modificato dalla 9ª Commissione permanente della Camera dei deputati*);

« Provvedimenti per lo sviluppo dell'agricoltura nel quinquennio 1966-1970 » (1519-B) (*Approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati*);

« Attribuzione al personale della polizia ferroviaria, per i servizi espletati fuori sede nell'ambito del compartimento, della indennità di trasferta prevista per i dipendenti dello Stato » (1877);

« Aumento del contributo ordinario dello Stato e concessione di un contributo straordinario per l'attuazione dei programmi as-

sistenziali dell'Amministrazione per le attività assistenziali italiane e internazionali » (1878).

### Annunzio di deferimento di disegno di legge a Commissione permanente in sede deliberante

**P R E S I D E N T E .** Comunico che il seguente disegno di legge è stato deferito in sede deliberante:

*alla 1ª Commissione permanente* (Affari della Presidenza del Consiglio e dell'interno):

Deputati VESTRI ed altri. — « Nomina in ruolo del personale volontario in servizio temporaneo nel Corpo nazionale dei vigili del fuoco » (277-B).

### Annunzio di relazione della Corte dei conti sulla gestione finanziaria di ente

**P R E S I D E N T E .** Comunico che il Presidente della Corte dei conti, in adempimento al disposto dell'articolo 7 della legge 21 marzo 1958, n. 259, ha trasmesso la relazione concernente la gestione finanziaria dell'Istituto italiano di medicina sociale per gli esercizi dal 1959 al 1964 (*Doc. 29*).

### Annunzio di approvazione di disegni di legge da parte di Commissioni permanenti

**P R E S I D E N T E .** Comunico che, nelle sedute di stamane, le Commissioni permanenti hanno approvato i seguenti disegni di legge:

*1ª Commissione permanente* (Affari della Presidenza del Consiglio e dell'interno):

« Ammissione del personale delle sottosezioni di Archivio di Stato ai concorsi pub-

blici indetti dall'Amministrazione degli Archivi di Stato » (1750);

« Concessione di un contributo statale al comune di Gorizia per la spesa relativa al rifornimento idrico del Comune medesimo » (1781);

« Provvidenze a favore degli Enti autonomi lirici e delle Istituzioni assimilate » (1804);

5<sup>a</sup> Commissione permanente (Finanze e tesoro):

« Avanzamento degli ufficiali della Guardia di finanza » (1819);

6<sup>a</sup> Commissione permanente (Istruzione pubblica e belle arti):

SPIGAROLI e BELLISARIO. — « Conferimento degli incarichi negli Istituti d'istruzione secondaria » (630) e: DONATI ed altri. — « Norme per la compilazione delle graduatorie per il conferimento di incarichi e supplenze nelle scuole secondarie » (1484), *in un testo unificato*;

Deputati TITOMANLIO Vittoria ed altri; LETTIERI ed altri; URSU ed altri; FINOCCHIARO e FUSARO. — « Modifiche alla legge 7 febbraio 1958, n. 88 » (1726);

9<sup>a</sup> Commissione permanente (Industria, commercio interno ed estero, turismo):

« Ammissione alla verifica metrica delle misure per oli minerali in genere e altri liquidi della capacità di cinque, dieci, venti, venticinque, cinquanta e cento chilolitri » (1834);

« Disciplina dell'uso dei nomi "cuoio", "pelle" e "pelliccia" e dei termini che ne derivano » (1835).

#### Inversione dell'ordine del giorno

T E S S I T O R I . Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

T E S S I T O R I . Signor Presidente, sono relatore del disegno di legge n. 1376, che è al secondo punto dell'ordine del giorno. Si tratta del disegno di legge costituzionale riguardante l'estradiizione per i delitti di genocidio. Tale disegno di legge ha un evidente carattere di urgenza e forse il Senato, per circostanze varie, si è trovato ad essere in ritardo rispetto alla Camera dei deputati che un anno fa, in prima deliberazione, approvava il provvedimento stesso. Siccome mi risulta che i componenti di tutti i Gruppi della nostra Assemblea sono d'accordo di non prendere la parola e sono concordi sull'approvazione del disegno di legge stesso, vorrei pregarla, signor Presidente, di invertire l'ordine del giorno ponendo al primo punto il provvedimento suddetto.

P R E S I D E N T E . Poichè i Gruppi sono d'accordo sulla proposta del senatore Tessitori e non essendovi osservazioni, la richiesta di inversione dell'ordine del giorno è accolta.

**Approvazione, in prima deliberazione, del disegno di legge costituzionale: « Estradiizione per i delitti di genocidio » (1376)** (*Approvato, in prima deliberazione, dalla Camera dei deputati*).

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge costituzionale: « Estradiizione per i delitti di genocidio », già approvato, in prima deliberazione, dalla Camera dei deputati.

Dichiaro aperta la discussione generale.

Poichè nessuno domanda di parlare, la dichiara chiusa.

Ha facoltà di parlare l'onorevole relatore.

T E S S I T O R I , relatore. Mi richiamo alla relazione scritta.

P R E S I D E N T E . Ha facoltà di parlare l'onorevole Ministro di grazia e giustizia.

R E A L E , Ministro di grazia e giustizia.

Credo che non solo per le ragioni che sono state esposte, cioè per rispettare l'impegno e la volontà di tutti i partiti che sono consenzienti a questo disegno di legge, ma anche perchè la rinuncia alla discussione mi pare sia il più eloquente commento che si possa fare a questo disegno di legge — in quanto questo silenzio indica che la soluzione che abbiamo presentato non soltanto è ovvia ed è insita nella coscienza di tutti ma giunge, come è stato rilevato poco fa dal relatore, in ritardo — noi facciamo bene ad approvare senz'altro il disegno di legge in esame.

Mi rimetto quindi anch'io alla comune volontà e chiedo che il disegno di legge sia approvato.

**P R E S I D E N T E .** Passiamo ora alla discussione dell'articolo unico. Se ne dia lettura.

**B O N A F I N I ,** Segretario:

*Articolo unico.*

L'ultimo comma dell'articolo 10 e l'ultimo comma dell'articolo 26 della Costituzione non si applicano ai delitti di genocidio.

**P R E S I D E N T E .** Poichè nessuno domanda di parlare, e poichè il disegno di legge è composto di un articolo unico, metto ai voti il disegno di legge.

Chi l'approva è pregato di alzarsi.

**È approvato.**

**Discussione del disegno di legge: « Trapianto del rene tra persone viventi » (1321)**

**P R E S I D E N T E .** L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Trapianto del rene tra persone viventi ».

Dichiaro aperta la discussione generale.

È iscritto a parlare il senatore Bonadies. Ne ha facoltà.

**B O N A D I E S .** Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi,

parlare in quest'Aula dell'importante e affascinante argomento del trapianto renale prelevato dall'uomo vivente è per me, medico, ragione di compiacimento, in quanto si parla di un prodigio dovuto al progresso della medicina di questi ultimi anni.

Infatti il tema che si tratta in questo momento non è già il trapianto di tessuti — siano ossa, sia pelle, siano cornee, eccetera — ma si tratta addirittura del prelievo di un organo da un soggetto vivente per innestarlo nel corpo di un altro uomo malato che senza quest'organo sarebbe destinato inesorabilmente a morire.

Non è questo un prodigio che deve inorgogliare l'umanità intera, in quanto rappresenta un successo di altissimo valore, capace di orizzonti di cui nessuno può vedere i confini? Quando si consideri che sembrò addirittura eroica la chirurgia degli ultimi venti anni del secolo passato e dei primi vent'anni di questo secolo, chirurgia che era realizzata in condizioni non asettiche e in assenza completa di anestesia o con anestesia scarsamente efficace, ed era orientata prevalentemente a demolire anzichè a ricostruire; quando si pensi che sembrò prodigiosa la chirurgia che va dagli anni venti agli anni cinquanta del nostro secolo, che si proponeva un progresso sulla precedente orientandosi non già alla demolizione ma alla ricostruzione e alla correzione di organi malati, e fu quando si cominciarono a fare le anastomosi tra intestini, tra arterie, tra vene, eccetera; non si può non considerare oggi con grande ammirazione questa chirurgia che, dopo aver realizzato la ricostruzione delle valvole cardiache, si propone oggi addirittura di trasferire un organo da un individuo vivente ad un altro; cioè, in sintesi, il trapianto di un organo tra due individui.

Il trapianto di organi non è ancora entrato in pieno nella pratica clinica essendo in fase di esperimento sugli animali, ma senza dubbio a più o meno breve scadenza entrerà nella pratica quotidiana e ciò avverrà con maggiore efficacia quando saranno superati quegli ostacoli che sono costituiti da quella che viene chiamata la « legge del rigetto ». Questa legge biologica è allo studio in tutte le scuole mediche del mon-

do e non potrà non essere conosciuta in tutti i suoi aspetti; allorchè potrà essere eliminata in tutti i suoi effetti di opposizione biologica, allora non solo il rene, ma il cuore, il fegato, il polmone potranno essere innestati trasferendoli in altro organismo.

La biologia e la medicina possono vantare oggi in questo campo dei successi che la mente più fantasiosa prima di ora non poteva certamente pensare. Ed appunto per dar modo ai pionieri di questi tempi prodigiosi di poter agire, noi siamo chiamati oggi, onorevoli senatori, a prendere in esame questo disegno di legge, che mira a mettere la nostra legislazione al livello dei tempi che viviamo e anche al livello delle legislazioni straniere.

Noi dovremo esaminarlo con serenità e con ogni attenzione, ma anche con una mentalità avveniristica, pensando che non dobbiamo, per un eccesso di prudenza, mettere dei freni a questa chirurgia che è di avanguardia e che chiede di non rimanere indietro rispetto ad altri Paesi che si giovano degli esperimenti e delle tecniche più moderni per realizzazioni sempre più ardite.

Questo provvedimento inoltre, onorevoli colleghi, presenta un vantaggio su tutte le leggi che noi siamo chiamati in genere a discutere: è quello, cioè, che non può provocare polemiche di ordine politico. Si tratta di esaminare una questione che per metà è tecnica e non può essere discussa in questa sede e per l'altra metà riguarda solo considerazioni di ordine morale.

Ogni componente di questa Assemblea si faccia un concetto esatto della questione e si comporti secondo coscienza.

Qual è il problema che si pone alla nostra attenzione prima di tutto? È quello che riguarda il soggetto che deve privarsi dell'organo da trapiantare, cioè il donatore. A lui si chiede il sacrificio di un organo: badiamo bene, di un organo, non di un frammento di tessuto. Ci si può chiedere: possiamo noi prelevare quest'organo da altra fonte? Vi sono altre due fonti diverse di prelevamento: una è il cadavere, l'altra è un animale. Per il rene da prelevare da un cadavere non esiste alcuna questione perchè vi è la legge numero 235 approvata nel 1957 che prevede la

asportazione di parti di cadavere da usare per innesti nell'uomo vivente, e perciò *nulla quaestio*. Per il prelevamento invece del rene da un animale, la questione si pone nel senso che occorre tener presente la speciale particolarità di questo fenomeno biologico: l'animale, come vedremo in seguito, è troppo lontano per costituzione dall'uomo e perciò riesce biologicamente difficile mantenere su un soggetto vivente il rene prelevato da un animale. Lo prova un recente intervento fatto a Roma in una clinica chirurgica universitaria: è stato prelevato il rene da uno scimpanzè ed è stato innestato nell'uomo; la vitalità dell'organo innestato è stata relativamente scarsa e pertanto si è dovuto assistere all'insuccesso dell'operazione.

Intratteniamoci ora più a lungo sull'innesto di rene da vivente. Un individuo che si sottopone alla nefrectomia quali conseguenze patologiche si appresta ad affrontare? Questo è il punto fondamentale. Diciamo subito che, salvo casi eccezionali in cui il rene è unico (quello che si chiama un rene a ferro di cavallo, definito così perchè i due reni sono collegati da un ponte di sostanza renale, per cui i due organi assomigliano latamente ad un ferro di cavallo), eliminato uno dei due reni, in genere l'altro può funzionare da solo e si direbbe per esperienza che può funzionare bene. Nei casi nei quali è stata fatta la nefrectomia nella donna si è assistito ad un compenso funzionale completo: tanto completo che la donna ha potuto portare felicemente a termine le sue gravidanze senza avvertire alcun disturbo.

Naturalmente possiamo chiederci: queste funzioni vicarianti si verificano sempre? Si può rispondere affermativamente a queste domande in quanto il rene superstite si ipertrofizza e compie da solo il lavoro di entrambi. E se sopravviene — ci si può chiedere ancora — una malattia renale? È questo il primo ostacolo che si frappone a chi esamini tale problema in senso obiettivo. Certo, se si tratta di un tumore del rene superstite, se si tratta di una calcolosi o di un trauma, essendo unico il rene, il soggetto è destinato alla morte perchè non si può sopravvivere senza reni. Però le statistiche, per quello che possono valere in questi casi, affermano che

tali evenienze sono molto rare, e in realtà è così. Ma andando più a fondo noi dobbiamo considerare non solo le malattie che possono colpire un rene in maniera irreversibile, bensì anche prendere in considerazione quanto si può verificare nelle varie età della vita nel caso che si determini, per esempio, una sclerosi renale, cioè una riduzione della capacità funzionale del rene in dipendenza dell'invecchiamento dell'organismo. In questi casi si può andare incontro ad una diminuzione globale della funzione e per conseguenza anche della vitalità. Se i reni sono due, evidentemente la funzione può essere sufficiente per sopravvivere, ma se il rene è soltanto uno il soggetto va incontro ad un decadimento funzionale evidente e irreversibile.

Tutte queste enunciazioni dovranno essere studiate anche dai competenti di diritto i quali dovranno esprimere il loro parere sull'aspetto giuridico della questione. Dal punto di vista giuridico il giudice, per risolvere questo problema, penso debba chiedere che sia rispettato un canone fondamentale che è questo: il soggetto può donare l'organo richiesto per il trapianto soltanto se dopo l'intervento per il prelievo egli sarà in condizioni di adempiere pienamente ai suoi doveri verso la famiglia, verso la società e verso lo Stato.

Diceva il compianto professor Torrente, a proposito di questo argomento, che il donatore del rene deve uscire dalla camera operatoria con la possibilità di svolgere quella che era la sua missione sociale nella vita, quindi continuare a svolgere tutti i suoi compiti: essere soldato domani, contribuire ai suoi doveri come lavoratore, contribuire all'attività ed al progresso del proprio Paese. Se dopo l'offerta dell'organo il donatore dovesse essere menomato per sempre in maniera notevole, ebbene, questo la società, il diritto e la morale non potrebbero ovviamente consentire.

Secondo requisito — è sempre il professor Torrente che lo dice — è quello che il trapianto sia fatto per un motivo di alto valore sociale e morale, che consiste nel dare la salute, o meglio la vita, ad un soggetto che in caso contrario sarebbe destinato a

morire. Quindi nessuno scopo di lucro, ma solo un atto di solidarietà umana.

Un altro elemento che dobbiamo tenere presente è quello che si chiama il « rischio generico » di un intervento. Tutti sanno che ogni intervento chirurgico, qualunque sia la sua estensione e la sua profondità, può portare, per condizioni che noi non conosciamo, addirittura alla morte. Per esempio tutti sanno che vi sono casi di soggetti operati di ernia; l'operazione è andata bene, tutto procede senza incidenti: e invece, ecco che dopo tre o quattro giorni dall'intervento il malato scende dal letto e muore. Vi sono individui ancora che vengono operati di tonsillectomia, che è un'operazione relativamente semplice; ebbene, nel corso dell'operazione, per cause non conosciute, possono morire. Vi è, dunque, quello che si chiama il « rischio operatorio generico », che i chirurghi conoscono bene, e questo rischio non si può eliminare, ovviamente, nemmeno nel caso del trapianto renale.

Dall'esame della posizione del donatore, passiamo adesso a considerare anche la posizione del ricevente; vediamo in quali casi è necessario fare il trapianto renale. Non si può fare, ovviamente, nei casi che non siano di grave entità; si deve ricorrere al trapianto solo quando tutte le altre terapie mediche si sono dimostrate incapaci di risolvere i problemi della depurazione del sangue e per conseguenza il soggetto malato, andando avanti nel tempo, finirebbe, a più o meno breve scadenza, per morire. In mancanza di queste condizioni fondamentali, il trapianto non può in nessun caso essere autorizzato.

Altra esigenza è che l'intervento avvenga in un istituto specializzato e provveduto di tutte le attrezzature indispensabili, in modo che l'intervento si possa compiere nel modo migliore possibile.

Non si può immaginare certo che, approvata questa legge, tutti gli ospedali possano iniziare questi interventi, che sono da considerare di assoluta eccezione; solo cliniche universitarie opportunamente attrezzate ed ospedali di prima categoria, anch'essi attrezzati opportunamente, possono fare interventi di questo genere.

Questa chirurgia, che deve essere considerata ancora assolutamente sperimentale, almeno fino a quando non si saranno avuti quei risultati che noi abbiamo la speranza siano positivi, non potrà essere chirurgia di routine. Per questo occorre che il chirurgo non tenga conto delle pressioni che potranno pervenire da una emotività eccezionale.

Tutti sanno che la stampa qualche volta s'impadronisce di questi argomenti, ne parla largamente e crea delle situazioni che si possono definire addirittura drammatiche; crea situazioni drammatiche nella famiglia e le crea nell'*entourage* del soggetto. A un certo momento le cose si mettono in modo irreversibile: si crea il caso di coscienza e si finisce per considerare la situazione come senza uscita; affermata la necessità del trapianto, si finisce con la conclusione che il malato muore perchè nessuno ha « voluto » dare il rene per il trapianto. Per questo si verrebbe a creare il dramma che colpisce specialmente i familiari, ma su questo argomento torneremo anche dopo, nel corso della discussione.

Chi ha letto quanto ha scritto il relatore sa già che la Commissione si è orientata verso l'approvazione del disegno di legge con una limitazione: nel senso, cioè, di non dare la possibilità a tutti di donare il rene, ma di dare questa possibilità soltanto a un certo gruppo di familiari. Ebbene, tutti possono comprendere come ciò possa creare, evidentemente, dei drammi di maggiore gravità. Io sono del parere che il rene debba essere accettato da chiunque sia disposto a darlo, senza limiti di consanguineità.

Questa chirurgia, dicevo, deve essere ancora sperimentale e perciò di assoluta eccezione. Quali sono le ragioni? Non è certo questione di difficoltà della tecnica chirurgica, perchè la tecnica è semplice, e in ogni caso non più difficile dei comuni interventi sui visceri addominali: si tratta di prelevare il rene dall'individuo che si è offerto di fare questo dono, trasferirlo nella regione della fossa iliaca, destra o sinistra, del ricevente e collegarlo con i vasi sanguigni. Questo è tutto, quindi come intervento non è importante. Soltanto la difficoltà sta nel superare l'ostacolo che è legato alla legge del

rigetto. Che cos'è questa legge del rigetto? È una legge che consiste in questo: l'organismo dell'uomo non accetta tessuti od organi che vengono innestati sul suo corpo, e tende ad eliminarli, cioè a rigettarli, il che si determina mercè un processo che porta alla distruzione e alla eliminazione del pezzo o dell'organo ricevuto in un certo periodo di tempo. L'organismo che ha ricevuto l'innesto fabbrica degli anticorpi e questi anticorpi provvedono a disintegrare il tessuto o l'organo invasore. Vi è una eccezione a questa regola ed è quella che si verifica soltanto nel caso che l'innesto venga praticato tra gemelli monocoriali, cioè derivati da uno stesso ovulo: è quello che viene chiamato l'omoinnesto. In questo caso il trapianto riesce efficace quasi nel cento per cento dei casi e non vi sono fenomeni di rigetto. In tutti gli altri casi c'è il fenomeno del rigetto e c'è in maggiore o minore intensità a seconda dell'affinità dei tessuti del ricevente nei confronti del donante. (*Interruzione del senatore Genco*). L'ho detto già: per quanto riguarda gli animali il prelievo può essere effettuato soltanto dallo scimpanzè, ma lo scimpanzè ha tessuti che sono alquanto diversi da quelli dell'uomo e allora, naturalmente, il rene trapiantato per un certo tempo può anche funzionare, ma poi viene eliminato, perchè la legge del rigetto si oppone all'attecchimento dei tessuti di altri mammiferi nell'uomo. Questo argomento, come tutti possono immaginare, è oggetto di studi profondi che si stanno svolgendo nelle cliniche e nelle scuole mediche di tutto il mondo. I risultati di questi studi non sono ancora tali da assicurare l'attecchimento dell'innesto, però non si può dire che non si sia sulla strada di risolvere anche questo grave problema. La scienza non si ferma mai di fronte agli ostacoli e cerca sempre di superarli. Dice Stefanini, il chirurgo di Roma che si è tanto occupato di questo argomento e che maggiormente lavora in questo campo: non si può attendere che si raggiunga la soluzione di tutti i problemi immunologici nell'animale in esperimento, perchè nell'uomo esistono imprevisti e favorevoli aspetti del sistema immunitario che richiedono una diretta sperimentazione clinica,



quindi, sul malato. D'altra parte fino a ieri — aggiunge sempre Stefanini — i trapianti tra reni vitali, per impossibilità legislativa, non si facevano, e i risultati sono sempre imprecisi finchè vengono dagli animali. Anche Valdoni afferma che non è un peccato di eccessiva immaginazione predire che in un termine relativamente breve i ricercatori troveranno certamente i mezzi per arrestare i fenomeni degenerativi che si determinano dopo i trapianti.

Ed allora, se esiste il fenomeno del rigetto, il cui effetto finora non si è potuto dominare, come si pratica oggi la terapia della nefrite cronica e della insufficienza renale? Cioè il profano di medicina si chiede: non esiste proprio nessun mezzo per curare l'insufficienza renale? Si risponde che i mezzi esistono, tutti hanno sentito certo parlare del rene artificiale, però il rene artificiale si può applicare in genere quando si tratta di una forma di blocco acuto del rene; non si può usare il rene artificiale per un anno, per due anni. In questo caso sarebbe preferibile per l'individuo morire piuttosto che restare uno o due anni a letto con una macchina che è il rene artificiale. Esiste anche la cosiddetta dialisi, cioè un sistema per depurare il sangue che consiste nell'uso di un particolare apparecchio che si può applicare per esempio sul braccio dove si pratica una specie di finestrella per mettere in rapporto due tubi che si innestano nel sistema vena-arteria: con questo sistema dialitico è possibile depurare il sangue della sostanza tossica. Ma anche la dialisi è una pratica che non può essere generalizzata e non può nemmeno durare per anni: a Roma esistono dei soggetti che sono trattati con la dialisi, ma debbono andare in clinica ogni tre o quattro giorni, farsi cambiare il tubo e rimettere a posto tutta l'apparecchiatura. Teniamo presente poi che si tratta di malati i quali hanno una possibilità di vita limitata, che vivono in condizioni difficili non hanno una vita efficiente e perciò sono in condizioni di non potersi strapazzare per sopportare un sistema terapeutico di lungo corso. Con il trapianto del rene invece il chirurgo si propone di fare una terapia radicale a carattere permanente,

mettendo il malato al coperto da quegli inconvenienti che non sono pochi, come abbiamo visto, e che mettono il malato in condizioni di permanente limitazione di capacità lavorativa e di limitata capacità vitale.

La tecnica chirurgica, come ho detto, è relativamente semplice e nelle mani di un professionista che conosce il suo mestiere non presenta difficoltà. A proposito delle possibilità maggiori o minori di attecchimento definitivo del rene trapiantato, abbiamo detto che il massimo successo si ottiene quando viene trapiantato un rene da gemello monocoriale: negli innesti tra questi gemelli i successi sono del cento per cento o quasi. Ma come si comportano i reni prelevati da consanguinei? Non è facile stabilire se i risultati a distanza del trapianto di rene da consanguineo siano migliori di quelli conseguiti con rene di estraneo. Pare che usando reni di fratelli o di sorelle la sopravvivenza sia maggiore (fino a sei anni ha detto qualcuno), ma occorre tener presente che questa dato statistico è frutto di una elaborazione che pecca di varie omissioni. I malati sono divisi in varie categorie ed esistono risultati che ci vengono da vari Paesi che naturalmente non sono tutti aggiornati nello stesso modo, sicchè oggi la medicina ufficiale non ha dei dati tali da consentire di prendere una posizione decisa.

Il trapianto fra non consanguinei dà risultati incoraggianti, ma anche qui i dati non sono precisi. In sostanza si potrebbe stabilire una specie di scala di validità degli innesti che va da un massimo di successo negli innesti tra gemelli ad un successo medio negli innesti fra consanguinei e ad un minore successo negli innesti fra non consanguinei. Io ho qui dei dati recenti, del 1966: circa il 60 per cento dei malati in cui si è effettuato il trapianto da più di due anni vivono in buone condizioni di salute e il rene trapiantato presenta una normale funzione (ricordiamo che questi malati sono stati tutti sottoposti ad asportazione dei due reni e vivono grazie al rene trapiantato); la sopravvivenza massima che si è raggiunta in questa categoria di malati è di oltre 40 mesi. I miglioramenti nella preparazione dei malati all'intervento, nella tec-

nica chirurgica e nel trattamento antirigetto hanno permesso di ottenere in alcune serie di malati operati al Medical College of Virginia il cento per cento dei risultati immediati, mentre i risultati a distanza si mantengono assai buoni. Un ulteriore passo avanti è stato compiuto mediante la tipizzazione dei malati, cioè la selezione dei donatori in base al tipo di tessuto (che si può ottenere con delle tecniche speciali); con questa tecnica in un primo gruppo di malati i risultati da donatore vivente non consanguineo sono stati analoghi a quelli da donatore vivente consanguineo.

In conclusione appare prevedibile che, proseguendo il progressivo miglioramento dei risultati immediati, anche quelli a distanza saranno sempre più positivi, consentendo così larghe applicazioni del trapianto renale.

Non va trascurato in questa discussione il parere del Consiglio superiore della sanità che è stato favorevole al trapianto del rene fra viventi, suggerendo alcune precisazioni che sono state inserite nella legge che è in discussione. Anche il Consiglio nazionale delle ricerche si è espresso in senso favorevole perchè ha visto l'estrema utilità di questo intervento per il progresso della chirurgia che non si può arrestare per mancanza di leggi. Questo discorso potrebbe ancora continuare perchè altri elementi e altri fatti dovrebbero essere presi in considerazione, ma a me pare di aver già detto abbastanza; gli altri colleghi che parleranno diranno ciò che non ho detto io per illuminare ulteriormente la nostra Assemblea.

Ad ogni modo il tentativo si deve fare affinché il rene sia prelevato da qualsiasi donatore; si deve fare perchè senza questo intervento il paziente morirebbe inesorabilmente; si deve fare perchè la chirurgia ha potuto dimostrare che l'intervento è fattibile; si deve fare perchè la evoluzione progressiva della chirurgia autorizza a pensare che in futuro abbastanza vicino si potranno ottenere successi sempre maggiori; si deve fare perchè il chirurgo italiano non può rimanere fermo in attesa di quello che diranno i ricercatori di altri Paesi. La chirurgia italiana attende dal Parlamento una

soluzione giuridica che non dovrà ulteriormente ritardare. Le leggi non devono essere valide solo per oggi ma devono proiettarsi nel futuro ed indicare quello che è lecito alla medicina di oggi, ma anche quel che si deve chiedere alla medicina del futuro. Pur con la dovuta limitazione prudenziale, noi non dobbiamo tarpare le ali a quella medicina con la M maiuscola che ha dimostrato luminosamente di compiere delle azioni che hanno donato tanto bene all'umanità. Teniamo ben presente, onorevoli colleghi, che nessuna società può essere veramente grande finchè l'uomo continuerà a soffrire e a morire senza ricevere quei soccorsi che a mano a mano la scienza mette a sua disposizione. Occorre perciò aiutare e favorire il lavoro di tutti quegli scienziati che tendono ad estendere il vasto campo della scienza medica. Molte delle previsioni sul progresso della scienza possono essere annoverate fra le cose sicure, ma nel campo della biologia nulla può essere veramente sicuro al cento per cento. Una cosa però si può dire ed è che i brillanti progressi fino ad ora realizzati hanno permesso all'uomo di vivere meglio e di vivere più a lungo. Altri successi sono prevedibili e sperabili. Ci troviamo oggi al centro di quella che è stata chiamata la rivoluzione di aspettative in aumento. Gli uomini di oggi non pensano di fermarsi ai livelli raggiunti e vogliono superarli perchè considerano la sanità come un diritto pari a tutti gli altri diritti di cui godono i cittadini di tutto il mondo. Facciamo in modo che i nostri figli non abbiano a rimproverarci di aver avuto gli occhi chiusi al progresso. (*Applausi*).

**P R E S I D E N T E .** È iscritto a parlare il senatore Zonca, il quale, nel corso del suo intervento, svolgerà anche l'ordine del giorno da lui presentato. Si dia lettura dell'ordine del giorno.

**B O N A F I N I ,** Segretario:

« Il Senato,

preso atto che l'*emodialisi periodica* da tempo non è più "una tecnica sperimentale", ma un "vero metodo di cura" che

consente agli ammalati affetti da uremia cronica di vivere in condizioni soddisfacenti e che, secondo le valutazioni precisate nel recente terzo congresso della Società Europea per la dialisi e il trapianto, il numero degli ammalati è molto elevato e il costo della cura è pure molto forte,

fa voti che il Ministero della sanità:

1) voglia provvedere alla creazione di centri di emodialisi secondo un piano regionale, sull'esempio degli Stati Uniti d'America, dell'Inghilterra e della Svezia, in maniera di poter curare il maggior numero possibile di ammalati e distribuirli secondo una razionale localizzazione geopolitica;

2) voglia disporre che questi centri — affiancati ai servizi di nefrologia più qualificati di cliniche universitarie e di grandi ospedali — servano anche alla preparazione di medici e personale specializzati necessari per le cure;

3) voglia intervenire, dato l'onere elevato richiesto per l'attrezzatura dei centri e l'alto costo di una singola dialisi, con adeguati contributi ed invitare il CNR a sviluppare un programma di ricerche per il perfezionamento, la semplificazione e sviluppo delle tecniche dialitiche ».

**P R E S I D E N T E .** Il senatore Zonca ha facoltà di parlare.

**Z O N C A .** Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, il problema che si presenta al nostro esame e alla nostra attenzione, il trapianto del rene tra persone viventi, in deroga al divieto sancito dall'articolo 5 del codice civile, è affascinante e drammatico nel medesimo tempo. È un problema di ordine umano, scientifico, legislativo ed impegna la nostra consapevolezza dinanzi ad alcune migliaia di pazienti che attendono un aiuto vitale, dinanzi al mondo scientifico nazionale e internazionale e dinanzi al popolo italiano.

Posti noi di fronte ad una persona ammalata di nefrite cronica, quali cure siamo in grado di suggerire? Allo stato attuale dei progressi scientifici possiamo suggerire tre

tipi di cure: 1) il rene artificiale o emodialisi; 2) il trapianto del rene da vivo; 3) il trapianto del rene da cadavere. Vediamo in una rapida sintesi il problema, senza entrare in particolari scientifici che non potrebbero interessare quest'Aula. Tutt'al più sarà necessario accennare ad alcuni punti essenziali per poter capire il problema in tutta la sua importanza e in tutta la sua complessità.

Primo problema: il rene artificiale o emodialisi. Il primo centro mondiale di emodialisi è stato creato nel 1960 negli Stati Uniti d'America dal professor Scribner. Non si conosce il numero degli ammalati di insufficienza renale acuta e cronica curati e salvati con questo metodo di cura perchè allora la dialisi non era che una tecnica sperimentale. Oggi tutti gli specialisti più eminenti europei ed americani — non ho dati degli scienziati, pure avanzatissimi, della Russia — sono concordi ed unanimi nell'affermare che la dialisi rappresenta un vero metodo di cura controllato e standardizzabile e che il numero dei sopravvissuti che ormai conta al suo attivo ne giustifica lo sviluppo e la divulgazione. Tutti gli ammalati di nefrite cronica con compromissione totale o quasi della funzionalità renale possono essere sottoposti a questo trattamento con risultati terapeutici brillanti a breve e lunga scadenza, senza controindicazioni, senza complicazioni non controllabili, senza alcun corteo di implicazioni di ordine morale e giuridico. La cura contempla due sedute dialitiche settimanali: negli altri giorni i pazienti possono attendere alle loro normali occupazioni. Si va concretizzando la possibilità di eseguire le sedute dialitiche durante notte, in maniera che i pazienti abbiano l'intera settimana lavorativa a loro disposizione; non solo, ma si prospetta la possibilità di poter eseguire l'emodialisi a domicilio. Naturalmente tutto questo presuppone centri di cura altamente specializzati e una infrastruttura che permetta lo sviluppo di queste forme di assistenza. A questo riguardo io ho presentato l'ordine del giorno di cui è stata data lettura.

L'emodialisi, dunque, è già un intervento terapeutico per nefritici cronici, acuti e

gravi, di sicura efficacia, che consente una lunga sopravvivenza (in America presso il centro del professor Scribner siamo a sei anni; in Italia, dove il sistema è di recente introduzione, siamo a due anni) e che, creando nel paziente un nuovo equilibrio psicosomatico, prepara il paziente per il trapianto del rene. Non solo, ma rappresenta un metodo di cura di riserva nel caso in cui il trapianto del rene, deciderato e ottenuto, non abbia successo. In questa evenienza — per ora purtroppo non rara — il paziente sa di non avere il vuoto dinanzi a sé, sa di poter ritornare alla sua cura dialitica e questa riserva costituisce un fattore psicologico di grandissimo valore, come è facile intendere. Questa è la prima risposta agli interrogativi sollevati.

Secondo problema: il trapianto del rene da vivo. È fuori di dubbio che il trapianto del rene da vivente rappresenta la terapia più affascinante. Se il trapianto del rene ha successo significa aver realizzato un capolavoro di tecnica operatoria e un intervento razionale e fisiologico. Il paziente ricevente ha un nuovo organo funzionante che gli permette di vivere nei limiti della normalità per molti anni. Ma il trapianto del rene da vivente si accompagna ed urta con tutta una serie di problemi pre e post-operatori che riguardano il paziente e con tutta una serie di problemi di ordine morale e giuridico che riguardano il donatore. La tecnica operatoria (prelievo, perfusione, reimpianto) è già pervenuta a limiti di perfezione ed è ormai un dato acquisito purché in mano di chirurghi altamente specializzati e qualificati. I problemi post-operatori invece sono ancora tutti o quasi tutti all'ordine del giorno e attendono una soluzione. Tra i fenomeni post-operatori il problema centrale è quello dell'attecchimento del rene trapiantato, che è la ragione stessa dell'intervento. Ora, proprio l'attecchimento del rene è minacciato subito dalla cosiddetta reazione di rigetto, poichè dopo una o più settimane o mesi dal trapianto insorgono dei fenomeni di reazione immunitaria che respingono il trapianto. La reazione di rigetto è condizionata da due tipi di processi: il primo è un fenomeno immunitario dei consue-

ti anticorpi stimolato da antigeni liberati dal trapianto; il secondo è un fenomeno reattivo legato all'incompatibilità cellulare o isto-incompatibilità. La reazione di rigetto causata dal processo immunologico degli anticorpi può essere in parte dominata e controllata sia inaridendo le fonti da cui derivano gli anticorpi (midollo osseo, gangli linfatici, timo) bombardandole con irradiazioni, sia inattivandole con farmaci tossici o immunodepressivi. Questa terapia immunodepressiva post-operatoria per un verso non può essere spinta oltre un certo limite, perchè altrimenti il paziente privato delle sue normali difese organiche può soggiacere alla più banale infezione, come un modesto raffreddore, e per altro verso deve essere protratta, più o meno attenuata, per lungo tempo per frenare l'azione di rigetto sempre latente, rendendo così molto precarie le condizioni di sopravvivenza dell'operato.

La seconda reazione, l'incompatibilità cellulare, è ancora più grave e più oscura. Le irradiazioni e le terapie immunodepressive non possono nulla sulla incompatibilità cellulare o genetica dei nostri tessuti. Qui domina sovrana la legge biologica per la quale il grado di successo dei trapianti è determinato dal grado di somiglianza genetica che esiste tra donatore e ricevente. Tanto più il codice genetico fra il donatore e il ricevente è affine, tanto maggiore è la possibilità di successo.

Al riguardo i dati statistici riportati nel Registro internazionale di trapianti renali e rielaborati in percentuale fino al novembre 1965 sono molto indicativi. Infatti, su 717 casi di trapianto renale, risulta che nei gemelli monozigoti, per 36 casi la sopravvivenza è dell'85 per cento a cinque anni, del 68 per cento ad otto anni. Su 177 casi di trapianto da madre o padre, il 32 per cento a due-tre anni. Su 123 casi di trapianto tra consanguinei (sorelle 48, fratelli 54, altri 21) il 52 per cento di sopravvivenza a due-tre anni, il 37 per cento a sei-sette anni. Su 95 casi di non consanguinei (coniugi 13, donatori volontari 38, nefrectomie obbligatorie 44) il 9 per cento fino a due anni di sopravvivenza.

Da questi dati appare chiaro che la sopravvivenza nei trapianti è massima nei casi dove c'è la massima affinità genetica, cioè nei gemelli monozigoti, discende già nei consanguinei strettissimi (genitori e fratelli) e cade nei non consanguinei. Da ciò si deve dedurre, come prima legge, che il trapianto del rene da vivo deve essere ammesso solo tra gli stretti consanguinei, anzi tra gli strettissimi consanguinei.

Nei tentativi di ridurre le reazioni di intolleranza immunologica e di istoincompatibilità, recentemente si sono fatti ulteriori passi avanti mediante la tipizzazione dei malati, cioè la selezione dei donatori in base al tipo di tessuti.

Con questa tecnica, in un primo gruppo di malati i risultati da donatori viventi non consanguinei sono stati analoghi a quelli da donatore vivente consanguineo (University of California, Medical Center, Los Angeles, Terasaki ed altri). È un altro passo in avanti che gli scienziati compiono su questa difficilissima strada che tocca quasi le sorgenti della vita cellulare.

L'altro aspetto è quello della liceità del trapianto dal punto di vista morale: sul punto di vista giuridico lascio che altri più competenti di me possano prendere la parola.

La liceità del trapianto del rene da vivo dal punto di vista morale è un problema ancora completamente aperto, non essendovi a tutt'oggi un pronunciamento di magistero ecclesiastico.

Tuttavia la grande maggioranza dei moralisti è orientata verso la completa liceità del trapianto del rene da vivo perchè dal concetto dottrinale che l'uomo non è « proprietario » ma « usufruttuario » del proprio corpo si è passati a considerare che l'uomo, essendo dotato di intelligenza e di libertà, ha il « diritto di disposizione » del proprio corpo e il « dovere di amministrare » la propria vita, e cioè il proprio organismo, secondo i limiti stabiliti da Dio, e cioè i limiti che garantiscano lo sviluppo integrale della vita fisica per garantire lo sviluppo integrale della vita spirituale.

Questa evoluzione del pensiero morale non è una sorta di specioso relativismo,

perchè la morale della Chiesa accoglie il vero progresso scientifico e le sue applicazioni pratiche quando, confrontandole con i principi immutabili della ragione e della fede, constata che giovano alla dignità e al bene dell'uomo. D'altra parte « la ricerca metodica di ogni disciplina, se procede in maniera veramente scientifica e secondo le norme morali, non sarà mai in reale contrasto con la fede, perchè le realtà profane e le realtà della fede hanno origine dal medesimo Id-dio » (Concilio ecumenico Vaticano II, capitolo 111.36).

Le condizioni fondamentali poste per la liceità del trapianto del rene da vivo sono indicate in maniera molto chiara nella relazione del collega Samek Lodovici, diligentissima e di grande valore. Esse sono: 1) il prelevamento del rene deve esser frutto di un dono libero, volontario, da parte di persona pienamente responsabile e consapevole del suo atto; 2) deve trattarsi di un organo doppio e l'altro deve essere perfettamente sano (un soggetto può vivere con un quinto della capacità renale normale); 3) deve soccorrere ad una necessità estrema o quasi estrema del prossimo; 4) il trapianto deve essere l'unico mezzo disponibile e possibile a questo fine, (senza questo dono il ricevente non potrebbe sopravvivere) e il rischio del donatore deve essere garantito dalla certezza scientifica del successo. Occorre inoltre la garanzia di una capacità adeguata dell'*équipe* medico-chirurgica e di una assistenza prima e dopo l'operazione.

Terzo problema: il trapianto di rene da cadavere. Questo rappresenta la soluzione tipo, ideale se fosse opportunamente realizzabile. Innanzitutto esiste già il decreto del Presidente della Repubblica del 3 settembre 1965, n. 1156, che autorizza il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico: decadono così tutte le ragioni giuridiche; in secondo luogo cadono pure *ipso facto* tutti i quesiti di ordine tico relativi al donatore vivente; in terzo luogo la liceità morale di ricorrere al prelievo di parti di cadavere è stata autorevolmente risolta da Papa Pio XII, seppure a determinate condizioni, come il rispetto della volontà del de-

funto e dei diritti e dei sentimenti di terzi a cui spetta la cura del cadavere, i parenti prossimi in primo luogo.

Ma, eliminate queste difficoltà, altre se ne presentano di carattere organizzativo e medico, chirurgico e biologico. Occorre innanzitutto avere il cadavere al momento giusto per il prelievo ed il trapianto. Il tempo intercorrente tra prelievo e trapianto deve essere ridotto al minimo possibile perchè oltre un certo tempo insorgono nell'organo da trapiantare delle lesioni vasali dovute ad ischemia che pregiudicano fin dall'inizio la possibilità di ripresa funzionale dell'organo stesso. Occorre altresì organizzare i metodi di conservazione del rene. Bisogna arrivare ad alcune ore: in Italia (scuola del professor Stefanini) siamo già arrivati a 24 ore, mentre a 48 ore si è arrivati nel centro di Cleveland del professor Koeff. Certo non si può ancora parlare di banca degli organi da trapianto: la cornea dell'occhio a questo riguardo fa eccezione per la sua particolarissima struttura. Bisogna inoltre considerare la non consanguineità con il ricevitore e le conseguenti incognite della compatibilità o incompatibilità immunitarie e genetiche. Bisogna perciò procedere a tipizzare i ricoverati e a tipizzare il datore prima della morte. Sono queste operazioni possibili soltanto nei grandi ospedali o gruppi di ospedali con un alto numero di degenti per consentire una scelta dei soggetti idonei da parte di una *équipe* di medici chirurghi e biologi specializzati. Occorre infine tener ben presente il pericolo, sempre possibile, di trasmettere malattie (si è già verificato per il tumore); d'altra parte non si possono utilizzare come donatori i morti con diagnosi dubbia o in età avanzata.

In complesso l'uso dei reni di cadaveri non diminuisce la serie di problemi che presenta un trapianto di reni. Ciò nonostante noi crediamo che tutte le incognite di ordine biologico, medico e chirurgico, attualmente in gioco, debbano essere più profondamente studiate per poter evitare nell'avvenire la rimozione di reni da donatore vivente.

Risulta che seri tentativi sono in corso in questa direzione. A Roma, presso l'isti-

tuto del professor Stefanini, nell'America del Nord, su 4 centri nazionali di trapianto renale, quello del professor Hume e Richmond e quello del professor Koeff a Cleveland si dedicano particolarmente al cadavere, e così Calne a Londra. La ricerca scientifica e la sperimentazione clinica, pur tra grandi difficoltà, porteranno certamente a risultati sicuri ed è probabile che fra qualche anno il trapianto del rene da cadavere uscirà dalla fase organizzativa e sperimentale per entrare nella fase di attuazione clinica. Attualmente su 241 casi di trapianto da cadavere, sempre secondo il « Registro dei trapianti renali », la percentuale di sopravvivenza è del 14 per cento su 2-3 anni.

Come si è visto, di questi tre metodi di cura (rene artificiale, trapianto di rene da vivo e trapianto da cadavere) il più semplice, senza essere il meno efficace, è il rene artificiale o emodialisi, metodo di cura sicuro, controllato e standardizzabile, senza ormai nessuna preoccupazione operatoria, etica e giuridica.

Il trapianto di rene da vivo invece presenta gravi problemi operativi etici e giuridici, soprattutto i problemi relativi al donatore e all'attecchimento del trapianto. Nel trapianto di rene da cadavere nessun problema etico o giuridico, ma permangono tutte le difficoltà operatorie e le incognite di compatibilità genetica. Per il trapianto di rene sia da vivo come da cadavere siamo ancora in una fase quasi sperimentale, anche se a questa sperimentazione si deve dare un largo significato clinico.

E allora, dinanzi a tanti problemi ed incognite che si accompagnano al trapianto del rene, viene naturale chiedersi: perchè non ci si ferma, non si concentrano gli sforzi e non si valorizza l'emodialisi?

La risposta è questa. L'emodialisi è una terapia sicura ma temporanea, non risolutiva, non definitiva e deve essere ripetuta. Il trapianto del rene invece è la soluzione radicale, razionale che permette di reintegrare l'unità somatica con un organo vivo e funzionante ricevuto da un donatore vivo o da cadavere. È vero che questa strada è ancora irta di problemi e di incognite gravi, però è anche la via che la scienza percorre

tenacemente, con grande responsabilità, e che certamente porterà a risultati sicuri.

Io mi unisco al parere espresso da più di 300 eminenti scienziati europei ed americani tra cui i rappresentanti della scuola di Roma (professor Cruciani e professor Cortesini), di Padova (professor Confortini e la sua *équipe*) e di Torino (professor Cappelini), che al congresso di Lione del maggio 1966 della Società europea per la dialisi ed il trapianto (EDTA) concordemente hanno affermato che il rene artificiale è la terapia di oggi, che il rene artificiale a domicilio è la terapia di domani, ma che il trapianto è la terapia dell'avvenire.

Perciò è questa la meta a cui bisogna guardare con fiducia, con senso di responsabilità ma con animo aperto.

L'articolo 5 del codice civile è un ostacolo allo sviluppo ed alla ricerca scientifica e in più costituisce una minaccia sempre potenziale di incriminazione per gli scienziati e i chirurghi che operano in questa direzione. Secondo il mio parere è venuto il momento di procedere all'approvazione della deroga al divieto sancito dall'articolo 5 del codice civile, contemplata dal disegno di legge presentato dal Ministro della sanità, senatore Mariotti, di concerto con il Ministro di grazia e giustizia, limitando la liceità degli interventi ai soli strettissimi parenti, con l'intervento permissivo dell'autorità giudiziaria e con l'autorizzazione agli interventi soltanto a pochi e qualificatissimi centri operatori e scientifici.

D'altra parte, il trapianto di organo rappresenta il miraggio affascinante e prodigioso a cui tende la ricerca scientifica mondiale, e certamente questo sforzo concorde e perseverante dei ricercatori è destinato ad aprire, in anni non lontani, una nuova grande era della scienza medica biologica e della chirurgia. (*Vivi applausi dal centro. Congratulazioni*).

P R E S I D E N T E . È iscritto a parlare il senatore Di Grazia. Ne ha facoltà.

D I G R A Z I A . Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli senatori, il disegno di legge in discussione, d'iniziativa

governativa, si propone una deroga agli articoli 5 del codice civile, 50, 582 e 583 del codice penale; deroga che permette di aprire nuovi orizzonti nel campo della terapia umana, terapia innovatrice che si prefigge la sostituzione di un organo ammalato in modo irreversibile con un altro organo in perfette condizioni di sanità e di funzionalità.

L'organo da trapiantare, nel nostro caso, è il rene, tra persone viventi. Il disegno di legge in discussione ha suscitato, in sede di Commissione igiene e sanità, notevole interessamento, pari alla grandezza dell'obiettivo che si vuol raggiungere nel campo tecnico e scientifico della terapia umana sostitutiva. L'alto interesse del problema ha pervaso non soltanto gli animi e le responsabilità dei senatori che costituiscono l'11ª Commissione, ma ha pervaso, fuori dell'ambito parlamentare, gli animi della popolazione e, soprattutto, ha generato un certo stato di ansiosa attesa da parte di molti pazienti, speranzosi di potersi sottoporre alla nuova terapia non appena l'approvazione del disegno di legge ne consentisse la possibilità di attuazione. L'illustrazione, a mezzo di conferenze da parte di nostri illustri scienziati, ormai attrezzati tecnicamente e preparati scientificamente e clinicamente per le realizzazioni della nuova terapia, ha riscosso una vasta risonanza favorevole nell'opinione pubblica che resta pertanto in attesa dell'approvazione da parte del Potere legislativo del disegno di legge in discussione.

Epperò non lievi contrasti di opinione si sono subito appalesati dopo la prima autorevole e responsabile relazione del collega senatore Samek Lodovici, il quale non nascose il suo notevole stato di preoccupazione nell'accedere all'approvazione del disegno di legge così come proposto dal Governo, e adducendo con sistematica successione di apprezzabili argomenti i motivi che lo rendevano perplesso ad accettare il disegno di legge in parola, concludeva col consigliare di attendere ancora del tempo, durante il quale altri esperimenti ed altri ritrovati scientifici sulla tecnica chirurgica avrebbero potuto dare la possibilità di risultati cli-

nici più incoraggianti e più duraturi; comunque egli dichiarava che, se la discussione del disegno di legge in Commissione avesse dato migliori chiarimenti e più apprezzabili e più recenti nozioni a carattere anche internazionale in questo campo, che ancora si potrebbe considerare in fase sperimentale, egli non si sarebbe chiuso in una proposta del tutto negativa, ma avrebbe accettato eventuali ripensamenti e quindi modifiche al suo originario parere. La reazione di molti colleghi al parere del relatore sull'opportunità di attendere per la discussione del disegno di legge fu subito nettamente manifestata con gli interventi di parecchi colleghi (Bonadies, Lombardi, D'Ercole ed altri), ed anche del sottoscritto; interventi apertamente favorevoli al disegno di legge nella sua più ampia applicazione e, per essere più precisi, all'accettazione integrale del primo articolo del disegno di legge in parola.

Furono pertanto portati, nei vari interventi, moltissimi argomenti a favore dell'approvazione del disegno di legge; argomenti che indussero il relatore ad un ripensamento e ad un più attento esame del progresso scientifico e clinico che la scienza era riuscita a conseguire in questo ultimo, brevissimo, periodo di tempo. Questi ripensamenti, nel tranquillizzare la coscienza del relatore, gli conferirono la possibilità di accedere favorevolmente all'accettazione del disegno di legge in discussione per molteplici motivi che egli ha già esposto nella sua pregevolissima relazione, specialmente per uno di carattere biologico importantissimo, come vedremo, riguardante le maggiori possibilità di attecchimento del trapianto dell'organo ai soli consanguinei, almeno per un primo periodo di tempo, con la promessa di estendere la possibilità di donazione del rene a tutti coloro che, in una apprezzabile gara di fratellanza umana, volessero prestarsi ad un così alto gesto di altruistica dedizione, appena, cioè, la tecnica e la scienza si fossero man mano perfezionate e avessero conseguito risultati clinici sempre più soddisfacenti.

Accettando parzialmente, quindi, il disegno di legge in parola, il relatore non ha voluto precludere ai nostri scienziati la possi-

bilità di dare un contributo scientifico e clinico al grande sforzo che in questo campo molti scienziati e clinici in ogni parte del mondo, in una nobile gara di ricerca, vanno compiendo e realizzando per salvare numerose vite umane che quotidianamente si perdono (e fra questi molti giovani) per una malattia abbastanza frequente e a carattere irreversibile.

In sede di Commissione, pertanto, la discussione generale del disegno di legge sul trapianto del rene fra viventi si è protratta a lungo in un contrasto di tendenze, alcune a carattere estensivo altre a carattere limitativo, secondo il parere del relatore.

È prevalsa, come si può constatare dagli emendamenti apportati dalla Commissione, una proposta limitativa che ha riscosso anche il parere favorevole di numerosi scienziati e clinici, come si può desumere dalla relazione che è stata fatta in occasione della tavola rotonda che il mio Partito ha tenuto sull'argomento.

Onorevole Ministro, onorevoli colleghi, il sottoscritto si è dichiarato, sin dall'inizio della discussione generale del disegno di legge, favorevole all'approvazione integrale dello spirito del disegno di legge, e cioè all'estensione senza limitazione nella scelta del donatore, e tuttora chiede in questo più ampio consesso parlamentare rappresentato da tutti i membri responsabili che costituiscono la Assemblea senatoriale che sia accettato integralmente il principio della libera scelta del donatore per molteplici motivi. Mi si permetta frattanto qualche considerazione in questo mio intervento; considerazioni di natura tecnico-scientifica che potranno servire per avvalorare i motivi che mi inducono, soprattutto come medico, a respingere la decisione limitativa del disegno di legge cui è pervenuta l'undecima Commissione.

Il trapianto di un organo da un individuo ad un altro non è soltanto problema di tecnica poichè presto o tardi questa, cioè la tecnica, con gli accorgimenti necessari apportati alle conoscenze tecnico-chirurgiche, ormai sempre più progredite, rappresenta un problema certamente facile a risolversi, come l'esperienza di questi ultimi 30 anni ci ha dimostrato. Nel nostro caso, poi, la tecnica



del trapianto del rene ha raggiunto al momento attuale una perfezione veramente di sicurezza, non solo per le capacità chirurgiche dei suoi realizzatori, ma anche per le attrezzature e gli accorgimenti tecnici che si è riusciti a raggiungere. Pertanto dal lato chirurgico può dirsi che il trapianto del rene abbia superato le non lievi difficoltà prospettatesi all'inizio di questa terapia sostitutiva. Purtroppo non sono soltanto le difficoltà tecniche del trapianto che il chirurgo ed il nefrologo debbono superare, ma un altro grave ostacolo di carattere biologico, rappresentato dalla reazione immunologica che la presenza dell'organo trapiantato provoca nell'organismo che lo ospita, reazione tendente ad espellere il trapianto previa mortificazione degenerativa di esso, frustrando ogni sforzo della tecnica e annullando vantaggi che può dare la terapia sostitutiva. Epperò sia gli scienziati che i clinici non si sono arrestati dinanzi alle difficoltà che la reazione immunitaria di trapianto provoca, e che oggi va sotto il nome di reazione di rigetto, ed hanno studiato più profondamente il fenomeno reattivo immunitario suddetto, ricercando in parti tempo una terapia di attenuazione del fenomeno reattivo, sia in termini preparatori, cioè prima del trapianto, sia dopo il trapianto e a carattere continuativo, fino al definitivo attecchimento e funzionalità dell'organo innestato.

Ma quali sono i risultati degli studi sperimentali sulla reazione di rigetto del trapianto e quali i mezzi terapeutici per superarla? Questi due dati rappresentano, a mio giudizio, il punto cruciale del grande problema dei trapianti in generale per le innumerevoli difficoltà che si presentano nel superamento o nell'attenuazione della reazione di rigetto. I risultati rendono preoccupati tutti coloro che responsabilmente sono impegnati in questa grande lotta e naturalmente rendono anche noi legislatori, diciamolo con onestà, in parte incerti sull'opportunità di concedere ampie deroghe ai nostri studiosi, dal momento che tale terapia attualmente ha forse ancora un carattere sperimentale e che si constata che i risultati clinici finora ottenuti dal trapianto del rene non sempre sono incoraggianti e qualche volta sono deludenti.

Non sto a ripetere la casistica di questa terapia sostitutiva del rene, già praticata, non certo su larga scala ma in numerosi casi, specialmente in Paesi stranieri, per non ripetere quello che è stato già validamente espresso dal relatore nella sua relazione e ad altri colleghi in sede di Commissione in quanto, come in ogni inizio di un nuovo metodo terapeutico, specialmente a carattere innovativo come questo in discussione, si hanno sempre risultati incerti e spesso scoraggianti; ma lo sforzo scientifico e la volontà di sperimentatori tenaci e costanti sono riusciti quasi sempre a superare gli ostacoli e a rendere più concreta la terapia prefissa. Nel nostro caso, non posso negare che i risultati clinici fino ad oggi raggiunti non sono del tutto soddisfacenti; soprattutto i risultati a distanza sono ancora in fase sperimentale, per cui non possiamo *a priori* fare deduzioni concrete e di sicurezza.

Ma è anche vero, però, che risultati veramente positivi, in numero purtroppo limitato, sussistono e sono tali da incoraggiare gli sforzi e la volontà realizzatrice da parte dei nefrologi, degli immunologi e dei chirurghi urologi verso questo nuovo grande capitolo della chirurgia sostitutiva.

Ritornando al problema della reazione di rigetto, nuove notevoli acquisizioni si sono ottenute in questo ultimo periodo di tempo; acquisizioni derivanti da studi moderni condotti su larga scala che, mentre confermano la nozione, ormai risaputa e acquisita, che la reazione di rigetto è in rapporto proporzionale alla maggiore o alla minore vicinanza genetica tra il ricevente e il donante, per cui è quasi nulla la reazione negli omozigoti e massima in coloro che sono lontani geneticamente, confermano anche che esistono tre grandi gruppi di antigeni tissulari e undici sottogruppi. Pertanto la conoscenza della tipizzazione tissulare degli individui è una prima e certamente importantissima acquisizione che ci permetterà la scelta del donatore più geneticamente vicino al ricevente. Recentissimamente gli studi sulla tipizzazione tissulare hanno aggiunto altre acquisizioni che rendono più chiari i sottogruppi (studi più moderni hanno ridotto da undici a sei o sette i sottogruppi) e, semplificato il me-

todo di ricerca della tipizzazione, in modo da rendere più semplice e più facile il metodo di accertamento del gruppo tissulare. Non possiamo dire parimenti di aver raggiunto nuove esperienze e nuove terapie sulla prevenzione e l'attenuazione della reazione di rigetto, oltre a quei mezzi terapeutici già conosciuti e che di per se stessi comportano non lievi pericoli per la vita del paziente, per quanto in questi ultimi tempi il perfezionamento della tecnica chirurgica e la migliorata preparazione del rene da trapiantare abbiano notevolmente attenuato la reazione di rigetto.

Possiamo dedurre pertanto, dalle nozioni bio-immunitarie cui ho brevemente accennato, che la reazione di rigetto, ostacolo primo al trapianto del rene, è proporzionale al rapporto genetico tissulare tra il donatore e il ricevente.

Ritornando pertanto al concetto della limitazione della deroga ai soli congiunti del ricevente, mentre è chiaro che accetto il movente biologico, per cui la Commissione nella sua maggioranza ha deciso di limitare il trapianto soltanto ai congiunti, perchè genericamente, presumibilmente, più vicini al ricevente, respingo tutte le altre considerazioni che, a mio giudizio, potrebbero essere superate con una valutazione più ampia, più moderna e una maggiore fiducia; il fattore biologico e genetico più vicino che si raggiunge scegliendo il donatore tra i consanguinei, con le conoscenze della tipizzazione tissulare, può benissimo, ormai, raggiungersi anche tra estranei e forse anche con maggiore garanzia, perchè la scelta viene basata su presupposti scientifico-sperimentali, con controlli e mezzi clinici.

Questo dato di fatto, che è più importante del resto perchè garantisce molto più approssimativamente l'attecchimento del rene trapiantato e la sua funzionalità, mi spinge ancora una volta a respingere la limitazione che si vuole applicare, in questo disegno di legge, alla deroga degli articoli dei codici civile e penale sopradetti, attraverso l'emendamento proposto dal relatore ed accettato dalla maggioranza della Commissione al primo articolo del disegno di legge.

Gli altri motivi addotti a pro della limitazione della deroga non hanno, a mio parere, alcun valore, ma certamente, e purtroppo, provocheranno una sicura e naturale remora al progresso di questa nuova terapia sostitutiva nel nostro Paese, e consequenzialmente, precluderanno ai nostri clinici la possibilità di poter largamente contribuire alle ricerche terapeutiche che in questo campo si stanno compiendo, con alacrità e dovizia di mezzi tecnico-finanziari, in tutto il mondo, e particolarmente in America, in Giappone, in Francia, in Inghilterra ed altrove.

Quali sono del resto gli altri argomenti che si vogliono apportare a giustificazione della limitazione della deroga ai soli consanguinei?

In primo luogo la menomazione fisica del donatore, che resterebbe mutilato di un rene e quindi più facilmente esposto a malattie dell'unico rene, che possono andare dalla semplice insufficienza renale temporanea, alla nefrosi, alla calcolosi renale, eccetera; lesioni che, impiantate nell'unico rene superstite, si rendono molto più gravi (e molto spesso sono letali) che in individui a reni normali.

Evidentemente non può negarsi che esistano queste possibilità negative nella scelta del rene prelevato da vivente nei confronti di quello prelevato da cadavere, ma è altrettanto vero che praticamente questi danni si verificano in una percentuale assai limitata, che si può valutare nell'1 o 2 per mille, mentre l'esperienza quotidiana ci dimostra che i monoreni sopravvivono benissimo ed accudiscono alle normali attività, parimenti agli individui a reni normali; comunque questo argomento non può essere considerato valido che quando si parla della scelta del rene da trapiantare, da vivente o da cadavere.

Un'altra considerazione che avvalora la limitazione della deroga è quella che si riferisce alla probabile instaurazione di una sorta di speculazione che potrebbe nascere estendendo la deroga a tutti, per cui il disegno di legge, come si può constatare, pone norme che dovrebbero perseguire l'obiettivo di eliminare il fenomeno speculativo, anche in questa deroga a carattere limitativo.

La risposta a questa preoccupazione espressa da coloro che sostengono la limitazione della deroga, non può essere che la seguente: si tratta di una considerazione di carattere secondarissimo, in quanto il legislatore ha il modo e i mezzi per prevenire, ed eventualmente punire, ogni tentativo di speculazione; quindi, a mio giudizio, questo motivo non può essere validamente messo sul piatto della bilancia a favore della limitazione della deroga. E allora perchè vogliamo accettare una legge limitativa che, sin dal nascere, presenta delle ingiustificate restrizioni che inesorabilmente apporteranno un notevole arresto dello sviluppo di questo nuovo metodo terapeutico nel nostro Paese?

Non ci sentiamo forse spiritualmente abbastanza forti da accettare con coraggio e decisione una innovazione che si prefigge nobilissimi fini e una meta grandiosa, anche se certamente procederà lentamente in mezzo a innumerevoli ostacoli e naturalmente troverà la strada disseminata da fattori negativi purtroppo necessari ed inevitabili? Senza voler poi accennare ad altri secondari motivi che contrastano la limitazione ai soli consanguinei nella scelta del donatore, quale ad esempio il caso di infermi orfani e quindi mancanti di consanguinei e la pressione morale di necessità che si viene a creare fra gli stessi consanguinei per la donazione del proprio rene! E poi mi pare giustificato l'interrogativo: è sempre certa quella famosa vicinanza genetica, tanto necessaria per attenuare la reazione di rigetto, nei consanguinei?

Per queste considerazioni mi permetto, onorevole Presidente, onorevole Ministro ed onorevoli colleghi, di rivolgermi a questa Assemblea responsabilmente investita, oggi, di un problema così importante, per ottenere da voi tutti l'adesione alla mia proposta, onde evitare l'umiliante riconoscimento che potrebbe verificarsi in un tempo abbastanza prossimo; riconoscimento della nostra timidezza ed incomprendimento dimostrate nell'accettare la limitazione alla deroga per dovere domani accettare integralmente il disegno di legge quale ci viene proposto oggi dal Governo; sono sicuro infatti che presto gli scienziati di altri Paesi dimostreranno,

con un maggiore apporto clinico-scientifico, che sarà possibile scegliere il donatore in un più vasto ed ampio raggio di volontari.

A coloro poi che sono del tutto contrari all'approvazione del presente disegno di legge in quanto sostengono che non sia assolutamente necessario prelevare il rene da trapiantare da esseri viventi, potendo sostituirsi il rene ammalato con un rene prelevato da cadavere, poichè affermano che i recenti dati statistici conseguiti fino ad oggi sul trapianto del rene prelevato da cadavere e quelli sul rene prelevato da vivente sono assai vicini, a costoro rispondo con le stesse argomentazioni che il relatore, con la sua abituale chiarezza, ha esposto, e cioè: le difficoltà non lievi di natura sia morale, sia tecnica, sia procedurale che si frappongono al prelievo del rene da cadavere. Mi soffermo soltanto sulle difficoltà tecniche; il rene da cadavere deve essere prelevato rapidamente, subito dopo la morte, anzi è necessario, per essere più precisi nella tecnica, mantenere in vita i tessuti, e nel nostro caso il parenchima renale, anche dopo la morte fisica del sistema nervoso centrale, con la rianimazione mediante apparecchio di Engstrom, in modo da ossigenare le cellule del parenchima renale, per evitare i fenomeni degenerativi che già si manifestano subito *post mortem*.

Nel prelievo del rene da cadavere mancano, inoltre, quasi sempre i dati immunologici e genetici rappresentati dalla tipizzazione tissulare del rene da trapiantare. Ne consegue, quindi, che l'esito del trapianto è affidato non più al responso di dati clinici sperimentali precedentemente accertati, ma al caso. Tuttavia questa ultima difficoltà potrà essere superata il giorno in cui ognuno di noi avrà, nel suo libretto sanitario, indicata la propria tipizzazione tissulare.

Superata anche questa difficoltà, fino ad oggi assai importante, resteranno da superarne altre e soprattutto, importantissimo fra queste, l'accertamento della capacità funzionale del rene da cadavere che si vuole trapiantare. Questo è un dato importantissimo che lascia molto perplessi i chirurghi e i nefrologi che debbono procedere al trapianto, poichè è a tutti noto che nella fase agonica e preagonica si instaurano delle degenerazio-

ni del parenchima renale più o meno reversibili, a seconda della malattia che ha portato a morte il paziente e delle possibilità di mezzi di rianimazione che si hanno a disposizione.

In quanto all'affermazione che i risultati dell'innesto del rene prelevato da cadavere sembrano anche più soddisfacenti di quelli ottenuti con l'innesto di rene da vivente non consanguineo, come asserisce il « *British Medical Journal* » nel dicembre 1965 (riportato dal relatore), mi permetto di affermare che, con molta probabilità, si è trattato di casi fortuiti, in quanto è dimostrato che per la possibilità di attecchimento del trapianto vale soltanto la legge sulla tipizzazione tissulare, e pertanto la possibilità di attecchimento del trapianto del rene da cadavere e di quello del rene da vivente non consanguineo deve ritenersi, a prescindere dallo stato di funzionalità del rene da cadavere, sullo stesso piano. Non si spiegherebbe, quindi, la differenza dei dati statistici sopra ricordati se non attribuendola a casi fortuiti.

Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, per le ragioni suesposte io ed altri colleghi dell'11<sup>a</sup> Commissione non abbiamo accettato il giudizio iniziale del relatore, di prematurità del consenso legislativo al trapianto del rene tra viventi, e neanche la limitazione di tale consenso soltanto ai consanguinei.

Del resto la nostra coscienza troverà certamente una risposta favorevole, atta a tranquillizzarla, nella consapevolezza che affidiamo le conseguenze di questa deroga ai nostri valorosi scienziati i quali battono sempre e solamente la via del sacrificio personale, lungi da interessi di lucro e di ipocrita notorietà, dotati come sono di quell'altruismo e di quel senso di umanità che hanno reso possibili nel passato le grandi scoperte della medicina e della terapia, messe subito a disposizione dell'umanità dolente, senza presumibili compensi materiali.

Questi uomini, ne sono certo, non faranno eccessivo nè imponderabile abuso della deroga prevista dal disegno di legge, per la loro mentalità di sperimentatori, e per l'onestà morale che li contraddistingue. Sono

certo pertanto che essi continueranno in questa via di perfezionamento del trapianto del rene, valutandone con serena, obiettiva attenzione i dati che si otterranno sia col trapianto del rene da vivo, sia con quello del rene da cadavere.

Sono certo che, se i risultati delle due forme di trapianto saranno presumibilmente vicini, la scelta del trapianto, in un futuro non molto lontano, potrà magari essere nella maggior parte dei casi quella di rene da cadavere, mentre sarà lasciato ai pochi casi, che i dati sperimentali considereranno più appropriati, il trapianto del rene da vivente.

Ma anche se domani dovesse prevalere il metodo di trapianto col rene da cadavere, l'approvazione del presente disegno di legge è necessaria ed urgente al momento attuale, sia per soddisfare l'ansiosa attesa di molti pazienti che intendono assicurare la continuazione della loro esistenza con la nuova terapia sostitutiva, sia perchè è doveroso da parte nostra contribuire, nel campo scientifico internazionale, alla soluzione di questo problema così importante e innovativo nella sua pienezza e con spirito di larga intraprendenza e liberalità.

Se ciò non facessimo, onorevoli colleghi, non soltanto tradiremmo tante aspettative, ma costringeremmo anche la nostra coscienza a tacere.

A coloro, poi, che asseriscono che, senza ricorrere al trapianto del rene, si può benissimo curare l'uremia con la terapia di svelenamento periodico a mezzo del rene artificiale, cioè con la dialisi extracorporea e, nei casi meno gravi, con la dialisi intraperitoneale (e fra questi assertori vi sono valorosissimi clinici), vorrei obiettivamente rispondere che: 1) oltre alle sofferenze non lievi a cui deve sottoporsi, a tempo indeterminato e periodicamente, il paziente, si tratta di una terapia che dà risultati relativamente attendibili e realizzabili; 2) che tale terapia è efficace per un periodo di tempo non molto lungo (pare che difficilmente si riesca a superare il secondo anno di trattamento). Inoltre, anche se si riesce a far sopravvivere il paziente con tale terapia, non gli si dà la possibilità di accudire con normale attività al proprio lavoro.

Non si deve poi dimenticare che la pratica della dialisi extracorporea comporta anche i suoi pericoli, dovuti alla mancata o non perfetta funzionalità del rene artificiale, e che il costo di questa terapia è abbastanza rilevante, mentre gli istituti attrezzati allo scopo sono, relativamente al numero degli infermi abbisognevole, molto pochi, e quindi molti ammalati resterebbero fuori dalla sequenza terapeutica necessaria.

L'uso del rene artificiale, pertanto, è utilissimo, a mio parere, nel periodo preparatorio dell'infermo al trapianto e nei casi di uremia acuta, mentre il trapianto rimane la terapia di elezione in quanto ridona all'infermo la possibilità del suo perfetto equilibrio umorale fisiologico, e lo restituisce alla società in perfetta attività fisica e quindi lavorativa.

Per i motivi che ho avuto la possibilità di esporre, onorevoli colleghi, mi permetto di concludere rivolgendomi alla vostra intelligente comprensione per chiedere il voto favorevole all'approvazione del disegno di legge, estendendo a tutti la possibilità di donare il proprio rene e respingendo la richiesta limitativa proposta dal relatore ed approvata dalla maggioranza dell'11<sup>a</sup> Commissione. E comunque dichiaro che, nel caso di rigetto della mia richiesta da parte vostra, sarò senz'altro lieto di approvare il disegno di legge in discussione nel testo proposto dalla Commissione, sicuro come sono che presto ritorneremo sull'argomento per estendere la possibilità di scelta del rene a tutti coloro che vorranno prestarsi a tale donazione, senza limitarla ai soli consanguinei. (*Applausi dal centro*).

P R E S I D E N T E . È iscritto a parlare il senatore D'Errico. Ne ha facoltà.

D ' E R R I C O . Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, il disegno di legge n. 1321 che noi stiamo discutendo ha una grandissima importanza, perchè ad esso sono legati, sia lo sviluppo e il progresso di un importante settore della medicina e della chirurgia, intese come scienza e come applicazione pratica, sia il destino di quelle migliaia di vite umane che ogni

anno si perdono in Italia per insufficienza renale irreversibile.

Iniziando il mio discorso sento il bisogno di complimentarmi con il relatore, senatore Samek Lodovici, per la sua coscienziosa fatica, che ci ha consentito di avere a disposizione per il dibattito una relazione pregevolissima per impostazione dottrina, per validità scientifica e per equilibrio tra le varie parti, e nobile per il modo come sono stati affrontati gli aspetti etici del problema. Soprattutto il collega Samek Lodovici merita la nostra riconoscenza perchè, alla luce dei pareri espressi, sia dai colleghi dell'11<sup>a</sup> Commissione, sia dal Consiglio superiore di sanità, egli, in origine contrario, ha poi accettato il principio del trapianto del rene da vivente, anche se limitatamente ai consanguinei.

Il trapianto del rene tra persone viventi solleva gravi problemi di ordine giuridico, di ordine tecnico-scientifico e di ordine morale. Tutti questi problemi sono stati trattati ampiamente dal relatore; io mi limiterò ad accennare solo ad alcuni aspetti di essi.

Per quel che si riferisce agli aspetti giuridici, come è ben noto, l'articolo 5 del codice civile sancisce: « Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica o quanto meno siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico e al buon costume ». Lasciando da parte quello che è contrario all'ordine pubblico e al buon costume, io tratterò soltanto delle conseguenze che da un atto di donazione di una parte del proprio corpo possono derivare all'integrità fisica del donatore.

A tale riguardo va subito detto che bisogna distinguere i trapianti di tessuto da quelli di organo. I trapianti di tessuto si fanno ormai da lungo tempo nel pieno rispetto della legge, perchè la donazione di tessuti non comporta quella diminuzione permanente dell'integrità fisica, di cui trattasi nel citato articolo 5 del codice civile. Trapianti di tessuto sono, per esempio, le trasfusioni di sangue, che tanta importanza hanno avuto per l'affermarsi della chirurgia e per la moderna terapia di numerose forme morbose di ordine più strettamente medico

internistico. A tale proposito, però, forse non è male ricordare che le trasfusioni di sangue alcuni decenni fa, quando venivano ancora effettuate empiricamente, davano luogo ad incidenti anche molto gravi e che ci sono voluti studi di emato-immunologia molto approfonditi, con individuazione dei gruppi sanguigni, dei numerosissimi sottogruppi, del fattore RH e via dicendo, per giungere all'attuale situazione di sicurezza, per altro non ancora assoluta, perchè anche oggi si verificano degli incidenti. Alcuni anni fa in un grosso ospedale di Napoli si sono avuti due incidenti mortali, con seguito letale.

Altri trapianti di tessuto sono quelli di cute, divenuti utilissimi per il trattamento delle scottature: abbiamo letto recentemente, con grande piacere, che in Italia, a Torino, in analogia con quanto si è già fatto in America e in alcuni Paesi europei, è sorta la benemerita associazione di donatori di cute, del tutto corrispondente alle numerose associazioni di donatori di sangue. Dirò che questi donatori di cute si tengono a disposizione per i casi di scottature estese ad almeno una metà della superficie corporea, ed anche più, perchè in tali casi, per prevenire il collasso e quindi la morte, in rapporto al trauma immediato, si coprono le superfici cruentate, scottate, con innesti di cute immediati, i quali innesti, però, hanno funzione soltanto temporanea, rimandando ad altro tempo il trapianto definitivo, per quei tratti di cute privata dell'epitelio, che non dovessero guarire con le risorse dell'organismo, della natura.

Diverso è il caso del trapianto di organi, che è molto più difficile, sia per la tecnica chirurgica in sè, sia, soprattutto, per un complesso di problemi di ordine immunobiologico.

I primi trapianti di organo sono stati attuati, dapprima sperimentalmente, poi anche sull'uomo, per le ghiandole a secrezione interna: tiroide, paratiroide, surreni, testicoli. La pratica di tali trapianti, abbastanza diffusa nei decenni a cavaliere del nostro secolo, è poi caduta pressochè completamente in disuso per i prodigiosi sviluppi conseguiti nel campo della chimica biologica, del-

la fisico-chimica e della farmacologia. Oggi infatti è possibile curare con gli ormoni di preparazione sintetica o estrattiva quelle insufficienze ormoniche, che prima si curavano, con risultati peraltro modesti e transitori, mediante trapianti delle corrispondenti ghiandole a secrezione interna.

A proposito di trapianti di organi ghiandolari, vale la pena di ricordare un famoso processo che si dibattè a Napoli intorno al 1930. In quel periodo giunse a Napoli dall'America un emigrante, tal La Pegna, il quale, essendo afflitto da *impotentia coeundi et generandi*, chiese ad un suo congiunto medico di essere alleviato dalla sua menomazione. Erano i tempi in cui si facevano questi trapianti, in cui Voronoff era in grande auge.

Il congiunto pensò di fare eseguire un trapianto testicolare, e tanto cercò che finì col trovare un giovane donatore volontario; questi cedette un suo testicolo in cambio, pare, della somma di lire 10 mila. Il trapianto fu eseguito a regola d'arte, con due squadre operatorie, una per il prelievo e l'altra per l'innesto.

Va detto, per inciso, che il risultato conseguito fu definito ottimo sia dai medici sia, quel che più conta, dall'operato.

Intanto, essendo venuto il fatto a conoscenza della Procura del Re, furono denunciati i medici che avevano effettuato il trapianto, il donatore volontario ed il ricevente. Seguì un processo clamoroso, che riempì per mesi e mesi la cronaca dell'epoca; a difendere l'imputato fu invitato, tra gli altri, l'avvocato Giovanni Porzio, principe del foro napoletano e parlamentare insigne. Questi nella sua arringa fece, tra l'altro, diverse affermazioni di notevole interesse, ed io leggerò brani piuttosto estesi di questa arringa perchè mi sembrano molto pertinenti alla materia che stiamo trattando.

« Voler porre vincoli alla ricerca scientifica — diceva Porzio — voler imprigionare il fervore dello sperimentatore che studia, che saggia, che tenta, perchè la speculazione dello scienziato realizzi un vantaggio umano, un beneficio concreto, un'opera di salute e di bene, è quanto di più assurdo si possa concepire; e sarebbe, oltretutto, la più anti-giuridica delle pretese.

Qui si è perduto di vista quello che è il centro del nostro dibattito e, sperdendoci entro le parole, non sempre fedelmente ricordate, di questo o di quel testo, di questa o di quella relazione del codice, si sono dimenticate le profonde ed ideali ragioni animatrici di ogni progresso scientifico. Ma tutta la storia della scienza è una lotta senza tregua per strappare qualche lembo all'enorme mistero che ci avvolge e perchè un guizzo di luce ci rischiarì nell'arduo cammino. E la storia della medicina ne è un documento solenne.

Una lotta perenne — è sempre Porzio che parla — un succedersi di ricerche, di tentativi, di esperienze e di disinganni, di sconfitte, poi di conquiste e di vittorie. Ciò che fu tentato infruttuosamente ieri oggi pare che dia risultati favorevoli, e si ritorna all'esame abbandonato, si rielabora la teoria, si rinnova l'esperienza; quello che oggi si rivela caduco, erroneo, ci sospinge a riprendere l'indagine, a frugare nel passato, tra le ceneri secolari, per trovarvi una favilla non spenta, per riaccendere così l'esame sotto i nuovi punti di vista e tentare più geniali applicazioni. Una vicenda inesauribile d'interferenze, di ricorsi, di ritorni, una lotta disperata ed un esperimento abbandonato ed irriso, un'ipotesi balenata come prodigiosa intuizione ridanno la speranza di espugnare l'inespugnabile, di combattere la malattia, la morte. Vicenda veramente drammatica in cui le *dramatis personae* sono l'uomo ed il suo dolore; questa nostra misera veste di carne e l'incoercibile istinto della vita che terribilmente ci tiene.

Tutto ciò che noi andiamo discutendo in questa causa, signori, è pur antico quanto l'umanità. Non era, forse, il sangue, per gli antichi ebrei, il liquido vitale, onde le sue impurità determinavano i gravi morbi e la morte, quando non addensavano fosche ombre nella mente degli uomini? E di qui i salassi copiosi; e di qui, poscia, la trasfusione del sangue vivo per rianimare organismi esausti. Avrete, Procuratore del Re, avrete sicuramente ascoltato a teatro il vecchio dramma del vecchio Re Luigi XI, e ricorderete come questo sovrano, carico di rimorsi e di affanni, disperatamente invocasse

da quel monaco venerato dal popolo, e nel quale Casimiro De La Vigne adombra Francesco di Paola, una preghiera che gli ottenesse la grazia di vivere oltre cent'anni. Ebbene, in realtà, questo torbido sovrano di Francia, la cui crudeltà fu pari alla disperazione onde si avvinghiava alla corona e alla vita, beveva sangue di fanciulli per ringiovanire le forze che gli venivano meno. E, a Roma, un decreto proibiva la trasfusione del sangue, perchè l'embolo di cui morì Innocenzo X fu dovuto alla rozza manovra con la quale si effettuava, allora, la trasfusione che oggi, meravigliosamente perfezionata, si pratica, senza paura di processi penali ». E, alla fine della sua orazione, l'onorevole Porzio conclude: « Ed io, con nel cuore tutto codesto tumulto di pensieri, che la causa mi suscitava dentro, sono stato, oggi, attraversato come da una speranza pazzza. Ho incontrato per via una povera donna, che conduceva al suo braccio un giovane aitante, robusto, ma con gli occhi distrutti: un cieco di guerra. Ah! quella madre come se li sarebbe cavati tutt'e due gli occhi per riaccendere lo sguardo, la vista, negli occhi spenti di quel suo eroico figliuolo. Che peccato, dottori, che non si riesca ancora ad ottenere, fra tanti, quest'altro prodigioso trapianto. Ma speriamo, speriamo. Andate innanzi, avanti, malgrado gli errori di qualche giudice, i tentativi accusatori del Pubblico Ministero; avanti, perchè nelle leggi, eternamente vive ed invariabili della scienza e del diritto, palpitano le più grandiose speranze umane ».

Quella causa si concluse con la sentenza di assoluzione del tribunale di Napoli, sentenza che fu poi sostanzialmente confermata dalla Corte d'appello di Napoli e dalla Corte di cassazione.

La sentenza della Corte d'appello di Napoli recitava quanto segue: « Può validamente disporsi del proprio corpo per l'utilità altrui, quando la menomazione derivante alla propria integrità personale non impedisce di adempiere alle funzioni spettanti all'individuo nell'economia della vita. L'asportazione di una glandola sessuale e l'innesto di essa ad altri può validamente consentirsi, perchè l'asportazione stessa, pur cagionando

l'indebolimento permanente dell'organo genitale, non impedisce all'individuo il compimento dei doveri politici, giuridici, naturali e morali. In ogni modo i medici che hanno proceduto all'operazione non sono responsabili per mancanza di dolo ».

Mi sono dilungato sul processo di Napoli per i riferimenti e l'affinità con il problema della nostra discussione e per leggermi le parole illuminate ed in un certo senso divinatorie del compianto Giovanni Porzio. In realtà a me pare che l'aspirazione ambiziosa della moderna medicina, il suo traguardo, speriamo vicino, è nel trapianto di organi. A tal proposito, vi prego, onorevoli colleghi, di voler considerare con me i fatti seguenti.

Attualmente è raro morire di consunzione, di usura, o, se più vi piace, di invecchiamento per naturale logorio *ex usu* di tutti gli organi ed apparati. Quasi sempre si muore perchè un organo di importanza vitale si ammala irreparabilmente fino alla cessazione delle sue funzioni, trascinando nella morte l'intero organismo. Ciò avviene più spesso per l'insufficienza irreversibile del cuore, o del fegato, o dei polmoni, o dei reni.

La medicina e la chirurgia combattono la malattia dell'organo colpito spesso, fortunatamente, con successo; ma quando l'organo è colpito irreversibilmente si verifica l'*exitus*, e ciò malgrado le buone condizioni anatomiche e funzionali degli altri organi. In altre parole si muore portando nella tomba numerosi organi ancora validi. Da questa constatazione debbono ricavarci due conseguenze: a) se sostituiamo l'organo condannato con il trapianto di un uguale organo prelevato da altro individuo, la vita in pericolo può essere salvata, consentendo allo operato di vivere anche molto a lungo; b) se all'individuo morto per malattia di un solo organo subito dopo la morte preleviamo gli altri organi sani, con essi possiamo salvare altre vite umane, trapiantandoli là dove saranno necessari. Ecco l'utilità dell'istituzione di banche di organi. Oggi esistono già banche di sangue, di ossa, eccetera. Sono certo che in avvenire, quando saranno ulteriormente progredite le nostre attuali conoscenze sul prelievo e la conservazione dei tessuti e degli organi, noi potremo avere

banche per ciascun organo. Sono in ciò l'avvenire della medicina e la speranza del genere umano di vincere definitivamente le malattie che ci insidiano, onde raggiungere quella durata di vita, che secondo gli studi di scienziati seri, tra cui ricordo il professor Dogliotti recentemente scomparso, dovrebbe raggiungere i 135 anni.

B O N A D I E S . Centoventi.

D ' E R R I C O . Dogliotti diceva 135. Comunque il traguardo della morte dovrebbe essere molto più lontano di quello attuale. Attualmente in Italia la durata media della vita è inferiore ai 70 anni, in Paesi più progrediti del nostro si avvicina ai 73 anni, ma siamo comunque ben lontani anche dai 120 anni.

Visto alla luce di queste prospettive, forse avveniristiche ma certamente non da fantascienza, il trapianto del rene tra i viventi rappresenta soltanto una delle prime tappe, così come gli attuali voli spaziali sono tappe per la conquista della luna e dell'universo. L'intelligenza umana può osare tutto e gli sviluppi della scienza e della tecnica di questi ultimi decenni fanno aprire il cuore alla speranza di conquiste sempre più grandi e strabilianti.

Attualmente per il trapianto del rene vi sono difficoltà di due ordini, di ordine tecnico e di ordine immuno-biologico. Le difficoltà di ordine tecnico, soprattutto per quanto riguarda le suture accurate delle arterie e delle vene, come ha affermato recentemente al simposio di Fiuggi il professor Valdani, possono considerarsi superate. Non che la tecnica del trapianto renale sia cosa facile o semplice, ma trattasi di intervento che, se eseguito in centri altamente specializzati, si compie ormai rutinariamente e con risultati del tutto soddisfacenti. Venendo qui io leggevo un lavoro comparso nel mese di settembre su « Surgery Gynecology and Obstetrics » in cui si parla di 109 trapianti renali eseguiti in una sola istituzione chirurgica americana, quella dell'ospedale di Cincinnati nell'Ohio, in tre anni. Tra i pionieri di questa chirurgia va ricordato — è doveroso mi pare — uno scien-



ziato insigne, Alexis Carrel, premio Nobel per la medicina e autore del famosissimo "*L'homme cet inconnu*", che eseguì su cani i primi trapianti di rene oltre 60 anni fa. D'altronde, a costo di apparire immodesto, ma unicamente per darvi una dimostrazione della relativa facilità delle manovre tecniche, vi dirò che trapianti del rene nel cane sono stati eseguiti anche da me, con buoni risultati, una ventina di anni fa.

Maggiori, indubbiamente, sono le difficoltà di ordine immuno-biologico, che si oppongono all'attecchimento e al duraturo funzionamento dell'organo trapiantato. Ciascun organismo umano, infatti, è un'entità biologica a sè stante, che non tollera presenza di organi estranei, anche se prelevati da stretti consanguinei. L'attecchimento avviene molto più facilmente per trapianti isoplastici, cioè tra gemelli omo o monozigoti, per il fatto che in tal caso trattasi di due individui originati da una sola cellula e, come tali, identici tra loro. Onde prevenire le reazioni biologiche, che portano fatalmente al rigetto dell'innesto da parte dell'ospite, in questi ultimi anni si stanno conducendo in tutti i Paesi ricerche ad altissimo livello, i cui risultati cominciano ad essere davvero confortanti. Dopo i primi tentativi con la panirradiazione (radiazione di tutto l'organismo dell'ospite, che dovrà ricevere l'innesto), attualmente si preferisce somministrare al ricevente sostanze antimitotiche, con le quali si consegue la soppressione degli anticorpi, che diversamente verrebbero prodotti dagli antigeni T dell'organo trapiantato.

Il lato negativo dell'immuno-soppressione degli anticorpi è rappresentato dal pericolo dell'aplasia midollare e delle malattie infettive, in conseguenza della grave caduta dei poteri di difesa immunitaria.

La domanda che ci si deve porre a questo punto è la seguente: la sperimentazione già effettuata sull'animale consente di passare all'applicazione sull'uomo? La risposta, a mio avviso, deve essere affermativa. Sono centinaia, ormai, in tutto il mondo le persone che vivono grazie al trapianto di un rene. Il collega Samek ha riferito nella sua relazione i dati statistici relativi al trapianto del rene da consanguinei, da non consan-

guinei e da cadavere. Da una di tali statistiche, riportata nella relazione da una pubblicazione dello Stefanini — e qui richiamo l'attenzione del collega Samek per quello che egli ha scritto nella relazione — risulta che la percentuale di attecchimento sarebbe massima nei trapianti tra viventi consanguinei, 65 per cento, media nei trapianti da cadavere, 44 per cento, e minima nei trapianti fra viventi non consanguinei, 30 per cento. È evidente l'inspiegabile differenza nella percentuale di attecchimento tra il trapianto da cadavere e quello da viventi non consanguinei. Non vi è alcuna ragione, infatti, per spiegare la maggiore facilità di attecchimento di un rene preso dal cadavere, che certamente non era consanguineo del ricevente, rispetto al trapianto di rene dal vivente non consanguineo. È invece lapalissiano che, a parità di non consanguineità, il rene prelevato dal soggetto vivente debba essere almeno altrettanto buono (ma oggi viene ancora considerato migliore, come ho letto nel citato articolo di Straffon), agli effetti dell'attecchimento, del rene cadaverico, anche se prelevato subito dopo la morte. Evidentemente, quando si fanno statistiche raccogliendo casi operati da differenti gruppi di operatori, i risultati percentuali riassuntivi vengono falsati da fattori differenti: età, condizioni generali dei pazienti che hanno subito il trapianto, tecnica operatoria, trattamento postoperatorio, eccetera. Anche la differenza tra i risultati conseguiti nei trapianti da consanguinei e da non consanguinei, che secondo la maggior parte delle statistiche esistenti sarebbe a favore dei trapianti tra consanguinei, è destinata a scomparire. Infatti, in una recente statistica, citata anche nella relazione Samek, risulta che in 32 trapianti eseguiti con i più moderni metodi biologici per la determinazione della istocompatibilità, mediante la ricerca degli antigeni leucocitari, si sono ottenuti, ad un anno di distanza dal trapianto, sopravvivenze di circa il 55 per cento, sia nei trapianti tra consanguinei, sia nei trapianti tra non consanguinei...

S A M E K L O D O V I C I, *relatore*.  
È esatto.

D'ERRICO . . . il che è ovvio, se si riflette che la istocompatibilità non è legata alla consanguineità. (*Cenni di assenso dello onorevole relatore*). È ben noto, d'altronde, che i consanguinei non hanno necessariamente lo stesso gruppo sanguigno. Non vi è dubbio ormai, a mio giudizio, che l'avvenire dei trapianti di organi deve essere legato allo studio della compatibilità tissutale, da ricercare sempre, in tutti i casi, indipendentemente dalla condizione di consanguineità tra donatore e ricevente. Analogamente, la trasfusione di sangue oggi si effettua tra gli appartenenti allo stesso gruppo sanguigno, prescindendo dalla consanguineità. È augurabile che il progresso scientifico consenta, un giorno, di classificare i singoli individui, come si fa adesso per il gruppo sanguigno, in rapporto alla loro compatibilità tissutale, con tecniche molto semplici, analoghe a quelle per la ricerca del gruppo sanguigno, tanto da potersi effettuare sistematicamente, al di fuori della necessità più o meno urgente, di un trapianto di organo. E credo che a questo si arriverà un giorno più o meno vicino, o più o meno lontano. Ognuno di noi saprà quale compatibilità tissutale ha per eventuali trapianti, sia che debba considerarsi la cosa agli effetti della donazione, sia che debba considerarsi agli effetti del ricevimento di un organo da trapiantare. È certo che la pratica del trapianto renale, così come si va effettuando dal vivente e dal cadavere in tutti i Paesi più progrediti, stimolerà ulteriormente la ricerca, soprattutto nel campo immunobiologico, sicché quelle conquiste, cui dianzi ho accennato e che attualmente potrebbero apparire avveniristiche o addirittura di fantascienza, potranno conseguirsi sollecitamente.

Vi dirò, per inciso, che si stanno facendo esperimenti, anche sull'uomo, di trapianti del fegato, di trapianti di polmone: non così per il cuore, dal momento che tale tecnica viene usata solo sugli animali da esperimento. Infatti, quei trapianti, dei quali ha parlato la stampa negli ultimi mesi, si riferiscono non a trapianti di organi, ma di macchine di aspirazione e di pressione del sangue, sussidiarie dell'attività di un cuore, che rimane in sito. A tal fine l'applicazione del

trapianto nell'uomo rappresenta un incentivo, uno stimolo che non può essere sostituito dall'esperimento sull'animale. L'Italia, a causa di una lacuna o di un'insufficienza legislativa, non può rimanere indietro in questa gara di ricerca e di progresso. La nobilissima tradizione della medicina italiana non consente di segnare il passo nel fascinoso campo dei trapianti di organo.

Finora abbiamo considerato gli aspetti giuridici e quelli tecnico-scientifici del trapianto di organo. Resta ora da accennare agli aspetti etici. Sotto l'aspetto etico va considerato sia il donatore, per i casi in cui il trapianto viene effettuato dal vivente, sia il ricevente, agli effetti della probabilità di riuscita e della necessità del trapianto. La legge, è ovvio, viene fatta per proteggere i potenziali donatori dai pericoli inerenti al commercio di organi ed all'inadeguatezza delle condizioni essenziali alla donazione del rene da trapiantare. Il potenziale donatore deve essere sottoposto ad accertamenti vari e complessi, prima di stabilire la sua idoneità alla donazione: una volta stabilita la possibilità di essa, il rischio operatorio immediato del prelievo del rene è, allo stato attuale delle cose, soltanto intorno allo 0,05 per cento. Si tratta di cifre rilevate dall'Hamburger, che il relatore certamente conosce. Quindi, ripeto, il rischio immediato, inerente all'intervento chirurgico che consiste nel prelievo dell'organo per il trapianto, è dello 0,05 per cento.

Rischio lontano. A tal riguardo si sa che la vita e la capacità lavorativa sono, con un solo rene, perfettamente normali. È noto, d'altronde, che le varie affezioni renali non sono, quando si stabiliscono su un rene unico, nè più frequenti nè più gravi di quando colpiscono i due reni. Lo stesso dicasi per la sclerosi senile: non è nè più grave nè più frequente su un rene solo, di quanto non sia su due reni. Vi dirò di più: quando vi sono due reni in un organismo e uno di questi due, per una condizione di anomalia arteriosa, va incontro ad una sclerosi, per cui si ha ipertensione, la situazione migliora eseguendo la nefrectomia. Questo ai colleghi medici di questa Assemblea è noto. D'altronde, i tumori renali hanno una frequenza

(perchè altre malattie che oscurano un po' il destino lontano di questi donatori sono i tumori ed i traumi) intorno allo 0,07 per cento, non di più, ed i gravi traumi sul rene unico rappresentano vere rarità.

Tutto ciò sta a dimostrare la lievità del rischio per il donatore, lievità che non può non essere tenuta presente dal legislatore che si accinga ad innovare uno dei cardini del nostro diritto positivo, come quello contemplato dall'articolo 5 del nostro codice civile.

Per quello che si riferisce al ricevente, due condizioni si richiedono: l'assoluta necessità del trapianto e la buona probabilità di riuscita di esso. Per la necessità va detto che il trapianto di rene, comportando anco-

ra rischi notevoli immediati e a distanza dall'intervento chirurgico, va eseguito quando non esistono più altre possibilità terapeutiche; quindi è *extrema ratio*. In particolare deve essere stata praticata, fino ad esaurimento delle sue possibilità, la dialisi extracorporea periodica, la quale, purchè congruamente applicata, dà risultati soddisfacenti anche prolungati nel tempo. L'emodialisi deve essere eseguita sempre, senza ovviamente tener conto del costo non indifferente di essa.

Per quello che si riferisce alla probabilità di riuscita del trapianto, va detto che la valutazione di essa va fatta caso per caso, tenendo conto dell'età, delle condizioni generali e degli altri organi principali, e così via.

## Presidenza del Vice Presidente MACAGGI

(Segue D'ERRICO). Attualmente i successi immediati e a distanza del trapianto renale, sia dal cadavere, sia dal vivente, sono tanto soddisfacenti che, anche sul piano strettamente etico, il trapianto va accettato incondizionatamente, senza dire che i progressi continui in questo campo fanno prevedere che i risultati, già accettabili oggi, sono destinati a migliorare sempre più.

Dalla esposizione fatta risulta bene evidente la liceità del trapianto del rene, sia dal cadavere, sia dal vivente. Risulta, altresì, che è nostra viva speranza che, in un avvenire non molto lontano, i trapianti di organo possano farsi tutti mediante prelievo dal cadavere. Infatti, con il perfezionamento dello studio della istocompatibilità fatto in vita su masse di popolazioni e con il miglioramento delle tecniche di prelievo e di conservazione degli organi, è sperabile che si perverrà alla costituzione di banche per i singoli organi.

Allo stato attuale delle cose, però, il prelievo dal vivente è più agevole ed il trapianto ha, nel complesso, maggiori proba-

bilità di successo. Non è senza significato che i trapianti di rene eseguiti finora in Italia dal cadavere e dallo scimpanzè si contano sulle dita di una sola mano, e ciò malgrado che esistano da noi già parecchi gruppi di ricercatori e centri specializzati i quali, ne sono certo, quando la presente legge sarà varata, moltiplicheranno le loro esperienze.

Quindi, necessità di approvare la legge e di approvarla subito. Io sono favorevole ad essa, senza riserve, convinto come sono che con essa daremo impulso alla ricerca scientifica e speranza di salvezza a numerosi malati, diversamente condannati. E sono favorevole al trapianto dal vivente senza limitazione ai consanguinei, così come vorrebbe il testo emendato dalla Commissione.

Nel corso dei lavori della Commissione io mi espressi decisamente contro tale emendamento limitativo. Oggi sono ancora più convinto di ieri che commetteremmo un grave errore se approvassimo una legge che limitasse il trapianto renale dal vivente solo tra consanguinei; errore sul piano scientifico e sul piano etico. Sul piano scientifi-

co perchè, come ho dimostrato, il successo del trapianto dipende dalla compatibilità tissulare e non dalla consanguineità, anche se è vero che tra consanguinei la istocompatibilità è più frequente che non tra estranei. Gli studiosi che preparano il trapianto eseguono le loro indagini immunobiologiche, mediante la ricerca degli antigeni leucocitari, su qualsiasi donatore potenziale, consanguineo o no, e danno poi il loro consenso al trapianto in base al risultato di dette ricerche.

Errore anche sul piano etico, senatore Sammek Lodovici, e mi sforzerò di dimostrarglielo. Tra i motivi da lei addotti per la limitazione ai consanguinei vi è « la certezza morale dell'assenza di motivi di lucro ». Ora io le chiedo se crede veramente che i consanguinei siano tutti necessariamente disinteressati, mentre i non consanguinei, anche se congiunti, per esempio, dal sacro vincolo del matrimonio, siano necessariamente interessati. O non è forse vero che, vivaddio, la generosità e l'altruismo fino al sacrificio e la bellezza del donare con gioia, anche una parte di se stessi, esistono ancora a questo mondo, al di fuori del vincolo del sangue? La cronaca, oltre che la storia, è piena di episodi sublimi di sacrifici, anche supremi, affrontati esclusivamente per amore di prossimo, con assoluto disinteresse, a favore di amici, di conoscenti ed anche di sconosciuti. Perchè dobbiamo noi, per legge, limitare lo slancio generoso ed altruistico, che può portare al dono di un proprio organo in favore di un nostro simile, all'insegna della più pura fratellanza umana e della più nobile solidarietà? E proprio noi, in Italia, nel Paese, cioè, in cui i valori umani e di solidarietà verso chi soffre sono più sentiti che altrove, dovremmo varare una legge limitativa, che suonerebbe offesa alle tradizioni nobilissime di questa terra generosa di santi, di martiri e di benefattori e che sarebbe un'evidente smentita rispetto alle legislazioni che negli altri Paesi regolano la stessa materia?

Nè vale il richiamo del relatore « alla gradualità ed alla cautela » perchè, con la lentezza con la quale si legifera da noi, una nuova legge correttiva della limitazione at-

tuale potrebbe arrivare con grave, imperdonabile ritardo. E come non accennare allo stato di vera e propria angoscia dei poveri consanguinei, che possono essere anche molto pochi o uno soltanto, quando vengono a sapere che la vita del loro congiunto dipende esclusivamente dalla loro donazione che, per questo stesso fatto, diventerebbe un atto quasi coercitivo? E perchè non considerare il caso del nefropaziente che non ha consanguinei, o che non ha, tra i propri consanguinei, il donatore potenziale, per mancanza di istocompatibilità o delle altre condizioni richieste per la donazione? È mai concepibile che noi si debba varare una legge che impedisca al marito di tentare di salvare la moglie, e viceversa? Ma non abbiamo forse noi, sotto gli occhi, l'esempio di infiniti casi di amore coniugale, che supera quello per tutti gli altri congiunti consanguinei? Non leggiamo forse, tutti i giorni, sui giornali il caso pietoso di un marito o di una moglie, che non sono sopravvissuti alla morte della compagna, o del compagno, della loro vita?

A tal riguardo ho un'esperienza di medico che merita di essere ricordata qui. Quando, nel mio studio, si presenta una coppia di coniugi, per malattia dell'uno o dell'altra, le premure, l'affetto e la preoccupazione della diagnosi, che traspaiono dalle singole parole e da ogni gesto, mi fanno riconoscere facilmente se la coppia è con figli o senza. Infatti, di fronte ad una malattia grave la desolazione e lo sconforto sono sempre più gravi nei coniugi che non hanno figliuoli. E vogliamo noi impedire, in casi del genere, la donazione di un rene? Sono certo che in simili condizioni i coniugi senza figli o altri congiunti venderebbero tutto, pur di procurarsi i mezzi per poter ottenere all'estero quell'intervento chirurgico che in Italia non sarebbe loro consentito da una legge ingiusta. Ingiusta e forse anche anticostituzionale, perchè anticostituzionale sarebbe una legge, che non mettesse tutti i cittadini nelle stesse condizioni di fronte alla legge stessa. Io spero che i colleghi senatori si convinceranno delle ragioni che ho addotto e vorranno approvare l'artico-

lo 1 del testo del Governo e non quello proposto dalla Commissione.

Nei lavori della Commissione mi sono prodigato, insieme con gli altri colleghi, per una maggiore semplicità e speditezza nelle pratiche più strettamente burocratiche, che si riferiscono all'autorizzazione da parte del Ministro della sanità per l'istituzione dei centri attrezzati per il trapianto e per l'autorizzazione ad eseguire il trapianto stesso nei singoli casi. Questa semplificazione porterà al risultato di investire di maggiore responsabilità i sanitari dei centri specializzati per il trapianto, liberandoli, al tempo stesso, dalla mortificazione di vedere sottoposta la loro indicazione al vaglio e al controllo di una Commissione, quale è quella prevista dal secondo comma dell'articolo 3 del testo governativo. Lo scopo di una tale semplificazione è quello di snellire i lavori preparatori del trapianto e di dare piena fiducia ai sanitari che si accingono ad eseguire il trapianto stesso. I medici di detti centri debbono meritare tutta la fiducia, per il rispetto che si deve alla serietà dei loro studi e alla loro preparazione, e per l'altissima responsabilità che si richiede nel porre le indicazioni al trapianto e nell'esecuzione tecnica di esso. Ciò, d'altronde, vale per il trapianto del rene come per tutti gli altri interventi di alta e altissima chirurgia, i quali, pur comportando notevoli rischi intraoperatori e postoperatori, vengono eseguiti per decisione responsabile, quanto esclusiva, del chirurgo e dei suoi collaboratori, previa autorizzazione, s'intende, dei congiunti, e possibilmente dello stesso malato, resi edotti della entità e dei rischi dell'intervento da eseguire.

Non è assolutamente possibile regolare con leggi e regolamenti l'operato del medico in genere e del chirurgo in ispecie. Il legislatore deve limitarsi a tracciare il binario sul quale la professione medica deve andare; il resto, le decisioni, da prendere caso per caso, piccole o grandi che siano, il medico deve prenderle facendo appello alla sua responsabilità, ricordando la deontologia professionale e, soprattutto, interrogando la propria coscienza.

Oggi, purtroppo, è diventato un vizzo quello di parlar male dei medici, anche in

Parlamento. Non sono tanto fideista da ritenere che ogni medico sia uno stinco di santo. Ciò, d'altronde, vale per tutte le arti e professioni. In Italia vi sono 90 mila medici e so bene che non tutti sono degni di indossare il camice bianco; ma so anche che, accanto alle eccezioni negative, vi è la gran massa positiva di medici del tutto degni della tradizione e del giuramento ipocratici. Bisogna esser medici per sentire sublimarsi la solidarietà umana al letto del paziente, che soffre o che muore. Bisogna esser medici per sentire l'amore del prossimo spinto fino al sacrificio dei propri interessi, della propria salute e della propria famiglia. E se anche questo amor di prossimo del medico si confonde con l'amor proprio, di chi vuole, per prestigio personale, guarire il proprio malato, ben venga un simile amor proprio, che fondendosi con l'amor del prossimo porta al risultato che si desidera, che è quello di lenire le sofferenze, di ridare la salute o di salvare una vita umana. (*Applausi. Congratulazioni*).

**P R E S I D E N T E .** È iscritto a parlare il senatore Sellitti. Ne ha facoltà.

**S E L L I T T I .** Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, l'Assemblea quest'oggi è chiamata a decidere e a dare il suo voto favorevole su un disegno di legge d'iniziativa governativa che per aspetti umani, scientifici e giuridici è stato oggetto, in sede di Commissione, di un lungo e minuzioso dibattito che, con interventi ad alto livello scientifico, ha concluso i suoi lavori con la modifica parziale di tale disegno di legge, modifica che permetterà il superamento di ostacoli giuridici ostativi all'avanzare di una modernissima terapia chirurgica che in tutto il mondo ha in questi ultimi anni ottenuto notevoli progressi.

Il voto deliberativo che questa Assemblea si accinge a dare permetterà quindi la possibilità di sviluppo di tale chirurgia anche nel nostro Paese, che non può e non dovrà essere secondo a nessuno. Sono convinto che l'approvazione di tale disegno di legge, anche se limitativo, apre in prospettiva la possibilità di una ulteriore estensione del-

la tecnica chirurgica di trapianto di organi tra viventi. Si aprirà allora un vastissimo campo alla moderna chirurgia, facendo intravedere, nei decenni futuri, la realizzazione di conquiste di alta chirurgia che allo stato sembrano impossibili.

È noto ormai, nel campo medico e sociale, che una delle malattie croniche maggiormente lesive per l'umanità è l'uremia cronica da insufficienza renale che inesorabilmente, nello spazio di pochi anni, porta il paziente a morte sicura. Da una statistica certamente non completa, nel nostro Paese, ogni anno, tale malattia miete dalle 3 alle 4 mila vittime, con danno enorme sia dal punto di vista umanitario sia da quello sociale ed economico, perchè la maggioranza delle vittime è costituita da giovani.

Fino a 10 anni addietro il male non era superabile mediante l'intervento chirurgico, ma i tentativi terapeutici per far sopravvivere il paziente si limitavano ad interventi di natura medicamentosa, con scarsi risultati sia per quanto riguardava la *restitutio ad integrum* sia per quanto riguardava il solo miglioramento del paziente. Si è iniziata all'ora l'era del trapianto renale che da circa 10 anni ha dato in tutto il mondo esito parzialmente positivo, soprattutto quando si è trattato di trapiantare in un uremico cronico il rene di un consanguineo: padre, madre, sorella, fratello.

Purtroppo, tra i sopravvissuti a tale intervento di alta chirurgia, circa 200, nessuno di essi è italiano non perchè nel nostro Paese non vi siano chirurghi capaci di tanto, ma per ragioni di carattere giuridico, essendo vietato dall'articolo 5 del codice civile al cittadino di poter disporre di organi del proprio corpo.

In considerazione del fatto che le operazioni di trapianto renale cominciano ad avere risultati positivi e in considerazione che la sottrazione di un rene da un individuo sano non comporta danni gravi ed irversibili al donatore, potendosi ben vivere con un rene solo, perchè la funzione vicariante soddisfa tutte le esigenze fisiologiche dell'organismo, il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro di grazia e giustizia, ha presen-

tato alla discussione ed approvazione del Parlamento il disegno di legge n. 1321, che ha ottenuto in sede referente, dopo ampio e lungo dibattito, l'approvazione da parte dell'11<sup>a</sup> Commissione. Il relatore è stato il collega professor Samek Lodovici, al quale va il mio ringraziamento ed il mio plauso come parlamentare e come medico per avere, con un'ampia, accurata e dettagliata relazione, lumeggiato l'entità del problema sia dal lato giuridico che scientifico. Secondo tale disegno di legge l'autorizzazione al trapianto del rene tra persone viventi per salvare la vita in deroga al divieto sancito dall'articolo 5 del codice civile è consentita allorchè sia fatta da persone maggiorenni e purchè il trapianto sia eseguito con determinate modalità previste dalla legge.

L'atto di donazione deve essere reso dinanzi al Pretore del mandamento in cui risiede il donante o del luogo in cui ha sede l'istituto autorizzato al trapianto, essendo sufficiente a tale scopo una dichiarazione in carta semplice. Tale atto di donazione non potrà essere ricevuto dal paziente quando sia accertata la mancanza della libera determinazione e volontà del donante e quando il donante non sia consapevole dei rischi eventuali nei quali potrebbe incorrere sottoponendosi al trauma chirurgico per il trapianto dell'organo.

Il disegno di legge contempla tutte le garanzie necessarie sia per quanto attiene alla ricerca scientifica, sia per quanto attiene alle perfette condizioni fisiche ed immunobiologiche da parte del donante. È necessario altresì precisare che su tale disegno di legge si è pronunziato il Consiglio superiore di sanità che in data 14 maggio 1965 ha espresso autorevolmente parere favorevole.

Senza dilungarmi in citazioni scientifiche che ritengo non idonee in questo mio intervento di legislatore, mi limiterò alla casistica del professor Hamburger, che è stato uno dei pionieri del trapianto del rene tra viventi. Dalla sua statistica si rileva che sedici ammalati sono deceduti precocemente e trentasei hanno presentato una buona tolleranza al trapianto. Di questi

trentasei venticinque ammalati hanno superato i sei mesi dal momento del trapianto dell'organo. Gli ammalati viventi sono ventinove; il periodo di maggiore sopravvivenza è stato di due anni e mezzo essendo tuttora ottima la funzione del rene trapiantato. Da uno studio accurato della statistica riportata da vari chirurghi che hanno su larga scala sperimentato tale intervento, i risultati ottenuti sono tali da incoraggiare la ricerca in tal senso, tanto più se consideriamo che l'uremia cronica è una delle affezioni morbose che incidono in maniera sensibile sulla mortalità. Il numero dei trapianti renali eseguiti in Francia, Inghilterra e soprattutto negli Stati Uniti è in continuo aumento, tanto che attualmente si può affermare che in tutto il mondo oltre duecento persone sono viventi grazie ad un rene trapiantato. La chirurgia dei trapianti renali sta dunque per affermarsi come un vero e proprio trattamento terapeutico, cessando di essere un puro tentativo, del tutto sperimentale, come sino ad ora era considerato. Perchè nel nostro Paese non si è fatto nulla in questo settore? La risposta è nella nostra legislazione, che vieta ai cittadini la disposizione di organi del proprio corpo (articolo 5 del codice civile); il chirurgo che esegue l'intervento è passibile pertanto di procedimento giudiziario in sede penale e di condanna per avere arrecato lesioni personali gravi. Tale disposizione di legge mira alla salvaguardia dell'integrità fisica contro un eventuale mercato di parti del corpo umano. Il problema della menomazione funzionale cui va soggetto un donatore può essere facilmente determinato; si può concludere che la funzione renale di un donatore e quindi portatore di rene unico è tanto soddisfacente da non imporre particolari precauzioni. Fino ad oggi non si è mai verificato alcun accidente o complicazione a carico del donatore; ma è chiaro che in ogni caso la decisione chirurgica dovrà essere presa solo dopo accuratissime analisi cliniche e di laboratorio per accertare preventivamente eventuali minime imperfezioni della funzione renale. D'altra parte le probabilità di attecchimento di un rene prelevato da un cadavere sono

molto ridotte, perchè le lesioni dell'organo che conseguono all'agonia sono spesso irreversibili e anche perchè nel caso di morte improvvisa non è possibile sapere se l'organo che si trapianta è normale o lesionato. Il chirurgo che deve decidere di rimuovere il rene sano da un individuo vivente in perfette condizioni di salute deve assumersi una notevole parte di responsabilità nel prospettare, ad un eventuale possibile donatore, i rischi che comporta un intervento di nefrectomia e la possibilità di insuccesso dell'intervento del trapianto.

Alla luce delle esperienze sinora acquisite sembra che la differenza sia notevole, impiegando organi di donatori consanguinei rispetto ad organi di non consanguinei o di cadavere. Si può ritenere che l'attecchimento tra consanguinei abbia almeno il doppio di probabilità di successo. Tali considerazioni giustificano appieno l'approvazione del disegno di legge che permette il trapianto del rene tra viventi e tra consanguinei. Tali circostanze si verificano qualora si tratti di trapianto tra genitori e figli; spesso ci troviamo di fronte al dramma intimo familiare di una madre disposta, anche a costo della vita, ad offrire il proprio organo al figlio uremico per tentare l'ultima possibilità di ridargli per la seconda volta la vita.

Ritengo sia l'approvazione di tale disegno di legge un provvedimento altamente utile al miglioramento e al progredire della ricerca scientifica nonchè alla pratica chirurgica, ma soprattutto perchè si viene incontro alle innumerevoli richieste di ammalati destinati a morte sicura imploranti soccorso ai quali con animo lieto e fiducioso i consanguinei sono pronti a dare.

Come legislatore è con serenità che mi accingo a dare il voto favorevole perchè consapevole del minimo rischio che comporta tale intervento chirurgico a danno del donante. Il provvedimento, denso di contenuto umanitario ed etico-sociale, obbliga noi socialisti a dare il contributo al miglioramento della scienza chirurgica nel nostro Paese che, pur agli albori di tale tecnica, è degna di essere alla pari con le grandi scuole del mondo intero. Siamo infine favorevoli perchè la scienza messa a disposizione

dell'umanità potrà certamente contribuire al benessere ed al reinserimento nella società dell'uremicocronico, restituendogli in parte il benessere fisico, bene supremo della nostra esistenza. (*Applausi*).

**P R E S I D E N T E .** È iscritto a parlare il senatore Cassini. Ne ha facoltà.

**C A S S I N I .** Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, un disegno di legge che voglia autorizzare il trapianto del rene da una persona vivente ad un'altra per la cura dell'insufficienza renale totale ed irreversibile non può ispirarsi soltanto al fascino di una moderna ed ardita terapia fondata sui trapianti di tessuti e di organi tra viventi, sui suoi successi, reali o ipotetici che siano, nè sui progressi entusiasmanti della chirurgia. La volontà di bruciare le tappe nella ricerca di cure efficaci in casi di malattia ad esito sicuramente letale, i progressi della scienza in tema di trapianti omoplastici, in quanto solo parziali e non risolutivi, non possono legittimare in ogni caso disposizioni di legge in contrasto con l'ordine giuridico esistente. Chi non concorda con queste considerazioni può trovare delle ragioni che possono anche apparire valide per l'autorizzazione del trapianto del rene tra persone viventi però, secondo una esatta e più positiva impostazione, il disegno di legge oggi in discussione pone un problema che non deve essere risolto in base a principi semplicistici, ma che deve essere affrontato nella sua pienezza. È quanto ha fatto in modo eccellente il relatore senatore Samek Lodovici. Egli ha esaminato il problema nei suoi vari aspetti, in quello giuridico e di etica sociale, nel campo della biologia, della genetica, nonché in quello della terapia medico-chirurgica genericamente intesa. Dall'analisi profonda in questi campi, anche se contenuta nelle sue linee essenziali, scaturiscono le finalità, i limiti e le norme del disegno di legge.

Il relatore, a conclusione della sua analisi, ha esposto le ragioni in base alle quali egli accoglie il principio della donazione di un rene da persona vivente, però solo se strettamente consanguinea del paziente ri-

cevente. Onorevole Ministro, onorevoli colleghi, sia consentito anche a me di portare un modesto contributo e di aggiungere altre considerazioni e ragioni a quelle già esposte nella relazione e dagli onorevoli senatori che mi hanno preceduto.

È l'aspetto giuridico del problema che può e deve essere ulteriormente analizzato, anche perchè questa analisi porta ad altre valutazioni che, a mio giudizio, indirizzano verso le stesse conclusioni del relatore e le avvalorano. È quanto mi accingo a fare, anche se non posso pretendere di affrontare l'aspetto medico-legale del problema con particolare autorevolezza.

Allo stato attuale della legislazione interessa specialmente l'articolo 5 del codice civile secondo cui « gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionano una diminuzione permanente dell'integrità fisica o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico ed al buon costume ».

Detto articolo stabilisce i limiti degli atti di disposizione del proprio corpo, cioè del diritto alla integrità fisica. Questo è un diritto essenziale della personalità tutelato giuridicamente ed è irrinunciabile; se ne può disporre solo parzialmente e l'articolo 5 del codice civile stabilisce appunto le condizioni in cui non se ne può disporre. Neppure il consenso eventuale da parte di chi vuol donare un rene modifica i limiti degli atti di disposizione del proprio corpo. L'articolo 50 del codice penale sul consenso dell'avente diritto, in caso di reato, recita infatti così: « Non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto col consenso della persona che può validamente disporre ». Orbene nel trapianto del rene tra viventi non si può disporre con un consenso pieno e valido, perchè la completa disponibilità del diritto all'integrità fisica è giuridicamente esclusa ed anche la parziale disponibilità non è permessa nei casi previsti dall'articolo 5 del codice civile. La legge garantisce l'osservanza dell'articolo 5 del codice civile. Infatti il codice penale con gli articoli 582 e 583 stabilisce pene anche per le lesioni derivanti da atti di disposizione del proprio corpo. Però la punibilità delle



lesioni resta esclusa, a norma dell'articolo 54 del codice penale, quando queste lesioni sono commesse perchè si è costretti dalla necessità di salvare sè od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona non altrimenti evitabile. Detto articolo prende in considerazione anche la giusta proporzione del danno provocato e del pericolo evitato. Lo stato di necessità di salvare sè od altri dal pericolo attuale di un grave danno alla persona è preso in considerazione anche dall'articolo 2045 del codice civile. Questo però pone sempre la condizione che il pericolo non sia altrimenti evitabile e per di più che non sia causato volontariamente da chi ha compiuto un fatto dannoso.

A norma di quanto esposto, il trapianto del rene da vivente resterebbe escluso dalla concedibilità non solo perchè l'ablazione del rene cagiona una diminuzione permanente dell'integrità fisica ma anche perchè allo stato del progresso scientifico, nell'epoca della promulgazione delle leggi precitate, non poteva essere invocato l'articolo 54 del codice penale relativo allo stato di necessità di salvare sè od altri da un pericolo attuale non altrimenti evitabile. E difatti l'opinione generale dei cultori di diritto civile e la giusta interpretazione degli stessi autori sui diritti della personalità concordano nell'escludere la concedibilità del trapianto del rene tra viventi come quello della cornea. Se il trapianto di un rene da persona vivente avesse sempre come risultato la salvezza di una vita in procinto di essere sicuramente perduta per la gravità di una insufficienza renale completa e irreversibile, e il pericolo della perdita della vita non fosse altrimenti evitabile, il trapianto del rene da vivente dovrebbe essere consentito in quanto verrebbe esclusa la punibilità, secondo l'articolo 54 del codice penale, di chi compie il fatto dannoso dell'asportazione del rene. Sussisterebbe, in conclusione, lo stato di necessità di salvare una vita non altrimenti salvabile. Si potrebbe anche aggiungere che il sacrificio dell'asportazione di un rene sarebbe soverchiato dal beneficio del diritto di conservare la vita, che nella valutazione dei diritti essenziali della

personalità supera di gran lunga il diritto alla integrità fisica. Una deroga all'articolo 5 del codice civile sarebbe più che giustificata; sarebbe anzi conseguenziale. Analogamente, se la punibilità delle lesioni derivanti da determinati atti di disposizione del proprio corpo potesse venire esclusa per valide ragioni di natura giuridica, automaticamente per questi stessi atti di disposizione del proprio corpo verrebbe giustificata l'estensione del limite della disponibilità del diritto all'integrità fisica.

Da quanto ho esposto si rileva dunque che l'autorizzazione al trapianto del rene tra viventi non si dovrebbe ottenere abrogando « *sic et simpliciter* » l'indisponibilità del diritto all'integrità fisica, perchè detta indisponibilità è una caratteristica di ordine giuridico essenziale ed inalienabile. L'attuale progresso scientifico in materia di trapianti del rene può fornire ulteriori elementi di giudizio e di orientamento.

A questo punto è quanto mai utile riassumere le più recenti cognizioni di genetica e di biologia relative al problema del trapianto del rene tra persone viventi e valutare, alla luce delle recenti statistiche, i risultati ottenuti da questa moderna terapia già applicata in altri Stati.

Lo stato attuale della scienza circa il problema dell'attecchimento del rene trapiantato da persona vivente ad un'altra, nonostante i progressi, non ha superato molto la fase sperimentale. La genetica e la biologia non hanno risolto completamente il problema della compatibilità tissurale nei trapianti del rene. Si sa che la compatibilità tissurale è legata a condizioni di genetica non ancora ben specificate, che riguardano il donante e il ricevente. Ciò che si sa di certo è che una compatibilità tale da consentire una prolungata sopravvivenza dell'omotrapianto non è ancora stata osservata nell'uomo tranne che nei gemelli omozigotici, cioè provenienti dalla stessa cellula germinale. Così pure non si riesce ancora a stabilire il grado di istocompatibilità tra donante e ricevente, perchè i recenti *tests* che si conoscono non sono ancora sufficienti e non sempre sono attendibili. Inoltre si sa che esiste una incompatibilità tissu-

rale più o meno accentuata rappresentata da una reazione di rigetto e dalla reiezione del rene trapiantato; ma non si conosce appieno la chiave biologica del problema della reiezione e il trattamento antirigetto che si attua non è innocuo e neppure assolutamente risolutivo.

Comunque dall'esame degli aspetti medico-biologici del trapianto del rene da vivente, dai rilievi posti bene in evidenza dal relatore e dai risultati clinici ottenuti negli Stati in cui è consentito anche il trapianto del rene da viventi si deve dedurre che sono stati compiuti progressi molto importanti e che si è giunti al di là di quanto i ricercatori avevano prospettato con la sperimentazione, come sostiene il professor Stefanini, che è stato citato poc'anzi in altro intervento, il quale afferma pure che il trapianto del rene « ha acquisito il diritto di essere considerato un trattamento terapeutico in costante evoluzione », tanto che egli auspica venga approvato il disegno di legge relativo in discussione in Senato.

Sebbene dunque il problema del trapianto del rene da vivente scientificamente non possa considerarsi interamente risolto, non si può negare che, dall'epoca in cui sono state promulgate le disposizioni di legge anzi citate, non siano stati conseguiti dei reali vantaggi per la sopravvivenza, anche se questi non possono essere considerati completi e definitivi.

Se alla luce dei risultati raggiunti nei trapianti del rene da viventi non si può invocare sempre lo stato di necessità di salvare sé od altri da un pericolo attuale di un grave danno alla persona in modo definitivo, si può però affermare che la sopravvivenza, anche solo di uno o due anni, deve essere considerata un beneficio ed un vantaggio reale di fronte al pericolo attuale del grave danno di una sicura morte. Però l'articolo 54 del codice penale stabilisce ancora che questo pericolo deve essere non altrimenti evitabile.

A questo proposito la valutazione dei dati delle recenti statistiche sui risultati ottenuti nei trapianti del rene da viventi, consanguinei o non consanguinei, e da cadaveri è tanto utile da acquistare un valore decisionale.

Le statistiche recenti sui trapianti renali fra gemelli omozigotici nel periodo compreso tra il 1954 e il 1964 danno una sopravvivenza a distanza del 67 per cento. La statistica sulla casistica mondiale di 639 casi nel periodo 1960-65 dà una percentuale del 51 per cento tra viventi consanguinei. Tra i non consanguinei, solo il 17 per cento, e da cadaveri il 29 per cento.

Un'altra statistica del 1964-65 dà risultati migliori: del 65 per cento nei trapianti tra viventi consanguinei, del 30 per cento tra viventi non consanguinei e del 44 per cento da cadaveri. La recente statistica di Starzl rivela nei trapianti tra consanguinei viventi una certa stabilità negli esiti positivi (in 30 casi su 48) tanto da consentire il ritorno dei pazienti in famiglia e alle loro occupazioni.

Queste statistiche sono state riportate dalla pubblicazione del professor Stefanini intitolata: « I trapianti di organo ».

A conclusione dell'esame di queste statistiche, da me riportate fedelmente e che sono incontestabili, perchè sono anche concordemente confermate da fonti diverse, si rileva un dato di fatto che desidero sottolineare, perchè ha un valore giuridico decisivo e determinante.

Mentre nei trapianti del rene tra persone viventi non consanguinee si ottengono risultati positivi in un numero di casi che non supera mai quello che si constata nei trapianti del rene da cadavere, nei trapianti tra persone consanguinee e nei gemelli omozigotici si riscontrano sempre risultati favorevoli numericamente assai superiori a quelli dei trapianti da cadavere.

Tali statistiche pongono in evidenza due diverse situazioni giuridiche, relativamente alle lesioni personali che si producono nel trapianto del rene tra viventi, a seconda se questi sono consanguinei o no.

Nel caso di trapianto tra non consanguinei non ricorre lo stato di necessità di salvare il malato da un pericolo non altrimenti evitabile. In altre parole, il fatto lesivo dell'integrità fisica non si può giustificare, perchè il pericolo per l'ammalato di perdere la vita può essere evitato, semmai, con eguale successo, con trapianti da cadaveri, che non comportano la permanente di-

minuzione dell'integrità fisica a carico di altra persona.

L'osservazione che non sempre si può avere il cadavere disponibile non è valida giuridicamente. Apre un altro argomento e promuove la ricerca di altri provvedimenti. Tralascio quindi di discuterne perchè la osservazione esula, come tante altre, dal campo giuridico.

A conclusione, pertanto, delle considerazioni di natura giuridica ed anche di quelle relative allo stato attuale del progresso scientifico in materia di trapianto del rene, non si potrebbe ancora proporre l'allargamento della sfera delle disponibilità del diritto all'integrità fisica per quanto riguarda il trapianto fra viventi non consanguinei. L'articolo 54 del codice penale, che esclude la punibilità in determinati casi, in modo particolare non potrebbe essere invocato.

Il giudizio è diverso nel trapianto del rene tra consanguinei viventi e tra gemelli omozigotici. In questi casi il danno apportato con l'ablazione di un rene è determinato, come nei trapianti tra non consanguinei, da uno stato di necessità per salvare sé od altri, sia pure temporaneamente, dal pericolo attuale della perdita della vita. Però nel trapianto tra consanguinei sussiste, per di più, nello stato di necessità di evitare un pericolo, la particolare condizione del pericolo attuale non altrimenti evitabile, almeno per quel numero maggiore di casi di successo che si riscontrano nei trapianti del rene tra consanguinei e tra gemelli omozigotici in confronto dei trapianti da cadavere.

Di conseguenza nei trapianti tra consanguinei viventi la punibilità ai sensi dell'articolo 54 del codice penale dovrebbe essere esclusa perchè il pericolo evitato in molti casi non è altrimenti evitabile. E se non c'è la punibilità, conseguenzialmente in questi casi una disposizione di legge che permetta detto trapianto non potrebbe essere considerata in contrasto con le leggi vigenti sulla indisponibilità del diritto all'integrità fisica. principio, questo, che bisogna rispettare e che io ho posto a base del mio intervento.

È da aggiungere inoltre che nel trapianto tra consanguinei la giusta proporzione,

indicata nello stesso articolo 54 del codice penale, tra il bene sacrificato con l'asportazione di un rene e il bene salvato si sposta notevolmente a vantaggio di questo.

Da questi rilievi emerge chiaramente che, nella sfera degli atti di disposizione del proprio corpo, il punto che delimita ciò che permane punibile da ciò che dovrebbe cessare di esserlo, a norma delle disposizioni di legge vigenti, è lo stesso che dovrebbe separare gli atti imposti dalla superiore e nobile esigenza del bene sociale di salvare sé od altri da un pericolo attuale non altrimenti evitabile da quanto deve essere salvaguardato del diritto all'integrità fisica.

È precisamente entro questi limiti giuridici che si dovrebbe compendiare l'attuale etica della nostra società, secondo una concezione che si potrebbe definire laica perchè è estranea ad influenze religiose.

È opportuno però rilevare che questa concezione laica collima con quella religiosa, se possiamo dedurla dalla condizione posta ed enunciata in una riunione politico-culturale da una eminente personalità religiosa, versata ed autorevole in materia, da monsignor Sabattani, secondo cui il trapianto del rene da vivente può essere ritenuto lecito qualora « sia l'unico mezzo per sovvenire adeguatamente al bisogno ».

A conclusione delle predette considerazioni di ordine giuridico, oggi si può affermare che solo nei trapianti di rene da vivente consanguineo e tra gemelli omozigotici può essere consentita una maggiore disponibilità del diritto all'integrità fisica, superiore ai limiti stabiliti dall'articolo 5 del codice civile.

Di conseguenza, in questi casi, il trapianto del rene dovrebbe essere autorizzato ed il disegno di legge oggi in discussione è opportuno, giustificabile giuridicamente e non in contrasto con le leggi vigenti. Ad ulteriore sostegno della concedibilità del trapianto del rene da consanguineo vivente giuoca un altro fattore. In questi casi il danno prodotto con l'asportazione di un rene ed il beneficio apportato col suo trapianto restano nello stesso ambito strettamente familiare.

In tali condizioni è più sopportato il sacrificio dell'ablazione di un rene; è maggiormente atteso e valutato il beneficio conse-

guito, ed inoltre è più benevolo il giudizio relativo al successo o meno conseguito. Il bene acquisito e il danno apportato restano inquadrati nella stessa aureola del sacrificio di chi, ispirato al sentimento dell'amore materno o paterno o fraterno, dona una parte di se stesso. Si ha inoltre la garanzia assoluta dell'esclusione di ogni motivo di lucro, che è in contrasto con l'etica sociale, con le leggi vigenti e con le nobili finalità della scienza a riguardo del trapianto del rene da viventi.

Inoltre dagli attuali risultati conseguiti nel campo dei trapianti di rene tra gemelli omozigotici e tra consanguinei viventi si rileva che, tra i casi positivi, ce ne sono di quelli particolarmente felici e lusinghieri, anche a distanza di tempo.

Ciò consente di sperare in ulteriori e decisivi progressi scientifici. Si può dedurre quindi che la concessione del trapianto del rene da viventi contribuisce pure a favorire in questo campo il progresso scientifico, anche in modo tale da poter consentire in avvenire il trapianto del rene da viventi non consanguinei.

La finalità della ricerca scientifica e del suo progresso è compresa tra le ragioni che vengono prese in considerazione per giustificare l'estensione della parziale disponibilità del diritto all'integrità fisica, anche se tale ragione, da sola, non potrebbe essere considerata sufficiente e valida.

Anche questi miei ultimi rilievi, come altri prospettati nei vari precedenti interventi sul problema, esulano dal campo strettamente giuridico; però riguardano fattori che sono di alto valore morale nella vita della famiglia e che sono fondamentali per l'etica di una società civile e progredita.

Da quanto ho esposto, signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli senatori, scaturisce il giudizio conclusivo sul problema del trapianto del rene tra vivente; e si rilevano le ragioni di ordine giuridico secondo cui può essere consentita l'estensione della disponibilità del diritto all'integrità fisica per l'autorizzazione del trapianto del rene fra persone strettamente consanguinee.

A queste ragioni si aggiungono altre valide valutazioni di etica sociale, condivise

nel campo laico ed in quello religioso che sostengono ed avvalorano la tesi che consiglia di accettare la donazione del rene da persone strettamente consanguinee.

Concordano alte ed umane considerazioni sulla nobiltà del sacrificio ispirato dalla solidarietà della famiglia, nonchè i progressi della scienza, sempre più incoraggianti in questa branca e tali da consentire ulteriori prospettive e speranze sulla terapia della totale ed irreversibile insufficienza renale.

Pertanto propongo, anche a nome del Gruppo socialista democratico, a cui appartengo, l'approvazione del disegno di legge in discussione, che autorizza il trapianto del rene fra persone viventi, strettamente consanguinee, con le norme cautelatrici approvate in Commissione, che ne garantiscono la migliore applicazione. (*Applausi dal centro-sinistra*).

**P R E S I D E N T E .** È iscritto a parlare il senatore Trimarchi. Ne ha facoltà.

**T R I M A R C H I .** Onorevole Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, il disegno di legge in esame va collegato all'articolo 5 del codice civile che si occupa degli atti di disposizione del proprio corpo. Le nuove norme costituiscono una deroga a quella disciplina, soprattutto con riferimento alla ragione specifica del divieto degli atti di disposizione, perciocchè il trapianto del rene comporta indubbiamente una diminuzione permanente dell'integrità fisica del disponente.

La nuova disciplina serve però anche a rimuovere la ragione generica di illiceità dell'atto, quale è previsto dalla seconda parte dello stesso articolo 5 e quale emerge dalla disciplina della illiceità in generale, anche se l'ordine pubblico e il buon costume possono trovare nella specie una particolare configurazione.

Non è stato rilevato — e mi permetto di richiamare l'attenzione della Commissione — durante la lunga fase della discussione che si è svolta in Commissione, un possibile collegamento del disegno di legge in esa-

me, e quindi dell'articolo 5 del codice civile, con l'articolo 32 della Costituzione.

M A C C A R R O N E . È stato rilevato!

T R I M A R C H I . Sì, ma non è emerso sul terreno della normativa.

M A C C A R R O N E . Molte cose non sono emerse; spero che emergeranno nel dibattito in Aula.

T R I M A R C H I . Comunque, non ho avuto modo di rilevare questo dato e per ciò mi scuso con i colleghi. Nel testo risultante dalle discussioni e votazioni in sede di Commissione, a mio avviso, non figura che sia stato preso sufficientemente in considerazione il possibile collegamento tra l'articolo 5 del codice civile e l'articolo 32 della Costituzione. Dato che l'argomento in Commissione è stato più o meno ampiamente esaminato, mi sento dispensato dal fare molte osservazioni al riguardo. A me pare che tale collegamento non sia da trascurare, proprio perchè, se è vero che nell'articolo 32 della Costituzione vi è una riserva di legge che concerne la tutela della persona umana, non vi è dubbio, o almeno potrebbe essere non improbabile, che quella riserva di legge, sia pure formulata in termini molto generali, avesse a colpire anche il settore specifico e la materia di cui noi ci stiamo occupando.

La fattispecie che noi prendiamo in considerazione nel disegno di legge in esame risulta dalla combinazione di vari atti che precedono un determinato procedimento o si innestano nello stesso. Vari sono i soggetti che rilevano, e precisamente il disponente, il paziente o ricevente, il medico provinciale, l'istituto autorizzato al trapianto ed il pretore.

Non è il caso, in questa prima fase del mio intervento, di dire partitamente se e come ciascuno di codesti soggetti partecipi al procedimento; ma a me pare che sia preliminarmente sufficiente che si cerchi di individuare gli interessi privati, e soprattutto collettivi o pubblici, che vengono in consi-

derazione e che nel disegno di legge in esame vengono ad avere tutela.

Vi è anzitutto il diritto all'integrità fisica della persona che, se da un canto viene a subire una limitazione perciocchè, sia pure in dipendenza di un atto di volontà del titolare, l'oggetto del diritto rimane sostanzialmente compresso, dall'altro trova una ulteriore conferma in tutto il complesso di norme che rendono possibile l'atto di disposizione nella sussistenza di presupposti e di garanzie tali da dover fare apparire l'atto stesso come naturale, anche se eccezionale svolgimento della personalità del soggetto.

Viene altresì a trovare tutela la posizione giuridica dell'Istituto autorizzato, ai fini della rimozione dell'eventuale illiceità penale dell'atto di prelievo e di trapianto del rene. L'istituto autorizzato, nel possesso di tutti i requisiti di legge e ritenuti tali dal Ministro della sanità — e, noi diremmo, dalla Commissione già prevista dall'articolo 5 del testo governativo — può svolgere la propria

funzione nell'ambito della legge, di fronte alla piena validità giuridica del consenso dell'avente diritto e per il conseguimento dei fini altamente umanitari, curativi ed eventualmente, scientifici. Vanno poi considerate le posizioni giuridiche degli organi pubblici: pretore e medico provinciale, che danno vita al procedimento ed intervengono nello stesso. Sia l'uno che l'altro svolgono funzioni di controllo e di accertamento: il medico provinciale sull'osservanza da parte dell'istituto autorizzato delle condizioni richieste dai primi due commi dell'articolo 3, ed il pretore in varie occasioni ed in vario modo. Omettiamo di dire in merito alla natura giuridica del procedimento e del decreto che lo definisce, limitandoci ad osservare che non ci sembra congrua la qualificazione dell'atto finale come decreto permissivo. Ma non si può non rilevare come il medico provinciale ed a maggior ragione il pretore svolgano una funzione chiaramente intesa alla migliore e più ampia tutela di interessi di carattere pubblico, anche se in parte direttamente o immediatamente privati.

Vi è infine il paziente del quale per la verità il disegno di legge non si occupa ecces-

sivamente. Si prescinde totalmente dalla volontà di colui che deve ricevere il rene. Ciò può avere e, direi quasi, normalmente ha una valida giustificazione nel fatto che al trapianto del rene si addiuvano quando il paziente è in condizioni tali da rendere assolutamente necessario il ricorso a quel particolare mezzo di cura e quindi eventualmente non in condizioni di apprezzare l'importanza dell'atto e di volerne le conseguenze nella piena consapevolezza delle possibilità terapeutiche del mezzo. Ma non è da escludere, e c'è da augurarsi che questa costituisca la norma, l'ipotesi in cui il paziente sia in grado di intervenire con un proprio atto di volontà in merito all'ammissibilità o meno del trapianto. In assenza di uno stato di necessità appare ovvio ritenere che l'istituto autorizzato debba procurarsi il consenso da parte dello stesso paziente o dei soggetti legittimati ad emetterlo.

A conclusione di questa impostazione del problema, direi che forse meriterebbe di essere preso nella dovuta considerazione il rapporto tra il cosiddetto donatore ed il ricevente non foss'altro per lo stretto rapporto di parentela entro il secondo grado che si richiede perchè l'atto possa attivare i vari soggetti interessati al procedimento e all'effettuazione dell'intervento chirurgico.

Venendo ora a dire specificamente del procedimento, si sembrano possibili in relazione agli atti alcune considerazioni. Signor Presidente, nei limiti del possibile gradirei che fosse presente un rappresentante del Governo almeno perchè ci sia una parvenza di colloquio, non per altro, non per riguardo verso di me, la mia persona non merita tanto. Se vuol sospendere magari per qualche minuto la seduta...

**P R E S I D E N T E .** Le sue argomentazioni vengono raccolte dagli atti ed il Ministro ne terrà conto; inoltre penso che nella discussione in Commissione forse anche questi argomenti sono stati dibattuti...

**T R I M A R C H I .** Disponga come crede, signor Presidente, ma siccome in Commissione non ho avuto occasione di parlare perchè non faccio parte di quella Commissione, ritenevo, parlando in Aula...

**P R E S I D E N T E .** I suoi argomenti restano agli atti; d'altra parte il Ministro verrà subito, è stato soltanto chiamato al telefono. Non si può interrompere.

**T R I M A R C H I .** Dicevo, signor Presidente, che, per quanto concerne gli atti nei quali consiste il procedimento di cui si tratta, si possono al riguardo fare varie osservazioni. Nell'articolo 1 del disegno di legge ed anche in altre norme dell'articolo 2 e dell'articolo 5 si parla di atto di donazione e di donazione. Su questo punto mi permetto di richiamare l'attenzione del Governo assente, della Commissione e dei colleghi. Sappiamo bene che in relazione alle parti staccate o da staccarsi dal corpo umano la dottrina normalmente configura un vero e proprio diritto di proprietà. Purtroppo è la dottrina che ritiene che si tratti di un vero e proprio diritto di proprietà, nonostante che nell'ambito di certe concezioni filosofiche una configurazione del genere possa urtare contro determinate premesse o conclusioni. Ad ogni modo, sulla base di tale premessa, della quale non mi servirò nel prosieguo della mia esposizione, appare giustificabile un atto di disposizione. Se vi è un diritto di proprietà su una parte staccata o da staccarsi dal corpo umano è configurabile un atto di disposizione a titolo oneroso o a titolo gratuito.

Senonchè a me pare che, nella specie, parlare di atto di disposizione in senso stretto, e quindi a maggior ragione parlare di donazione, non sia appropriato. Noi sappiamo che l'atto di donazione, a prescindere dai requisiti di carattere soggettivo, di carattere formale, è caratterizzato da una causa di liberalità: è l'atto liberale tipico, è l'atto con il quale un soggetto per spirito di liberalità dispone di determinati beni o rinuncia a determinati diritti in favore di un altro soggetto. Nonostante che l'atto normalmente sia un contratto, come tutti sappiamo, e che solo eccezionalmente si possa considerare dal punto di vista della struttura come atto unilaterale, indiscutibilmente, come è noto, in dipendenza di coddesto atto, strutturalmente bilaterale o eccezionalmente unilaterale, esiste un rapporto tra i due soggetti, donante e donatario.

Nel nostro caso noi non possiamo ravvisare una donazione se facciamo riferimento all'atto nel suo contenuto, nella sua struttura; non possiamo a maggior ragione, direi, parlare di donazione se facciamo riferimento al rapporto. E ciò perchè in relazione alla struttura l'atto si presenta come unilaterale — e già questo è un elemento in contrasto con la regola perchè la donazione è un contratto — e in relazione alla funzione discendono degli effetti giuridici, ma non tali da dar vita al rapporto tipico caratteristico della donazione che si instaura tra donante e donatario.

Perchè questo? Noi non siamo qui in presenza (e torno alla struttura dell'atto) di un atto di donazione nell'ambito della possibile categoria degli atti di disposizione di parti staccate o da staccarsi dal corpo umano perchè manca quella causa di liberalità che permea di sé tutto l'atto e dal punto di vista strutturale e dal punto di vista funzionale. A mio avviso, qui siamo in presenza di una fattispecie composita, e precisamente di due atti inscindibilmente legati e funzionalmente collegati, sia pure unilateralmente: di un atto normale di consenso dell'avente diritto e di un contestuale atto di destinazione relativamente al rene una volta che lo stesso sia stato prelevato dal corpo del donatore a destinato al corpo del paziente. Sono due atti che hanno una natura giuridica diversa. Sono due atti che, nell'economia della fattispecie, debbono essere e sono, come ho detto, intimamente collegati, non sul piano strutturale ma sul piano funzionale, dando vita a quel caso tipico di collegamento che è il collegamento di dipendenza unilaterale in funzione di determinati effetti giuridici.

Ma prescindiamo per il momento da ulteriori qualificazioni di quest'atto per vedere se gli effetti giuridici che discendono dal cosiddetto atto di donazione sono gli effetti tipici della donazione. Io posso dire che si può rispondere tranquillamente in senso negativo. Infatti, a parte il fatto che manca la causa (ma qui noi stiamo facendo la ricerca degli effetti), non possiamo ravvisare un rapporto caratteristico di donazione come è dato vedere nelle donazioni in ge-

nere, anche in quelle eccezionalmente unilaterali come sono le *donationes propter nuptias* o donazioni in vista del futuro matrimonio.

M O N N I . Senatore Trimarchi, la pregherei di parlare un pò più adagio in modo che la si possa seguire più agevolmente.

B O N A D I E S . E questo soprattutto da parte di noi medici.

T R I M A R C H I . Chiedo scusa. Dicevo che l'atto di cui ci stiamo occupando è qualificato nel disegno di legge come atto di donazione. Sto esponendo alcune considerazioni intese a dimostrare questa tesi; noi non possiamo parlare di atto di donazione per varie ragioni, per ragioni che attengono alla struttura dell'atto e per ragioni che attengono alla funzione e quindi all'efficacia giuridica dell'atto stesso. Non mi pare che si possa parlare in senso stretto di donazione, nonostante che sia ammissibile la categoria degli atti di disposizione su parti staccate dal nostro corpo, perchè nella specie noi non possiamo vedere in codesto atto di disposizione neppure *in nuce* una donazione in quanto mancano lo spirito e la causa di liberalità. Perchè manca la causa di liberalità? Perchè non vi è un depauperamento cui consegue intimamente e senza soluzione di continuità un conseguente arricchimento. Sarebbe improprio, incongruo e assolutamente fuori di luogo, a mio avviso, parlare di arricchimento in un'ipotesi del genere in cui non si rileva in nessun modo un qualsiasi valore suscettibile di essere valutato economicamente. Noi invece qui siamo in presenza di un atto che merita di esser preso in considerazione per l'importanza morale e sociale che esso riveste in quanto, attraverso la manifestazione di volontà del cosiddetto donatore, si creano i presupposti soggettivi e di legittimazione perchè possa essere instaurato, attivato e proseguito un determinato procedimento davanti al pretore inteso alla tutela di un interesse di carattere pubblicistico.

B O N A D I E S . L'arricchimento vi è da parte del ricevente.

T R I M A R C H I . Non mi pare. E per dimostrare la tesi alla quale mi rifaccio, poco fa avevo detto che, a mio avviso, non si può parlare di atto di liberalità ma tutt'al più di atto a titolo gratuito, e loro sanno benissimo qual è la distinzione tra atti di liberalità e atti a titolo gratuito. Ancora a me pare — e con questo faccio riferimento al profilo strutturale — che nel cosiddetto atto di donazione che nel disegno di legge si presenta come atto unilaterale sono da ravvisare coesistenti, sia pure funzionalmente collegati, due atti che non sono il frutto della mia fantasia (anche perchè io ne ho ben poca) ma sono il riflesso nella fattispecie specifica di determinate figure che nella dottrina giuridica hanno ingresso e accoglimento pacifico, e precisamente: il consenso dell'avente diritto e l'atto di destinazione relativamente a determinate cose. Loro sanno benissimo come l'articolo 5 del codice civile, nonostante che ivi si parli di atti di disposizione del corpo umano, secondo la dottrina più corrente, rilevi in relazione al consenso dell'avente diritto cioè come manifestazione di volontà del soggetto legittimato capace di rimuovere l'antigiuridicità penale dell'intervento da parte del chirurgo. Il consenso dell'avente diritto impedisce che possa essere penalmente illecito il comportamento del chirurgo il quale intervenga sul paziente, e nella legge si dice col consenso dell'avente diritto.

Pertanto, quando nella fattispecie di cui noi stiamo parlando, si individua il consenso dell'avente diritto, non si individua un elemento, un dato, un atto che non trova riscontro in quella che è la problematica corrente della materia di cui noi ci stiamo occupando. Ma vi è di più: non vi è soltanto il consenso dell'avente diritto che ricorre o deve ricorrere in qualsiasi intervento chirurgico per modo che l'intervento chirurgico cessi di avere quella potenziale, astratta antigiuridicità sul terreno penale, perchè qui, accanto al consenso dell'avente diritto, vi è un atto di destinazione da parte del cosiddetto donatore. Il donatore non si limita ad acconsentire che l'istituto autorizzato effettui sopra di lui un intervento chirurgico, ma dice ancora: il rene che viene prelevato

da me deve essere destinato ad un determinato soggetto. E allora siamo in presenza qui di due atti unilaterali (e quindi si giustifica la struttura che si dà con questo disegno di legge al cosiddetto atto di donazione), di due atti unilaterali che nella loro essenza esauriscono la fattispecie e che, di per sé e in quanto tali, sono capaci di produrre gli effetti che tipicamente agli atti unilaterali possono essere ricollegati. Per escludere l'esistenza nella specie di un qualsiasi rapporto di donazione, poco fa io ho fatto riferimento all'assenza della causa. Su questo punto si potrebbe da altri dire: no, tu affermi che manca la causa di liberalità, dimostralo. Mi pare che la prova migliore si può ricavare dall'assenza degli effetti giuridici. Il fatto che l'atto di donazione sia unilaterale potrebbe non essere argomento decisivo per quello che ho detto poc'anzi, che tutti sanno, e cioè che sia pure eccezionalmente è prevista nella legge un'ipotesi di atto di donazione che non è contratto, ma è atto unilaterale, cioè la *donatio propter nuptias*, che è la donazione fatta in vista di un futuro matrimonio ed è perfettamente valida sol che concorra la volontà del donante e intervenga il futuro matrimonio in vista del quale la donazione è stata posta in essere.

Ma qui non vi è il rapporto di donazione, cioè non vi è un rapporto tra donante e donatario. A parte il fatto, come ho detto poco fa, che il cosiddetto donatario o preteso donatario è del tutto dimenticato (nella legge non si parla del paziente), gli effetti giuridici che emergono dal consenso dell'avente diritto e dall'atto di destinazione della parte staccata, cioè del rene una volta che sia stato prelevato dal corpo, si esauriscono in una determinata fase o si esauriscono in relazione a determinati soggetti. E preciso il concetto. Nella legge non si è chiarito qual è il momento in cui deve intervenire il cosiddetto atto di disposizione da parte del cosiddetto donatario. Ragionevolmente a me pare sia da ritenere che codesto atto, comunque poi lo si qualifichi, debba essere il primo atto dal punto di vista temporale e anche sul terreno logico, prima addirittura che intervenga, nel caso specifico,



l'istituto autorizzato e compia quelle tali indagini, di carattere medico, chirurgico, istologico e così via, per accertare se nella specie concorrono tutti i presupposti per garantire, entro un sufficiente margine e entro un sufficiente limite, un razionale e un normale svolgimento dell'intervento chirurgico.

A me pare quindi che questo debba essere il primo atto; nella legge non è detto, ma logicamente possiamo ritenere che tale debba essere. Ora, questo atto che viene fatto davanti al pretore (poi vedremo come) che effetti produce? Poco fa ho detto che come consenso dell'avente diritto produce degli effetti nei confronti dell'istituto autorizzato, perchè in quanto intervenga serve ad eliminare l'antigiuridicità penale.

Per quanto concerne l'atto di destinazione, il problema e le conseguenze sono diverse, perchè mentre il consenso dell'avente diritto determina nell'istituto autorizzato un potere o una facoltà a compiere l'intervento chirurgico sul cosiddetto disponente, l'atto di destinazione fa sorgere nei confronti dell'istituto autorizzato un vero e proprio obbligo. Infatti l'istituto autorizzato, una volta che si accinga al prelievo e faccia questo prelievo e rimuova il rene dal cosiddetto disponente, non può a quel rene dare una destinazione diversa. Cioè, mentre in relazione al consenso dell'avente diritto c'è una mera facoltà o potere, in relazione al secondo atto, all'atto di destinazione, l'istituto autorizzato viene a trovarsi in una situazione di vero e proprio obbligo. Questi sono gli effetti che discendono dai due atti che noi prendiamo in considerazione, il che, a mio modesto avviso, significa che non è assolutamente configurabile un qualsiasi rapporto, comunque possa essere caratterizzato, di donazione, cioè che non possano ravvisarsi nella specie quegli effetti giuridici tipici nei quali consiste il rapporto di donazione, come situazione giuridica conseguenziale a un determinato atto suscettibile di essere, in astratto o in concreto, qualificato come atto di donazione in senso stretto.

Quindi io proporrei, e al riguardo mi riservo di presentare degli emendamenti, che sia l'articolo 1 che l'articolo 2 e conseguen-

temente anche l'articolo 5 siano modificati, mettendo in evidenza che di atto di donazione si può parlare, se si vuol parlare (tutti i termini possono essere adoperati), sol che intervenga tra le parti interessate al colloquio una convenzione sull'uso dei termini. A me pare che in questa ipotesi si andrebbe al di là di ogni possibile e lecito accordo preventivo, perchè la donazione ha un suo significato tecnico-giuridico. Di donazione io penso non si possa parlare in una legge se non in quel senso, ed è inutile che si facciano delle precisazioni in sede di lavori preparatori. È quindi opportuno che si usi una terminologia diversa perchè diversa è la realtà che si vuol prendere in considerazione nel disegno di legge in esame.

Collegato con questo problema della qualificazione dell'atto al quale noi facciamo riferimento è l'articolo 5 in cui viene enunciato il principio che « produce la nullità della donazione del rene qualunque pattuizione di compenso in danaro o altra utilità ».

La norma mi pare che debba essere modificata, perchè con questa formulazione si potrebbe arrivare in concreto a conseguenze assurde. Immaginate una nullità accertata successivamente all'esecuzione dell'intervento chirurgico. Il rene viene tolto, viene trasferito sul paziente, e poi si accerta che la donazione è stata consentita dietro corrispettivo. Qual è la conseguenza? La donazione è nulla. Ma questo non si può dire perchè, ammesso che vi sia un diritto di proprietà, l'acquisto c'è, e allora bisogna impostare il problema in termini più ragionevoli.

A me pare che, con riferimento all'ipotesi in cui esista in concreto un pattuizione, un patto, una clausola, una determinazione qualsiasi relativamente ad un compenso o ad un corrispettivo con riferimento alla prestazione principale da parte del cosiddetto disponente, si debbano distinguere tre casi e cioè: 1) che l'accertamento dell'esistenza della clausola (diciamo clausola per intenderci) avvenga prima o all'atto in cui la dichiarazione da parte del cosiddetto donante venga effettuata davanti al pretore; 2) che l'accertamento della nullità avvenga prima dell'inizio dell'intervento chi-

rurgico; 3) che l'accertamento della nullità avvenga successivamente all'effettuazione dell'intervento chirurgico.

La sorte della clausola è diversa nei tre casi, perchè diversi sono gli effetti giuridici che devono essere ricollegati a questo atto.

Mi spiego: se l'esistenza di questa clausola di corrispettività, diciamo così, è accertata all'atto in cui la dichiarazione del donante viene emessa, non si tratta più di un problema di nullità o di annullabilità, di nullità relativa o di nullità assoluta, di nullità relativa alla clausola o di nullità che travolge l'intero atto, perchè, in quel momento e in quella fase, il problema si pone in termini di ricevibilità e di ammissibilità dell'atto. Se il pretore accerta che manca la caratteristica clausola di gratuità, se cioè, in altri termini, il pretore accerta, nel momento in cui viene resa la dichiarazione, che il cosiddetto donante emette quella dichiarazione perchè ha ricevuto o gli è stato promesso un determinato corrispettivo, il pretore stesso non darà seguito a quella dichiarazione, cioè si dovrà rifiutare di riceverla, perchè quella dichiarazione di volontà non avrà, dal punto di vista del contenuto, i requisiti ed i presupposti previsti dai primi tre commi dell'articolo 2.

Se invece si accerta l'esistenza della clausola di nullità in un momento successivo, e prima che l'intervento chirurgico abbia avuto inizio, allora la nullità della clausola travolge l'intero atto. In questo caso, si può parlare di nullità in senso stretto; in questo caso la clausola non soltanto è viziata, ma vizia: *vitiatur et vitiat*.

Nella terza ipotesi, quando già l'intervento chirurgico si è effettuato, cioè si è avuto il trapianto, è inutile parlare di nullità della donazione. In questo caso, all'accertamento dell'esistenza di quella determinata clausola non può che riconoscersi e ricollegarsi un solo effetto: la nullità della clausola in quanto tale, cioè l'impossibilità giuridica del soggetto, che eventualmente abbia avuto promesso qualche vantaggio, di conseguire codesto vantaggio con i mezzi civilistici offerti dal nostro ordinamento e che eventualmente possono essere a sua disposizione.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. L'ultima ipotesi è impensabile. Questa è soltanto una norma giuridica che contempla il primo e il secondo caso. Il terzo, poichè il rene non si può restituire, ha puramente un carattere morale, ma si prevede in realtà la nullità della donazione soprattutto nel primo e nel secondo caso. Il terzo caso ha un carattere morale ed etico, ma in realtà è inattuabile, per motivi evidenti.

T R I M A R C H I . La ringrazio della sua precisazione, ma io ho cercato di prospettare queste tre ipotesi non per il puro piacere di distinguere, perchè penso che in tutte le attività umane ci debba essere un fine pratico al quale tendere, ma esclusivamente per dimostrare che la norma dell'articolo 5 così, come è formulata, non può resistere. Allora, per cercare di salvare nei limiti del salvabile la disposizione dell'articolo 5 ho fatto queste tre ipotesi. Se poi non vogliamo distinguere, è chiaro che la norma deve essere formulata in termini completamente diversi.

Venendo a dire dell'atto in sè e per sè considerato, a me pare che si debba accedere al punto di vista già espresso dal senatore D'Errico per quanto riguarda i presupposti soggettivi. Non ho alcuna competenza per dire se e come la tesi sostenuta dal senatore D'Errico abbia una propria giustificazione dal punto di vista scientifico, clinico, chirurgico o da altri punti di vista concernenti le scienze mediche. Dico soltanto che se è vero, come mi sembra vero, che istocompatibilità e consanguineità non sono due cose strettamente connesse e collegate, non mi pare che sia giustificata (arrivo a questa conclusione sulla base di una determinata premessa che accetto) la limitazione prevista dall'articolo 1, cioè la possibilità che la cosiddetta donazione intervenga soltanto ad opera di soggetti che siano legati con il paziente da un rapporto di parentela entro il secondo grado. Se la norma rimane così come è, evidentemente, con riferimento ai requisiti soggettivi che bisogna tenere distinti dagli elementi essenziali degli atti di cui abbiamo parlato, si debbono individuare il possesso della piena

capacità di agire ed una legittimazione particolare perchè, come loro sanno, capacità e legittimazione si distinguono per il rapporto di genere a specie o di generale a concreto che esiste tra le due figure. Quindi, accanto alla capacità di agire, deve ricorrere nella specie una particolare legittimazione ad agire, precisamente quella tale legittimazione che trovi il proprio presupposto nel rapporto di parentela intercorrente tra chi compie l'atto di disposizione e chi è destinato a ricevere il bene. Questi sono i presupposti soggettivi.

Ritengo però che si debbano individuare alcuni altri elementi che rilevano positivamente e altri elementi che rilevano negativamente. Gli elementi che rilevano positivamente sono, a mio avviso, la libertà e spontaneità del volere da parte del disponente, e, negativamente, l'assenza di incapacità di intendere e di volere, la cosiddetta incapacità naturale. In altre parole, non solo il soggetto deve essere capace di agire, ma deve essere anche pienamente capace di intendere e di volere, cioè assolutamente in grado di intendere l'importanza dell'atto e di volerne le conseguenze. Questo si dice implicitamente anche nel disegno di legge là dove si precisa che è necessario che il disponente abbia la consapevolezza dell'atto e dell'importanza delle conseguenze, sul terreno terapeutico, del mezzo al quale si fa ricorso.

Mi pare che, con questa precisazione, si possa chiarire meglio il punto di vista.

L'atto deve essere posto in essere dal disponente: a tale riguardo debbo richiamare l'attenzione dei colleghi sul modo in cui si vuole nel disegno di legge che l'atto abbia luogo. Si vorrebbe configurare questo atto come una dichiarazione scritta del disponente davanti al pretore. Ora a me pare che questa configurazione, dal punto di vista formale, non sia la più congrua perchè bisogna tener presente il caso, sia pure eccezionale nella società moderna, del soggetto che non sappia nè leggere nè scrivere, dell'analfabeta, oppure di colui che, pur sapendo leggere, non sia in condizioni di emettere una dichiarazione scritta.

Il testo del disegno di legge, così come è formulato, limita la possibilità di emettere la dichiarazione alle ipotesi in cui il soggetto sia in grado di emettere per iscritto la dichiarazione stessa su carta semplice, come dice il primo comma dell'articolo.

Ora, a me pare, seguendo anche quel che è dato vedere nella legge in tante altre ipotesi, che il sistema più adatto sia o possa essere un altro: la dichiarazione di volontà, cioè, del cosiddetto disponente deve essere resa al pretore, e non davanti al pretore.

Il pretore svolge, in questo caso, una funzione simile a quella del notaio, che riduce per iscritto, ad esempio, la manifestazione di volontà del testatore nel caso del testamento pubblico.

E allora, se si modifica il testo in questo senso e se si elimina la dichiarazione scritta, e ancora di più la dichiarazione scritta su carta semplice, si consegue lo stesso risultato. Perchè qualora il disponente, il cosiddetto donante o donatore, emette la dichiarazione davanti al pretore, il pretore con i normali mezzi a propria disposizione la riduce per iscritto, con l'assistenza del cancelliere, ed il verbale, come normalmente accade, è firmato dal disponente. E questo se ed in quanto il disponente sia in grado di firmare; perchè se non dovesse essere in grado di firmare, il fatto dell'esistenza dell'atto pubblico — verbale redatto dal pretore alla presenza del cancelliere — è sufficiente per documentare, ai fini che a noi interessano, l'atto di cui si tratta.

Una volta che si pone in essere questa dichiarazione, di cui proporrei la modifica nel senso rassegnato, s'inizia il procedimento.

Qui il procedimento ha una fase intermedia, che è rappresentata dall'intervento dell'istituto autorizzato. Debbo dare atto con piacere che al riguardo in Commissione si è lavorato veramente a fondo ed è venuto fuori quell'articolo 3 che mi soddisfa pienamente perchè rispecchia una attività dovuta, una attività che si svolge sulla base di determinati presupposti scientificamente corretti; e codesta attività è documentata, possiamo dire consacrata, nel testo di legge con proprietà di linguaggio e in termini del

tutto corretti. Ma a me non pare che sia opportuno assegnare al pretore la funzione che emerge dal decreto, positivo o negativo, destinato a chiudere il procedimento davanti al pretore stesso.

Nella relazione, apprezzabilissima da tutti i punti di vista, degna di ogni lode, del relatore Samek Lodovici, si dice, conformemente al testo del disegno di legge, che l'atto di cui si tratta sarebbe un decreto permissivo. Che sia decreto, *nulla quaestio*; vediamo se è permissivo.

I colleghi sanno che di atto permissivo o di norma permissiva si può parlare in senso tecnico quando si tratta di rimuovere un ostacolo all'esercizio del diritto. Ora, su questo punto è opportuno che ci sia un po' di chiarezza; perchè se noi dobbiamo, come ritengo che dobbiamo, riconoscere all'atto del cosiddetto donante una funzione puramente di eccitazione, di stimolo all'iniziativa dell'organo pubblico, è chiaro che la disposizione del diritto perde la sua funzione preminente o assorbente ed ha una funzione, se non di puro e semplice presupposto, di coelemento in questa vasta fattispecie, la vasta fattispecie che comprende anche il procedimento.

E allora a me pare che forse sarebbe più semplice e più corretto parlare di semplice nulla-osta; non decreto permissivo, ma un semplice nulla-osta a che l'atto di disposizione che ha prodotto i suoi effetti possa, attraverso l'esecuzione da parte dell'istituto autorizzato, permettere il conseguimento dei risultati pratici. In altri termini, l'intervento del pretore, sia pure nella sussistenza di interessi di carattere pubblicistico assolutamente meritevoli di tutela, non dovrebbe avere questa funzione preminente o assorbente, cioè di atto autorizzativo, perchè altrimenti l'atto di disposizione, sia pure ridotto nei limiti che mi sono sforzato di precisare, viene a perdere non soltanto una giusta rilevanza giuridica, ma, a mio avviso, viene a perdere anche quell'importantissima funzione morale e sociale che a codesto atto deve essere necessariamente ricollegata.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Manca la garanzia, perchè rispetto ai medici, al donante, al donatario eccetera...

T R I M A R C H I . Però, signor Ministro, dicendo che anzichè essere decreto permissivo sia un nulla-osta, con questo non è che spostiamo la posizione del decreto, in sostanza.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Ma il nulla-osta è un decreto permissivo, perchè dice: « si autorizza, sentito... ».

T R I M A R C H I . No, non « si autorizza », perchè il pretore non ha da autorizzare un bel nulla; non ha da autorizzare un bel nulla perchè c'è l'atto di disposizione, chiamiamolo così, o la donazione, come dice il disegno di legge, che ha prodotto i suoi effetti e se quegli effetti sono degli effetti che l'ordinamento giuridico ritiene meritevoli di tutela, e si sono prodotti, il pretore non ha da aggiungere nulla. A me pare che non si possa ricollegare la possibilità dell'istituto di effettuare il trapianto con il fatto che interviene il decreto permissivo del pretore. Il pretore svolge una funzione di controllo che si presterebbe ad essere ulteriormente suddivisa in controllo di merito ed in controllo di legittimità. Ora il controllo che effettua il medico provinciale in parte è un controllo di merito perchè si rivolge al referto conclusivo dell'Istituto autorizzato, ma il controllo che effettua il Pretore è un controllo di mera legittimità, cioè della ricorrenza nella specie di tutti i presupposti richiesti dalla legge, ed allora non aggiunge nulla. Con l'autorizzazione, rimuove un ostacolo all'esercizio di un diritto. Nella specie, si dichiara l'accertata conformità alla legge di determinati atti.

Comunque, per quanto mi riguarda e per l'importanza che la cosa può avere sia pure con riferimento ad uno specifico punto del disegno di legge, mi permetterei di insistere nel mio punto di vista. Per concludere: sul disegno di legge, sui risultati pratici, sulle speranze che ad esso è possibile ricollegare si è pronunciato per il nostro Gruppo il collega D'Errico e a quelle conclusioni io, *toto corde* ed interamente, mi rifaccio. Mi sono sforzato di fare delle precisazioni di carattere giuridico allo scopo, nel caso che le stesse vengano prese in considerazione dall'Assemblea, di modificare il testo della leg-

ge in modo tale che questo disegno di legge con il testo eventualmente modificato serva a rispecchiare meglio la volontà di quanti, fino a questo momento, si sono occupati di questo importantissimo problema e se ne stanno occupando in questa sede. (*Applausi dal centro destra. Congratulazioni*).

**P R E S I D E N T E .** È iscritto a parlare il senatore Ferroni. Ne ha facoltà.

**F E R R O N I .** Signor Presidente, onorevoli colleghi, signor Ministro, fino all'ultimo momento, sono stato in dubbio se prendere o non la parola in Aula su un argomento sul quale avevo del resto parlato a lungo in Commissione. Se mi sono deciso a farlo è per due ragioni: prima di tutto perchè la cortesia del relatore, collega Samek, ha fatto sì che il mio nome apparisse nella relazione tra gli oppositori, all'interno dell'11<sup>a</sup> Commissione, di talune tesi da lui sostenute; non riportare in Aula le ragioni del dissenso mi è sembrata come una fuga di responsabilità, cosa che contrasta con la mia natura.

La seconda ragione è che, essendo il problema che stiamo affrontando di carattere prevalentemente scientifico e medico, per cui appunto i colleghi medici del Senato hanno avuto parte preponderante nella discussione, così in Commissione come in Aula, esiste tuttavia anche tra loro una notevole discordanza di punti di vista; il che può essere interessante o addirittura edificante agli occhi di un profano, di un laico, anzi, come molto più garbatamente dice il relatore, quale io sono, allorchè il dissenso avviene su problemi squisitamente scientifici, medico-biologici, tecnico-chirurgici, ma acquista un tutt'altro sapore quando il dissenso si manifesta su aspetti giuridici (sui quali abbiamo sentito interessanti enunciazioni adesso) e morali di una così difficile questione. Ed è in virtù di questo dissenso tra i medici, che per fortuna riporta la tendenza all'accademia pura, nobilissima e assai importante del resto, ad una più pertinente funzione legislativa, che ho trovato il coraggio, io profano o laico, di esporre il mio modesto parere su uno almeno dei pro-

blemi, su quello morale o etico, come definito dal relatore, ma che chiamerei più semplicemente un problema umano. E lo affronterò subito, il più brevemente possibile, evitando il ricorso a citazioni o a dati già abbondantemente portati qui per iscritto o a voce da altri colleghi, a cominciare dal relatore, non senza chiedere indulgenza ai colleghi medici se il mio linguaggio e le mie considerazioni saranno linguaggio e considerazioni di un uomo semplice, anche se non ignaro delle complessità e delle contraddittorietà della natura umana, degli intricati labirinti psicologici e sentimentali dell'uomo, purtroppo — o fortunatamente — mutevoli nel mutare delle stagioni della sua esistenza, influenzabili spesso dalle condizioni ambientali in cui l'uomo si forma, vive ed opera.

Questa premessa appare necessaria quando dico che, favorevole alla legge nel suo complesso, sono invece decisamente contrario alla formulazione del suo articolo 1, così come proposto dal relatore e accolto dalla maggioranza della Commissione. Perchè? Moltissimi sono i perchè, moltissime sono le ragioni; io ne dirò solo alcune.

La limitazione della facoltà di donare un rene ai soli « genitori, figli, fratelli germani o non germani del paziente », come è detto nel testo proposto dalla Commissione, non è a mio parere che un compromesso, se mi è permesso direi un brutto compromesso, tra la pressochè inesistente facoltà di disporre del proprio corpo, secondo l'articolo 5 del codice civile, (basti considerare che il divieto si riferisce all'integrità fisica, integrità comunque, in misura maggiore o minore, pur sempre compromessa quando si asporti un organo qualsiasi da un corpo, almeno allo stato attuale della scienza) e l'urgere invece della stessa scienza medica che sente, che ha coscienza di essere avviata ormai sul cammino di affascinanti conquiste e possibilità nel campo della sostituzione di organi umani distrutti da mali incontenibili e che chiede più ampio respiro, più ampie possibilità di sperimentazione. Non di sperimentazione fine a se stessa, ma volta a risolvere, in un domani ormai intravisto come possibile e prossimo,

i complessi problemi di tecnica chirurgica, di medicina, di genetica, di farmacologia, eccetera (e chiedo scusa ancora, onorevoli colleghi medici, se adopero termini non severamente esatti), per ridare fiducia e salvezza a quei quattromila — e anche più di quattromila, dice il relatore — condannati a morte certa, ogni anno, solo nel nostro Paese.

Tutto ciò può portare rischio, può portare danno per individui altrimenti sani o altrimenti integri? Certo. Ma mi sembra che il gioco valga la candela; che la grande famiglia umana possa pagare, ove occorra, questo relativo prezzo del sacrificio di pochi, oggi, per salvare domani i molti altrimenti inesorabilmente perduti.

Ma, si obietta, andiamo per gradi: poichè l'attecchimento dell'organo trapiantato è reso meno pericoloso e grave dalla consanguineità tra paziente e donante, limitiamoci per ora a consentire solo ai consanguinei la possibilità del dono. Dopodichè peraltro si aggiunge, con evidente contraddizione tra il sì alla legge condizionato ai soli consanguinei, ed i risultati anche in questo caso allo stato dei fatti raggiunti, che: « Comunque, si tratta sempre di sopravvivenze temporanee che non sembra vadano, nei casi favorevoli, oltre i due-tre anni ». E si prosegue: « E bisogna aggiungere che, in ogni caso, questa sopravvivenza temporanea del trapianto, anche quando trattasi di consanguinei, si può ottenere oggi solo mettendo in opera speciali tecniche "immunosoppressive" che sopprimono cioè le capacità immunologiche reattive del ricevente ».

Se ne dovrebbe dedurre a questo punto un rifiuto per tutti, anche per i consanguinei, se la menomazione del donatore può dare tutt'al più risultati tanto scarsi. Ed è tanto vero questo che più avanti si afferma sempre a pagina 5 della relazione che: « Guardando le cose da un punto di vista esclusivamente dottrinario, medico, biologico, la soluzione del problema aperto, cioè l'avvenire di questa terapia chirurgica affascinante, sembrerebbe, dunque, essenzialmente legato a due condizioni: l'approfondimento delle nostre cognizioni sulle compatibilità biologiche, al fine della scelta dei

donatori, cioè del donatore nel caso specifico più compatibile strutturalmente col ricevente, come è avvenuto con la scoperta dei gruppi sanguigni per la trasfusione del sangue; e la scoperta di mezzi specifici, atti a facilitare, senza danno per il paziente, il superamento della crisi iniziale del trapianto e una sua durevole ambientazione biologica. Una « coesistenza pacifica biologica » come dice molto spiritosamente il senatore Samek.

S A M E K L O D O V I C I , *relatore*.  
Ma ora si sono avuti dei progressi.

F E R R O N I . Io non credo sia necessario, collega Samek, dire di più per dimostrare quanto il relatore propendesse per il rigetto del disegno di legge e aggiungerò solo queste parole, sempre del relatore: « Sembra però al vostro relatore che ragioni giuridiche, incentrate nella innegabile menomazione permanente dell'integrità fisica del generoso donatore conseguente all'ablazione di un rene; ragioni morali, rappresentate soprattutto dalla precarietà, almeno allo stato attuale, sicuramente prevedibile del trapianto renale, tranne i casi eccezionali di gemelli omozigoti, che hanno identità di geni ereditari, nonchè dall'estrema difficoltà pratica di evitare con sicurezza dei mercati di organi umani; d'altra parte il fatto che esiste la possibilità di procedere in questa terapia sperimentale e nell'auspicabile e doveroso approfondimento delle conoscenze scientifiche che devono perfezionarla, mediante il ricorso al trapianto nel vivo di un rene prelevato dal cadavere appena deceduto, che assicura risultati analoghi, sembra, ripeto, al vostro relatore, che sconsiglino o perlomeno rendano prematuro l'accoglimento del disegno di legge ».

Senonchè un complesso di ragioni, successivamente, hanno indotto il relatore a modificare questo punto di vista e ad accettare il principio del trapianto del rene da vivente. Naturalmente noi siamo rispettosissimi, dirò di più, siamo sinceramente grati al relatore di essere giunto, non senza un certo immaginabile tormento interiore, che del resto io stesso ho a lungo provato,

a quest'ultima conclusione. Ma una volta giunti a questa conclusione positiva, bisognava, a mio avviso, completare, ampliare le possibilità offerte ai malati e ai medici; e proprio per le ragioni che il relatore porta a chiarimento della sua... conversione. Egli dice infatti: « Prescindendo dalle pressioni vivissime di un'opinione pubblica fortemente interessata ad una soluzione positiva, ma non bene informata, si sono imposti all'attenzione del relatore il parere favorevole del Consiglio superiore della sanità — seduta 14 maggio 1965 — il parere degli onorevoli colleghi della 11<sup>a</sup> Commissione nella loro maggioranza decisamente favorevoli alla legge, la considerazione del fatto che le legislazioni straniere in complesso autorizzano o non pongono seri ostacoli legali al trapianto del rene anche da vivente, onde non è infrequente il trasferimento in centri chirurgici americani e francesi di nostri pazienti desiderosi di tentare il trapianto renale, con evidente menomazione del prestigio della chirurgia nazionale; l'opportunità che anche l'Italia possa partecipare al progresso scientifico in questo settore; infine le importanti comunicazioni scientifiche, intervenute nel frattempo, di Terasaki, Starzl e collaboratori, al settimo congresso internazionale sul trapianto (New York, febbraio 1966).

Esse sono relative ad un perfezionamento dei metodi biologici per la determinazione dell'istocompatibilità mediante la ricerca degli antigeni leucocitari, che hanno permesso una più razionale selezione dei donatori. E i risultati, in 32 trapianti eseguiti con queste tecniche — per quanto sia troppo presto per poter esprimere un giudizio — sembrano più incoraggianti. Si sono, infatti, ottenuti in due gruppi di pazienti, trapiantati gli uni (18 casi) con rene prelevato da consanguinei, gli altri (14 casi) con rene proveniente da estranei, delle sopravvivenze ad un anno di distanza, pressochè uguali nei due gruppi e con una percentuale del 55 per cento, cioè assai superiore rispetto ai casi in cui il rene veniva prelevato da estranei scelti a caso. Si è potuto inoltre ridurre nei casi così selezionati il dosaggio e quindi gli effetti dannosi della terapia im-

muno-soppressiva, tuttavia ancora indispensabile ».

Ora, a parte le pressioni dell'opinione pubblica, che del resto esistono, che hanno un senso e che non dobbiamo proprio noi respingere aprioristicamente, sta di fatto che il parere favorevole del Consiglio superiore di sanità, risalente al 14 maggio 1965, era ben noto a tutti noi quando iniziammo il primo esame della legge, il 24 novembre 1965, per concluderlo in Commissione (e a mio sommo parere bene sarebbe stato concluderlo davvero in Commissione), dopo dieci appassionate sedute, l'ultima delle quali ebbe luogo il 25 maggio di quest'anno.

Ma c'è di più. Il parere del Consiglio superiore di sanità andava ben oltre. Esso infatti, onorevoli colleghi, è così concepito: « Il Consiglio superiore di sanità (sezione III), visto lo schema di legge concernente il trapianto del rene tra persone viventi sottoposti dagli uffici, eccetera; viste altresì le relazioni redatte in merito dalla Direzione generale servizi igiene pubblica ed ospedali e dalla Direzione generale servizi di medicina sociale; udita la Commissione relatrice, professori Aru, Giovanardi, Bossa, Valdoni e i relatori Aru, Valdoni; esaminati gli atti; rilevato come, » (vorrei si ascoltasse attentamente questo documento mirabile) « in considerazione dei costanti e continui progressi nel campo della chirurgia non convenga limitare il permesso del trapianto di organi tra persone viventi al solo rene, ma sia opportuno estendere tale permesso a tutti gli altri organi, esprime parere favorevole all'approvazione dello schema di legge in parola purchè esso venga modificato come appresso: Schema di legge concernente la donazione di organi da persone viventi ».

Altro quindi che limitazioni ai soli consanguinei! (*Interruzione del senatore Samek Lodovici*). Quel voto, a mio parere, spalancava alla scienza orizzonti vastissimi, offriva alla scienza medico-chirurgica italiana la possibilità di mettersi al passo, o forse di superare, come è nei nostri voti del resto, anche quella di altri Paesi. Così invece, onorevoli colleghi, restringendo il campo di azione e di sperimentazione ai soli parenti,

corriamo il rischio di impigrire i nostri ricercatori, di renderci tributari ad altri Paesi nella conoscenza più estesa dei problemi connessi ai trapianti in generale e, nel caso, a quello del rene; con ritardo evidente di applicazione di metodi, di medicinali nuovi, nel nostro Paese; in definitiva con danno per il malato e infine, ciò che è più grave, a mio parere, creando, con le restrizioni apportate, una condizione psicologica di angoscia per quei malati che non hanno parenti o che hanno parenti per molte ragioni non disposti o nell'impossibilità di offrire il loro rene.

Ecco perchè, onorevoli colleghi, ho parlato di contraddizione; ecco perchè ho parlato — e me ne scuso — di brutto compromesso; accolto del resto dai più con motivazioni le più diverse, quasi come se, rispetto al testo originale del disegno di legge che non poneva limitazioni di parentela o di consanguineità, questa limitazione fosse accolta più che come l'inizio di un bene, come il minore dei mali.

Non è chi non veda, infatti — e del resto lo stesso relatore ne dà atto — come quel termine « consentita » introdotto nell'articolo 1 dalla Commissione si tradurrà in un obbligo per il genitore, per il figlio, per il fratello ed in un diritto per il paziente. Nel momento in cui il legislatore fa la precisa delimitazione dei potenziali donatori, non avendola egli fatta per ragioni meramente sentimentali o su presupposti di legami affettivi tra parenti, non sempre ed in ogni caso esistenti e producenti (questa purtroppo è la realtà della vita), ma avendola fatta sulla scorta di una sia pur relativa certezza scientifica, ecco diminuire notevolmente la coscienza del rischio ed il verificarsi di quella condizione di dovere e diritto di cui parlavo prima, resa acuta nel secondo caso dall'istinto di conservazione comune ad ogni individuo.

E che altro è questo, onorevoli colleghi, se non una forma di pressione, di coercizione spirituale? Lo è senza dubbio. Forse è qualcosa di più. Forse è qualcosa di peggio: forse è un inganno che noi compiamo verso il cittadino che abbia fiducia nelle scelte meditate e ponderate del legislatore. Quali

drammi noi andiamo a produrre nella coscienza di quei consanguinei tanto spesso divisi da rancori, da motivi d'interesse, dai motivi più vari? Sono situazioni che pure esistono, che conosciamo di persona in tante famiglie del nostro mondo circostante, che vediamo nella cronaca nera di ogni giorno.

Intorno alla situazione di familiari non disposti o impotenti a sottoporsi al sacrificio del dono di un loro rene potrebbe farsi una lunga casistica, un lungo elenco di sofferenze, un lungo elenco di viltà morali o fisiche, di motivi di scelta tra il bene possibile a farsi donando un rene ad un congiunto e il bene che si verrebbe a sottrarre con la propria menomazione, con la menomazione fisica del donatore, ad altri esseri, altrettanto cari, ad esempio a figli minori, bisognosi della piena integrità del padre. È possibile tutta una casistica: basta forzare un poco la fantasia e questo elenco ciascuno di noi è in grado di farlo.

Certo, sono genitori, sono parenti di malati che premono per togliere di mezzo gli impedimenti legislativi che noi ci accingiamo ad eliminare. E saranno sempre più numerosi i casi di sacrifici compiuti da consanguinei piuttosto che da estranei.

E tra i consanguinei prevarranno i genitori, per legge di natura, perchè i genitori sono sempre disposti a donare tutto ai loro figli: e le statistiche in nostro possesso stanno a provarlo, ammesso che vi sia bisogno di confermare questa mia affermazione.

Tuttavia converrà anche che il genitore donante sappia che, menomato di un rene, serie complicazioni possono verificarsi verso il sesto o il settimo decennio di vita con l'apparire frequente di malattie sclerotiche e cardiovascolari, come giustamente osserva il nostro relatore.

Ecco perchè, onorevoli colleghi, io fin dal primo momento sono stato contrario a circoscrivere ai soli consanguinei la possibilità prevista da questa legge. Anch'io mi sono posto il problema se per ipotesi non si andasse a creare un turpe e penoso mercato del rene, con il venditore tra i poveri (ancora tanto numerosi specie in certe zone del nostro Paese) e l'acquirente tra i ricchi, o



comunque tra coloro in grado di procurarsi il denaro occorrente alla turpe transazione. Mi è sembrata però questa una ipotesi sempre meno probabile, e per la maggiore elevatezza economica e culturale delle masse e per le cautele notevolmente severe che la legge prevede; e infine perchè chi dispone di mezzi può oggi con relativa facilità accedere a cliniche estere evitando la complicata e pericolosa ricerca di un donatore a pagamento nel nostro Paese.

Mi sia concesso, a questo punto, di rilevare come, nonostante il nostro sforzo di rendere giustizia o nel timore di produrre ingiustizia, anche in questo caso, si renda ingiustizia a coloro che, privi di parenti disposti al dono, e quindi condannati a morire o a tentare altre vie, anche esse tutt'altro che certe, oggi del tutto malsicure, possono cercare in altri Paesi, con il proprio denaro, il donatore da noi rifiutato o magari portarselo all'estero in barba ai nostri divieti e alle nostre limitazioni.

Per questo, onorevoli colleghi, ho proposto un emendamento inteso a ripristinare il testo del Governo all'articolo 1, il quale risponde ad una visione più illuminata e lungimirante del progresso della scienza medica. Infatti, nella prima stesura, pur senza eliminare i motivi di coercizione psicologica e drammatiche situazioni morali a cui io ho, sia pure rapidamente, accennato, esso li attenua, li stempera, allargando la cerchia dei possibili donatori. Un paziente, non potendo sperare nella guarigione per l'assenza o per la mancata volontà o possibilità di intervento dei familiari, può sempre sperare nella generosità di persone a lui care o a lui legate da affetti e da vincoli non necessariamente di sangue.

Ho chiesto, infine, che questa possibilità sia estesa a tutti per un mio atto di fiducia nell'uomo. Malgrado tutto, malgrado miserie, bassezze, infinite contraddizioni tra il bene e il male, questo essere strano che è l'uomo è purtuttavia capace di ogni sublimazione di se stesso, di generosità e di solidarietà talvolta impensabili.

Io, come dicevo in Commissione, lasciatemelo dire qui, anche se sarò accusato una volta di più (ma non me ne importa un gran

che), di fare leva sui sentimenti, non posso dimenticare un episodio avvenuto a Marghera, nella mia Venezia, di un operaio che sviene in una cisterna carica di gas, e quattro uomini — quattro — coscientemente, si calano uno per volta nella cisterna, muoiono tutti e quattro insieme al primo nel compiere il tentativo, che diventa cosciente sacrificio, del salvataggio di un loro compagno, di un loro amico forse, o forse anche no, di un altro uomo, insomma.

E quanti casi simili esistono, non necessariamente dovuti a parenti! Potrei citarne infiniti. Ho qui un'altra documentazione su questa capacità dell'uomo di essere talvolta così generoso verso i suoi simili; è la lettera di un illustre clinico, del quale non sono autorizzato a fare il nome, il quale mi scrive: « Le recherà conforto sapere che ho avuto in questi giorni una lettera di un individuo condannato per un reato e poi amnistiato » (badate bene, questo individuo è già fuori dalla galera, non è all'ergastolo, non ha la prospettiva di non uscire più dal carcere) « il quale offre un suo rene per redimersi verso la società del reato commesso ». Non aggiungo altro, perchè non trapei dalle parole il nome di chi mi scrive.

Ma allora, perchè tarpare le ali a questo aspetto più nobile dello spirito umano, perchè non consentire a chi lo voglia compiere questo atto cosciente di solidarietà, di sacrificio, per affetto verso una persona cara, verso una persona amata, in pericolo?

Ecco, io credo che sarebbe un errore, sarebbe veramente un umiliare lo spirito umano, la capacità dell'uomo di solidarietà e di fraternità con gli altri uomini.

Dal momento che si è accettato il principio, bisogna allargarlo a tutti. Se si temeva una volta di più, come si teme sempre nel nostro Paese, il salto nel buio, allora bisognava dire: no! Avendo detto sì, bisogna allargare a quella più grande famiglia che è la famiglia umana, che è nel nostro caso la famiglia nazionale, la possibilità di compiere questo sacrificio quando ragioni sentimentali, morali e affettive lo impongano.

Ed ecco perchè io, pur dichiarando che parlo a titolo personale (e del resto penso che ogni oratore abbia parlato a titolo per-

sonale perchè abbiamo sentito pareri discordanti da elementi di uno stesso Partito), pur dichiarando che in ogni caso voterò la legge, anche nella sua seconda stesura, quella voluta dalla Commissione, perchè è meglio cominciare con poco piuttosto che non cominciare mai, spero che il Senato accolga il mio emendamento per riportare il testo allo stato primitivo, come inizialmente voluto dal Governo, per le ragioni che ho esposto.

Vorrei soltanto togliere, all'articolo 1, poichè le reputo superflue, le parole: « al fine di salvare la vita ». E faccio questa proposta non per la motivazione che ho sentito a suo tempo in Commissione, cioè perchè questa terapia, la terapia del trapianto del rene, non dà garanzia di salvezza di vita; non per questo, perchè qualunque malattia può portare alla morte, il che non annulla la scienza medica ed il compito del medico che è di tentare di salvare la vita. Io voglio togliere queste parole perchè ritengo che un medico non possa mai operare se non per salvare la vita di chi soffre; per questo ho trovato pleonastica, superflua, se non quasi ingiuriosa, la formula che io intendo sopprimere con l'emendamento che ho proposto. (*Vivi applausi. Congratulazioni*).

**PRESIDENTE.** È iscritto a parlare il senatore Lorenzi. Ne ha facoltà.

**L O R E N Z I.** Signor Presidente, onorevole Ministro, signori senatori, a vostra consolazione sarò molto breve. Il disegno di legge ministeriale sul trapianto del rene tra persone viventi è sicuramente un intervento legislativo di grandissima importanza che si riallaccia alla legge n. 235 del 1957 e successivi regolamenti del 1961 e del 1965 sui trapianti da cadavere e tende ad estendere la liceità dell'atto operatorio anche nei rapporti tra i vivi: il donatore e il donatario. È senza dubbio un problema audace volto a beneficio dell'umanità e presenta aspetti di grande interesse e di estrema delicatezza. In tema di politica normativa, rispetto ai fenomeni nuovi, il legislatore non dovrebbe anticipare discipline astratte fino a che i fenomeni sono in fase sperimentale. Il legislatore dovrebbe intervenire, anzi de-

ve intervenire soltanto quando i ritrovati della sperimentazione, penetrando nella realtà, abbiano raggiunto una maturazione tale da consentire di utilizzare nella pratica i risultati conseguiti dalla tecnica e dalla esperienza. Ora spetta alla scienza medica rispondere al quesito che ci siamo proposti, se cioè il trapianto del rene tra i vivi possa considerarsi uscito dalla fase sperimentale con risultati tali da dare un'apprezzabile sicurezza. A dire il vero gli esperti non sono completamente d'accordo sull'apprezzabile sicurezza dell'intervento. Il problema presenta luci ed ombre: le prime non completamente chiare, le seconde prevalentemente confuse, per cui sul piano giuridico alla potenzialità espansiva regolatrice dei principi generali e all'interpretazione evolutiva giurisprudenziale si tende in genere ad affidare, e con riserve, il diretto intervento legislativo ad un secondo tempo. E quanto era avvenuto al riguardo nel famoso caso di Napoli del 1930 che tanto scalpore ha suscitato nell'ambiente medico e nell'ambiente giuridico. Ne ha parlato largamente l'onorevole D'Errico. Un giovane robusto aveva ceduto, dietro adeguato prezzo, io penso, uno dei propri organi ad un ricco straniero bramoso di ridare vita alla propria virilità. Nel caso i giudici di merito e poi la Cassazione avevano ritenuto non sussistere reato sotto il profilo della validità del consenso del donatore. Oggi però tale concetto non sarebbe più concepibile di fronte alla sopravvenuta norma dell'articolo 5 del Codice civile che vieta atti di disposizione del proprio corpo quando cagionino diminuzione permanente dell'integrità fisica. Si tenga presente che la perdita di un rene è valutata al 25 per cento della capacità lavorativa. Da qui la necessità di abolire l'articolo 5 del Codice civile o disporre per legge il superamento di tale divieto. Teniamo presente ancora ciò che nell'articolo 32 della Costituzione si dice a questo proposito: « La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana ». D'altra parte il concetto di indisponibilità del proprio corpo, che sta alla base anche di quest'ultimo precetto proibitivo costituzionale, non va inteso in senso

assoluto. Si ammette ormai pacificamente che possa disporsi di parti superficiali del proprio corpo (cute, segmenti ossei, sangue) a favore di altri soggetti che ne abbiano bisogno, sembrando prevalente, in questi casi, il risultato benefico di salvare altre persone in pericolo di vita rispetto al lieve danno che possa derivare al donatore. Così, sviluppando tale concetto, quando il fine sia veramente elevato, di disinteressato altruismo, direi perfino eroico, e trattisi di organi doppi (occhi, reni) in circostanze quindi tali da non alterare gravemente la funzione, si potrebbe arrivare alla legittimazione di altre oblazioni come quelle testè menzionate. L'essenziale è che in un campo come questo si proceda con prudenza — ripeto, prudenza — e gradualità affidate soprattutto a criteri di limiti che sembrano doverosi rispetto a fenomeni ancora in fase di evoluzione di studio, a protezione degli interessi individuali e collettivi in gioco; prudenza e gradualità fino a che la scienza e l'arte terapeutica non abbiano raggiunto traguardi adeguati di stabilità e di sicurezza nel tempo.

Intanto sarebbe necessario, onorevole Ministro, allargare il campo terapeutico dell'emodialisi in tutti gli ospedali principali con attrezzature adeguate e sufficienti, anche se detta terapia non è e non può essere definitiva. Nello stesso tempo, si dovrebbero istituire dei centri di ricerca, di studio e di applicazione pratica presso le università e gli ospedali maggiori, come si è fatto in altre Nazioni, per vedere di vincere ancora le molte difficoltà che si frappongono all'omogeneità dei gruppi sanguigni e alle affinità costituzionali. Così la scienza progredirà, estendendo con maggior sicurezza il campo di applicazione degli interventi. (*Applausi del centro*).

P R E S I D E N T E . Rinvio il seguito della discussione ad altra seduta.

### Presentazione di disegni di legge

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*.  
Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*.  
Ho l'onore di presentare al Senato i seguenti disegni di legge:

« Sistemazione dei debiti verso le amministrazioni provinciali per assegni corrisposti al personale non di ruolo del cessato ACIS al 30 giugno 1952 » (1879);

« Assegnazione straordinaria per la parziale sistemazione dei debiti per ricovero degli infermi poliomielitici, discinetici e lussati congeniti all'anca » (1880).

P R E S I D E N T E . Do atto all'onorevole Ministro della sanità della presentazione dei predetti disegni di legge.

### Annunzio di interpellanze

P R E S I D E N T E . Si dia lettura delle interpellanze pervenute alla Presidenza.

Z A N N I N I , *Segretario*:

RODA. — *Al Ministro dei lavori pubblici*. — Per conoscere in ordine al disposto della legge 1° novembre 1965, n. 1179, recante norme per l'incentivazione dell'attività edilizia:

a) quale fu l'esatto numero delle domande accolte entro il termine del 31 dicembre 1965 ai sensi dell'articolo 10 della legge citata, ed il loro ammontare;

b) qual è stata in concreto la pratica attuazione della legge, dopo 13 mesi dalla emissione del decreto presidenziale che parlava di: « straordinaria necessità ed urgenza per l'incentivazione dell'attività edilizia », dal momento che nulla o assai poco risulta sia stato realizzato nel quadro del provvedimento in oggetto. (503)

MAMMUCARI, COMPAGNONI, GIGLIOTTI. — *Al Ministro dei trasporti e dell'aviazione civile*. — Per conoscere se, a causa del profondo e crescente malcontento degli utenti per il modo come è organizzato il servizio di trasporto, non ravvisi la neces-

sità di togliere la concessione o limitare l'area della concessione alla ditta Zeppieri nel comprensorio della media ed alta valle dell'Aniene e nella zona dell'Arsolano in provincia di Roma e di affidare, rispettando tutte le norme di legge, la concessione del servizio all'ATAC o alla STEFER, così come richiesto dai viaggiatori, specialmente lavoratori e studenti. (504)

### Annunzio di interrogazioni

P R E S I D E N T E . Si dia lettura delle interrogazioni pervenute alla Presidenza.

Z A N N I N I , Segretario:

VERONESI. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri ed ai Ministri della sanità e del lavoro e della previdenza sociale.* — Per sapere se siano a conoscenza della gravissima situazione in atto nell'ambito sanitario della provincia di Ferrara e di altre provincie dell'Emilia-Romagna, con ripercussioni gravemente antisociali, dove alcuni Enti mutualistici nazionali sono da tempo in grave insolvenza verso gli ospedali ed in particolare verso l'Arcispedale S. Anna di Ferrara per cui gli assistenti di detto e delle cliniche universitarie in esso site non percepiscono le legittime spettanze maturatesi da tempo e, ad esempio, da oltre un anno nei confronti della Federazione nazionale casse mutue malattia coltivatori diretti e dal febbraio 1966 nei confronti dell'INAM.

Le attività promosse ad oggi dagli interessati non hanno dato esito nel mentre gli assistenti, per quanto riguarda la tutela dei loro diritti di prestatori d'opera si trovano in una situazione di particolare minorazione in quanto non possono avvalersi delle garanzie costituzionali attribuite al diritto alla retribuzione e non è loro possibile valersi in modo determinante dello sciopero poichè, nella maggioranza dei casi, si troverebbero, come medici, di fronte all'obbligo legale e deontologico di prestare assistenza ai malati.

Conseguentemente, essendo palesemente

iniquo e antisociale che Enti mutualistici di carattere nazionale dimostrino una palese e continua insensibilità verso la posizione di minorazione in cui versano gli assistenti ospedalieri, appare opportuno un provvedimento amministrativo d'urgenza per il pagamento degli arretrati e per rendere tempestivo e regolare il pagamento mensile dei proventi mutualistici salvo a procedere alla emanazione di provvedimenti legislativi che possano evitare il ripetersi di quanto accaduto e, pertanto, l'interrogante chiede di conoscere:

quali provvedimenti urgenti si ritengano adottare per l'immediato pagamento delle competenze maturate ed arretrate come sopra;

quali garanzie si intendano introdurre per assicurare nel futuro che tale pagamento avvenga con regolarità e tempestività;

quali iniziative si intendano assumere perchè nella disciplina legale del rapporto di lavoro ospedaliero siano eliminati i gravi inconvenienti sopra lamentati. (1418)

CAPONI. — *Ai Ministri dei trasporti e dell'aviazione civile e del turismo e dello spettacolo.* — Per conoscere se non ritengano giustificato lo stato d'allarme e di agitazione esistente tra il personale della ferrovia in concessione Spoleto-Norcia e tra le popolazioni interessate per il fatto che la sovvenzione di esercizio da parte dello Stato disposta con il decreto ministeriale n. 110/a, del 21 agosto 1964, sia stata condizionata all'efficienza della strada statale che collega Spoleto a Norcia, cioè alle risultanze del servizio automobilistico che dovrebbe trovare pieno espletamento con le opere di sistemazioni stradali in corso.

Il convincimento che si voglia abbandonare la ferrovia è confermato dal rifiuto degli organi ministeriali di dare corso all'utilizzazione di 60 milioni di finanziamenti disponibili per l'ammodernamento degli impianti mobili e fissi, i quali sono ridotti al limite di sicurezza dopo i regolamentari 40 anni di esercizio.

Il proposito di abbandonare la ferrovia contrasta apertamente con le funzioni che

le vengono assegnate nel piano regionale di sviluppo umbro, sia come incremento delle attività turistiche, sia come mezzo di normale collegamento tra la città di Spoleto e i numerosi Comuni della montagna nursina, specie nei mesi invernali quando la neve ostruisce o rende difficoltoso il traffico stradale.

L'interrogante chiede, pertanto:

che il Ministro dei trasporti, nell'interesse del turismo e delle popolazioni, riesamini gli orientamenti contenuti nel richiamato decreto ministeriale n. 110/a, del 21 agosto 1964, dando corso alle opere di ammodernamento e alle richieste di assicurazioni sul futuro della ferrovia Spoleto-Norcia;

che il Ministro del turismo voglia interporre tutti i suoi buoni uffici per evitare che le attività turistiche di livello internazionale della città di Spoleto e i suoi collegamenti con il centro religioso di Cascia, con la storica cittadina di Norcia e con gli altri Comuni della montagna nursina possano risultare danneggiati dall'abbandono della ferrovia Spoleto-Norcia. (1419)

*Interrogazioni  
con richiesta di risposta scritta*

JANNUZZI. — *Al Ministro dei lavori pubblici.* — L'interrogante, richiamandosi a sue precedenti interrogazioni, chiede al Ministro che dia, con risposta urgente, comunicazione dello stato attuale dei lavori sulla strada statale 90-bis che collega direttamente Savignano con Benevento (evitando l'impervio tratto di Ariano di Puglia, Grottaminarda e Mirabello) e che, in attesa che entri in funzione l'autostrada in costruzione, faciliti enormemente le comunicazioni del Sud con Napoli e Roma e il nord d'Italia.

L'interrogante, facendo eco ad un recente voto della Camera di commercio di Benevento, che si aggiunge ai molti altri già espressi in molte sedi, fa appello agli impegni ripetutamente assunti dal Ministero dei lavori pubblici perchè la detta strada sia restituita al più presto al traffico normale, es-

sendo inesplicabile e non più tollerabile l'attuale stato di cose. (5231)

MILITERNI. — *Al Ministro per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno e nelle zone depresse del Centro-Nord ed ai Ministri dell'agricoltura e delle foreste, dei lavori pubblici, del turismo e dello spettacolo e della pubblica istruzione.* — Per conoscere:

preso atto, con vivissima soddisfazione, che la zona calabrese del Pollino — di cui Castrovillari è il naturale centro geo-economico -- a seguito delle reiterate istanze dell'interrogante, di altri onorevoli colleghi dei due rami del Parlamento, nonchè dei Comuni interessati, della *Pro loco* di Castrovillari e dell'Amministrazione provinciale di Cosenza, è stata dichiarata comprensorio di sviluppo turistico, unitamente alla contigua zona archeologica e termo-balneare di Cassano-Sibari;

rilevato che la predetta zona di sviluppo turistico è caratterizzata, a livello ottimale, dall'eccezionale peculiarità climatico-elioterapica della più ravvicinata sintesi naturale mare-montagna;

constatato, peraltro, che la zona montana del Pollino, all'incrocio di tre regioni — Campania, Lucania, Puglie — che sulla serra del Dolce Dorme attinge, con la visione dei due mari, la massima altitudine di tutto l'Appennino meridionale (m. 2.300 circa), è stata inoltre considerata zona di particolare depressione;

constatato che, ad iniziativa dell'Amministrazione comunale di Castrovillari, è stata già promossa, con encomiabile tempestività, e con l'assistenza del benemerito Istituto per l'assistenza allo sviluppo del Mezzogiorno (IASM), la costituzione del Consorzio tra i Comuni interessati allo sviluppo turistico della predetta zona;

rilevato, inoltre, che il Comitato dei ministri per il Mezzogiorno, come da recente risposta a precedente interrogazione dell'interrogante, subordinava la sistemazione dell'attuale, unica strada d'accesso alle prime quote del Pollino (Piano del Ruggio), e

la costruzione della strada delle Vette del Pollino — di notevolissimo interesse, oltre che turistico, anche agricolo e forestale — al verificarsi della condizione giuridica di intervento, e cioè l'inclusione della zona in un comprensorio di sviluppo turistico:

a) se non si ritenga opportuno disporre che, in considerazione della particolare depressione della zona e della situazione deficitaria dei Comuni interessati, il benemerito IASM provveda, a totale suo carico, alla redazione del progetto di massima delle concrete e tipiche possibilità di sviluppo turistico delle zone menzionate;

b) se, in linea pregiudiziale e con la necessaria priorità, non si ritenga provvedere alla programmazione ed al finanziamento della strada turistica del Pollino che a Campo Tenese verrà ad innestarsi all'autostrada Salerno-Reggio Calabria, e la cui urgente realizzazione è condizione primaria ed indispensabile di ogni altra possibilità di sviluppo turistico del Pollino;

c) se non si ritenga, infine, necessario superare ogni ulteriore indugio e provvedere al finanziamento degli scavi archeologici per la riscoperta dell'antica Sibari, la cui attuazione, da anni allo studio da parte di già avviate iniziative private nazionali ed internazionali, doterebbe il Mezzogiorno d'Italia e l'Europa di una delle più interessanti zone archeologiche del mondo. (5232)

MACCARRONE. — *Al Ministro dei lavori pubblici.* — Per conoscere l'importo aggiornato del progetto per l'esecuzione del canale scolmatore dell'Arno e l'importo delle opere da eseguire ancora all'ottobre 1966, nonchè per conoscere il tempo approssimativo entro il quale si prevede di completare definitivamente l'opera. (5234)

TORELLI. — *Al Ministro dell'agricoltura e delle foreste.* — Premesso:

che la « Cooperativa dei pescatori professionisti » con sede all'isola Pescatori di Stresa (Novara) è subconcessionaria dei diritti di pesca su gran parte del Lago Mag-

giore di cui sono titolari la Nobile Casa Borromeo ed altri;

che la predetta Cooperativa ha comunicato alle associazioni di pescatori dilettanti che a partire dal 1° gennaio 1967 essa distribuirà i permessi per la pesca con la canna anche dalla riva del lago ed inoltre che qualsiasi competizione sportiva dovrà essere preventivamente autorizzata da questa cooperativa previo accordo sul *quantum* da pagare per lo svolgimento di ogni singola manifestazione;

che la riscossione di una quota per il permesso di pesca dalla riva non è mai stata richiesta a memoria d'uomo e viene inoltre a costituire un ostacolo burocratico a tutti coloro, specialmente turisti e forestieri, che si dedicano a questo genere di sport,

si chiede di conoscere se e in base a quali norme la Cooperativa subconcessionaria dei diritti di pesca sul Lago Maggiore possa emanare le disposizioni surriferite e se il Ministro non ritenga, nel caso in esame, d'intervenire in via d'urgenza per sospendere l'applicazione delle dette norme, attesa specialmente la loro dubbia validità sia sotto il profilo giuridico che costituzionale. (5235)

ROMANO. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per sapere se nel regolamento sugli esami di abilitazione e di concorso per la scuola secondaria di primo grado, che dovrà essere approvato con decreto presidenziale, non ritenga che le lauree in Economia e commercio, in Scienze economiche e commerciali, in Scienze economico-marittime, debbano essere considerate titolo valido per l'ammissione agli esami di abilitazione e di concorso per l'insegnamento di matematica, osservazioni ed elementi di scienze naturali.

La richiesta è giustificata dalla considerazione che i corsi di studio per il conseguimento delle predette lauree comprende l'insegnamento della matematica generale, finanziaria ed attuariale ed è sostenuta validamente da un ordine del giorno approvato ad unanimità dalla 6ª Commissione del Senato, nella seduta del 12 ottobre 1966, che

rivolge al Ministro esplicita raccomandazione nel senso auspicato dianzi per quanto attiene alla materia degli incarichi e delle supplenze. (5236)

FERRARI Francesco, PIGNATELLI, CAROLI, GIUNTOLI Graziuccia, JERVOLINO, BISORI, GENCO, SPIGAROLI, BELLISARIO, RUSSO, CORNAGGIA MEDICI, GRIMALDI, BERTOLA, SALARI, TIBERI, MASOBRIO, AJROLDI, DI GRAZIA, BONADIES, CAGNASSO, BATTISTA, PAFUNDI, BOLETTIERI, DERIU, SCHIAVONE, MORABITO, PERRINO, PACE. — *Al Ministro delle finanze.* — Per conoscere la linea politica e socio-economica che intende seguire per l'Azienda di Stato dei tabacchi, in collaborazione con le categorie interessate e se, nel quadro di un necessario aggiornamento della vigente disciplina giuridica, vorrà tener conto dei recenti studi in materia, nonchè della secolare esperienza organizzativa e della proficua attività agricola e industriale di detta Azienda, anche in relazione alla prossima determinazione della politica economica comune settoriale del MEC. (5237)

BOCCASSI. — *Ai Ministri dell'interno e del tesoro.* — Per conoscere quali provvedimenti intendano prendere per migliorare le pensioni dei ciechi civili italiani in considerazione del cronico disagio in cui vive la maggior parte dei privi di vista.

Il crescente malcontento della categoria è determinato dalla spiacevole constatazione che i promessi miglioramenti delle pensioni, formalmente assicurati per l'esercizio finanziario 1966 dai Ministri del tesoro e del bilancio, precisamente il 3 dicembre 1965 ed il 4 aprile 1966 nell'incontro avuto con il Presidente dell'Unione italiana ciechi, non sono stati fino ad oggi concessi. (5238)

MAMMUCARI, GIGLIOTTI. — *Al Ministro dell'interno.* — Per conoscere se è conciliabile con la funzione amministrativa comunale l'atteggiamento del Sindaco e dell'Assessore delegato di Marano Equo (Roma) in

merito alla domanda di concessione dello sfruttamento industriale delle acque minerali scaturenti nel comprensorio, ove esiste un lotto di terreno comunale, avanzata dalla Ditta « Mola Nova » del signor Grimaldi.

Gli interroganti fanno presente che:

L'Assessore delegato — signor Mariani — proprietario del terreno, donde scaturiscono le sorgenti, ha venduto l'appezzamento alla Ditta in parola;

L'Amministratore comunale non solo non ha avanzato richiesta di avocazione, a pro' della popolazione, a se stesso della concessione, ma non intende comunicare nè alla Giunta, nè al Consiglio comunale, nè al popolo i termini della convenzione Mariani-Comune-« Mola Nova »;

i contadini proprietari dei terreni siti sul comprensorio hanno avanzato ricorsi e intendono opporsi all'attività della Ditta e del signor Grimaldi. (5239)

MAMMUCARI. — *Al Ministro dell'industria, del commercio e dell'artigianato.* — Per conoscere:

1) se vi sono altre ditte, società, enti, persone, che hanno avanzato richieste per lo sfruttamento industriale delle acque minerali, sorgenti a Marano Equo (Roma) oltre alla Ditta « Mola Nova » del signor Grimaldi;

2) quali difficoltà si frappongono alla concessione dello sfruttamento di tali acque alla Società « Mola Nova »;

3) quali opposizioni sono state avanzate, ai fini della concessione, da parte del Comune o di privati cittadini di Marano Equo. (5240)

POLANO. — *Al Ministro delle finanze.* — Per conoscere i motivi per i quali viene mantenuto il controllo doganale sui bagagli dei passeggeri che sbarcano a Genova in provenienza dai porti della Sardegna, mentre tale controllo non ha più luogo per i passeggeri che sbarcano a Civitavecchia; e se non ritenga opportuno sopprimere il predetto controllo. (5241)

POLANO, PIRASTU. — *Ai Ministri dei lavori pubblici, dell'agricoltura e delle foreste e dell'interno.* — Per conoscere i risultati degli accertamenti sui danni causati dal nubifragio estremamente violento che ha colpito diverse zone della Sardegna, e particolarmente la Gallura in provincia di Sassari, e l'Ogliastra in provincia di Nuoro, nonché la stessa città di Nuoro; e quali provvedimenti siano stati adottati per risarcire i danneggiati e per ripristinare le opere distrutte o gravemente lesionate. (5242)

#### **Annunzio di ritiro di interrogazioni**

P R E S I D E N T E . Si dia lettura dell'elenco di interrogazioni ritirate dai presentatori.

Z A N N I N I , *Segretario:*

n. 364 del senatore Trabucchi e di altri senatori.

#### **Annunzio di interrogazioni trasformate in interrogazioni con richiesta di risposta scritta**

P R E S I D E N T E . Si dia lettura dell'elenco di interrogazioni trasformate dai rispettivi presentatori in interrogazioni con richiesta di risposta scritta:

Z A N N I N I , *Segretario:*

n. 1108 del senatore Fortunati e di altri senatori nella interrogazione n. 5233.

#### **Ordine del giorno per la seduta di giovedì 13 ottobre 1966**

P R E S I D E N T E . Il Senato tornerà a riunirsi domani giovedì 13 ottobre, in due sedute pubbliche, la prima alle ore 10 e la seconda alle ore 17, con il seguente ordine del giorno:

#### **I. Discussione della mozione:**

FABIANI, TERRACINI, PERNA, GIANQUINTO, ADAMOLI, MACCARRONE, SECCHIA, FORTUNATI, ORLANDI, AIMONI, MORVIDI, BERTOLI, GIGLIOT-

TI, GUANTI, D'ANGELOSANTE, CARUSO, DE LUCA Luca, PETRONE. — Il Senato,

constatata la gravissima situazione finanziaria degli Enti locali che minaccia la paralisi di servizi essenziali all'assolvimento dei compiti delle civiche comunità e che annulla ogni residuo della loro vita autonoma;

convinto che un debito di circa 5.000 miliardi ed un *deficit* di esercizio che, nonostante il pesante intervento degli organi tutori diretto ad un rigido contenimento della spesa, supera i 500 miliardi, rappresentano un limite oltre il quale si rischia di provocare un imponente dissesto finanziario;

persuaso che questa situazione è stata causata da una politica che ha costantemente ignorato in materia i precetti costituzionali ed è resa più grave da persistenti ritardi in adempimenti di legge, nel pagamento dei debiti dello Stato verso gli Enti locali, oltre che dall'insufficiente intervento della Cassa depositi e prestiti nel servizio dei mutui;

mentre afferma ancora una volta l'urgenza della riforma generale della finanza locale che, nel pieno rispetto della loro autonomia finanziaria, assicuri agli Enti locali mezzi adeguati ai compiti crescenti a cui sono chiamati e al ruolo che dovranno assumere nella politica di programmazione e nell'attuazione dell'ordinamento regionale;

considera indilazionabile il passaggio all'esame ed alla approvazione dei numerosi disegni di legge di iniziativa parlamentare relativi a misure parziali a favore della finanza locale da tempo giacenti dinanzi alle due Assemblee;

ed impegna il Governo:

a) a provvedere immediatamente a dar corso a quanto disposto dall'articolo 8 della legge 18 dicembre 1959, n. 1079, sull'abolizione dell'imposta sul vino al fine di assicurare ai Comuni i legittimi crediti verso lo Stato afferenti agli anni 1963, 1964, 1965, 1966;



b) a predisporre il sollecito pagamento a Comuni e Province dei proventi sulle compartecipazioni ai tributi erariali;

c) a far obbligo all'Enel del pronto versamento dei sovraccanoni a suo carico per derivazioni di acque per la produzione di forza motrice, come disposto dalla legge 27 dicembre 1953, n. 959;

d) a dare disposizioni perchè il *deficit* delle Aziende municipalizzate sia considerato a tutti gli effetti parte componente il *deficit* ordinario dei bilanci comunali e provinciali;

e) ad assicurare che la Cassa depositi e prestiti sia posta nella condizione di adempiere effettivamente alle proprie funzioni istituzionali in modo da corrispondere alle crescenti esigenze finanziarie degli Enti locali;

f) a richiamare gli organi tutori all'esercizio delle loro funzioni nel pieno rispetto delle autonomie costituzionali, evitando che il controllo di legittimità e di merito acquisti, come finora ha acquistato, carattere di controllo sostitutivo e astenendosi da ogni intervento tendente a modificare le decisioni degli organi elettivi non rigorosamente previsto da disposizioni di legge. (23)

II. Seguito della discussione della proposta di modificazioni agli articoli 63 e 83 del Regolamento del Senato della Repubblica (Doc. 80).

III. Seguito della discussione del disegno di legge:

Trapianto del rene da persone viventi (1321).

IV. Discussione dei disegni di legge:

1. Concessione al Governo di una delega legislativa per la modifica e l'aggiornamento delle disposizioni legislative in materia doganale (695).

2. CHABOD. — Modifiche alle leggi 6 febbraio 1948, n. 29, e 27 febbraio 1958, n. 64, per la elezione del Senato della Repubblica (822).

3. MORVIDI. — Abrogazione degli ar-

ticoli 364, 381, 651 e modificazioni agli articoli 369, 398, 399 del codice di procedura civile (233).

4. Riapertura del termine indicato nell'articolo 31 della legge 19 gennaio 1963, n. 15, per l'emanazione di norme delegate intese a disciplinare l'istituto dell'*infortunio in itinere* (1748) (*Approvato dalla Camera dei deputati*).

5. SALARI. — Norme per la vendita dell'olio di semi e dell'olio di oliva (792).

6. Disposizioni integrative della legge 11 marzo 1953, n. 87, sulla costituzione e sul funzionamento della Corte costituzionale (202).

7. BOSCO. — Inclusione dei tribunali di Brescia, Cagliari, Lecce, Messina, Salerno e S. Maria Capua Vetere fra quelli cui sono addetti magistrati di Corte di cassazione in funzioni di Presidente e di Procuratore della Repubblica (891).

8. Approvazione ed esecuzione della Convenzione tra il Governo italiano ed il Consiglio superiore della Scuola europea per il funzionamento della Scuola europea di Ispra-Varese, con Scambio di Note, conclusa a Roma il 5 settembre 1963 (1431).

9. Ratifica ed esecuzione della Convenzione tra l'Italia e la Francia per la protezione delle denominazioni di origine, delle indicazioni di provenienza e delle denominazioni di alcuni prodotti, con Protocollo annesso, e della Convenzione tra l'Italia e la Francia per i disegni e modelli, concluse a Roma il 28 aprile 1964 (1538).

10. Adesione al Protocollo di proroga dell'Accordo internazionale del grano 1962, adottato a Washington il 22 marzo 1965 e sua esecuzione (1677).

11. Proroga della delega contenuta nell'articolo 26 della legge 26 febbraio 1963, n. 441, per la unificazione di servizi nel Ministero della sanità (588).

La seduta è tolta (ore 20,35).

Dott. ALBERTO ALBERTI

Direttore generale dell'Ufficio dei resoconti parlamentari