

SENATO DELLA REPUBBLICA

IV LEGISLATURA

501^a SEDUTA PUBBLICA

RESOCONTO STENOGRAFICO

MARTEDÌ 18 OTTOBRE 1966

(Pomeridiana)

Presidenza del Vice Presidente ZELIOLI LANZINI

INDICE

AMMINISTRAZIONI COMUNALI E PROVINCIALI

Annunzio di decreti di scioglimento di Consigli comunali e di proroga di gestione straordinaria di comuni e di province *Pag.* 26896

DISEGNI DI LEGGE

Annunzio di presentazione 26895
Deferimento a Commissione permanente in sede referente 26895
Deferimento a Commissione permanente in sede deliberante di disegni di legge già deferiti alla stessa Commissione in sede referente 26895
Presentazione di relazioni 26895

Seguito della discussione:

« Trapianto del rene tra persone viventi »
(1321):
PRESIDENTE 26896
BUSSI 26916
LOMBARDI 26901
MACCARRONE 26919
MARIOTTI, *Ministro della sanità* 26896

MONALDI *Pag.* 26909
NENCIONI 26896
PICARDO 26913
SIMONUCCI 26896

INTERPELLANZE E INTERROGAZIONI

Annunzio di interpellanze 26935
Annunzio di interrogazioni 26936
Per lo svolgimento di un'interpellanza:
PRESIDENTE 26935
* BONACINA 26935

MOZIONI

Annunzio 26935
Per la discussione della mozione n. 30:
PRESIDENTE 26934
* CIPOLLA 26934
MARIOTTI, *Ministro della sanità* 26934

N. B. — L'asterisco indica che il testo del discorso non è stato restituito corretto dall'oratore.

Presidenza del Vice Presidente ZELIOLI LANZINI

P R E S I D E N T E . La seduta è aperta (ore 17).

Si dia lettura del processo verbale.

G E N C O , Segretario, dà lettura del processo verbale della seduta pomeridiana del 13 ottobre.

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

Annunzio di presentazione di disegni di legge

P R E S I D E N T E . Comunico che sono stati presentati i seguenti disegni di legge:

dal Ministro dei lavori pubblici:

« Modifica all'articolo 6 del regio decreto 23 febbraio 1942, n. 369, contenente norme per la costituzione ed il funzionamento dell'Ente Acquedotti Siciliani (EAS), istituito con legge 19 gennaio 1942, n. 24 » (1889);

« Norme per la costruzione, l'ampliamento e l'adattamento di caserme per i vigili del fuoco » (1890);

« Integrazione di fondi per l'esecuzione a cura dell'ANAS di lavori di sistemazione, miglioramento ed adeguamento delle strade statali di primaria importanza » (1891);

« Finanziamenti straordinari a favore dell'Ente Acquedotti Siciliani » (1892).

Annunzio di deferimento di disegno di legge a Commissione permanente in sede referente

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

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

« Modificazioni alle norme sul contenzioso elettorale amministrativo » (1592-1620-B), previ pareri della 2ª e della 5ª Commissione.

Annunzio di deferimento a Commissione permanente in sede deliberante di disegni di legge già deferiti alla stessa Commissione in sede referente

P R E S I D E N T E . Comunico che, su richiesta unanime dei componenti la 1ª Commissione permanente (Affari della Presidenza del Consiglio e dell'interno), sono stati deferiti in sede deliberante alla Commissione stessa i disegni di legge: **PICARDI** ed altri. — « Norme di modifica alla legge sulle vacanze obbligatorie per gli ufficiali del Corpo delle guardie di pubblica sicurezza provenienti dalle disciolte milizie della strada e portuaria » (1482) e: **Deputati MATTARELLI** ed altri. — « Concessione di un contributo annuo a favore dell'Associazione nazionale fra gli enti di assistenza » (1712), già deferiti a detta Commissione in sede referente.

Annunzio di presentazione di relazioni

P R E S I D E N T E . Comunico che, a nome della 3ª Commissione permanente (Affari esteri), il senatore Jannuzzi ha presentato le relazioni sui seguenti disegni di legge:

« Ratifica ed esecuzione della Convenzione tra l'Italia e la Grecia per evitare le doppie imposizioni in materia di imposte sulle successioni, conclusa ad Atene il 13 febbraio 1964 » (1732);

« Adesione alla Convenzione per la repressione della tratta degli esseri umani e dello sfruttamento della prostituzione, adottata a New York il 21 marzo 1950 e sua esecuzione » (1762).

Annuncio di decreti di scioglimento di Consigli comunali e di proroga di gestione straordinaria di comuni e di province

P R E S I D E N T E . Informo che, con lettera del 15 ottobre 1966, il Ministro dell'interno, in adempimento di quanto previsto dall'articolo 323 del testo unico della legge comunale e provinciale, approvato con regio decreto 4 febbraio 1915, n. 148, ha comunicato gli estremi dei decreti del Presidente della Repubblica — emanati nel terzo trimestre 1966 — concernenti lo scioglimento dei Consigli comunali di Ceprano (Frosinone), Pioltello (Milano), Pianella (Pescara), Pietrasanta (Lucca), Ascoli Satriano (Foggia), Crotone (Catanzaro), Ortignano Raggiolo (Arezzo), San Giuseppe Vesuviano (Napoli), Cordenons (Udine), Piano di Sorrento (Napoli), Orbetello (Grosseto) e Camogli (Genova).

Con la predetta lettera il Ministro ha altresì comunicato gli estremi dei decreti prefettizi concernenti la proroga della gestione straordinaria della provincia di Trieste e dei comuni di Latisana (Udine), Terracina (Latina) e Fiorenzuola d'Arda (Piacenza).

Seguito della 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 il seguito della discussione del disegno di legge: « Trapianto del rene tra persone viventi ».

Poichè il Ministro della sanità non è presente, sospenderei la seduta.

N E N C I O N I . Signor Presidente, come si nota l'assenza dei senatori, si potrebbe anche sottolineare l'assenza del Governo.

P R E S I D E N T E . Giustamente lei sottolinea che i rappresentanti del Governo non sono sempre presenti. Noi l'abbiamo già fatto rilevare: dobbiamo pensare che vi siano degli impedimenti.

N E N C I O N I . In Parlamento, fino a prova contraria, il dialogo è col Governo. Pertanto, se manca un senatore è poco male, ma quando manca il Governo è davvero l'interlocutore che manca.

P R E S I D E N T E . Sospendendo la seduta, sottolineiamo questa assenza.
Sospendo pertanto la seduta.

(La seduta, sospesa alle ore 17,10, è ripresa alle ore 17,15).

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
Scusi il ritardo, signor Presidente.

P R E S I D E N T E . Faccio notare, onorevole Ministro, che è la seconda volta in questa giornata che si sospende la seduta per l'assenza dei rappresentanti del Governo. Questo fatto non agevola certamente lo svolgimento dei lavori parlamentari.

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

S I M O N U C C I . Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, sta per concludersi qui al Senato un dibattito ampio ed appassionato sul disegno di legge governativo che propone di autorizzare il trapianto del rene tra persone viventi in deroga all'articolo 5 del codice civile. La complessità, l'importanza e la delicatezza della materia hanno imposto alla 11ª Commissione della sanità un dibattito ampio, approfondito, molto impegnato, diretto ad esaminare i vari aspetti di carattere giuridico, di carattere scientifico, di carattere morale e sociale che il trapianto del rene tra persone viventi presenta. La discussione nell'11ª Commissione si è protratta per dieci sedute. Da qualche parte è stato detto che si è impiegato troppo tempo per discutere questo disegno di legge, particolarmente in

Commissione, ma su questa questione tornerò più tardi.

Queste riunioni della Commissione si sono svolte in un lungo arco di tempo che va dal novembre dello scorso anno fino a qualche mese fa. Mentre noi senatori dell'11ª Commissione stavamo discutendo questo disegno di legge, anche nel Paese si discuteva intorno a questo grosso problema del trapianto del rene tra persone viventi; infatti vi sono stati in varie parti d'Italia numerosi convegni ai quali hanno partecipato giuristi insigni, scienziati di chiara fama ed altre eminenti personalità della cultura, appunto per esaminare i vari aspetti del problema.

La stampa, sia la stampa quotidiana che quella periodica, ha dedicato largo spazio per trattare questo problema e per riferire sui numerosi convegni di cui parlavo prima; di modo che l'opinione pubblica ha potuto conoscere le opinioni, non sempre concordi, che intorno a questa delicata questione queste alte personalità della cultura hanno manifestato.

Sul problema del trapianto del rene è intervenuta anche la TV, e a questo proposito dovrò fare alcune osservazioni. Mentre era in corso la discussione in Commissione, la TV ha messo in onda una trasmissione dedicata al trapianto del rene tra persone viventi. Debbo dire che questa trasmissione non ha certo contribuito a fare chiarezza intorno ai vari aspetti dell'importante e grave problema. Da quella trasmissione i telespettatori devono aver ricavato l'impressione che il Senato poteva e doveva decidere rapidamente e pronunciarsi favorevolmente al disegno di legge, perchè ormai tutti i dati necessari per arrivare a questo favorevole pronunciamento erano acquisiti.

Questa trasmissione televisiva fu imperniata su un'intervista fatta alla madre di un povero ragazzo malato che attendeva appunto questa legge per il trapianto del rene. A un certo momento, in questa trasmissione, questa povera donna, verso la quale noi abbiamo molta comprensione, dice (ma evidentemente l'intervistatore già era a conoscenza del testo del colloquio): « Il professor Stefanini ha detto che ci sono l'80

per cento di probabilità di riuscita ». Cioè a dire, in quella trasmissione televisiva si affermava che il professor Stefanini, uno degli scienziati più noti e che in questo campo ha più larga esperienza, avrebbe dichiarato che nell'80 per cento dei casi il trapianto del rene è un'operazione che porta al successo.

Ma c'è di più. A un certo momento l'intervistatore, rivolgendosi alla madre del ragazzo, dice: « Signora, dica lei stessa ai signori parlamentari che è proprio una questione urgente, perchè questa è una legge che può salvare delle vite umane ».

In definitiva, secondo il redattore di quel servizio televisivo, continuando a discutere, noi senatori dell'11ª Commissione non avremmo fatto altro che perdere del tempo prezioso ed avremmo trascurato di considerare il dramma angoscioso che stava sconvolgendo l'anima di tante sventurate creature ammalate e di tante famiglie che erano in ansiosa attesa del disegno di legge che il Parlamento doveva approvare. Questa trasmissione televisiva non ha certo brillato per obiettività, e l'obiettività in uno strumento di informazione quale la TV, controllata dallo Stato, mentre dovrebbe essere sempre necessaria, era indispensabile per questa delicata materia. Debbo inoltre osservare che si è mancato anche al doveroso rispetto che è dovuto al Parlamento.

Dicevo che si tratta di una questione delicata e difficile. Infatti, non è forse vero che molti di noi saranno enormemente imbarazzati nel momento in cui dovranno esprimere con il voto la propria decisione? L'appassionata discussione, che si è protratta per ben dieci sedute nell'11ª Commissione, e l'ampio ed elevato dibattito svoltosi finora in quest'Aula hanno dimostrato che nella maggior parte di noi esistono molti e fondati motivi di perplessità. Non è dunque per negligenza o per scarsa sensibilità politica e morale dei senatori dell'11ª Commissione che questo disegno di legge ha un iter così lungo e tormentato. Il lungo iter è dovuto alla complessità del provvedimento legislativo, alla sua vasta portata giuridica, scientifica, morale e sociale, allo sforzo da noi compiuto, anche se i risultati sono stati in verità scarsi, per ricercare una so-

luzione del delicato problema, che fosse il più possibile conforme alle esigenze della scienza, agli interessi degli ammalati e delle loro famiglie e agli interessi generali del Paese.

Ma veniamo al disegno di legge in discussione. Questo provvedimento legislativo pone a tutti noi diversi quesiti. Io cercherò di soffermarmi sui principali. Primo: allo stato attuale delle nostre conoscenze, è lecito autorizzare il trapianto del rene tra persone viventi in deroga all'articolo 5 del codice civile? Secondo: a quali condizioni deve essere autorizzato il prelievo di un rene da una persona sana per effettuarne il trapianto su una persona ammalata? Terzo: quali cautele devono essere adottate e quali garanzie devono essere offerte al ricevente, affinché l'operazione del trapianto consenta le maggiori probabilità di successo? Quarto: quali garanzie devono essere date al donante, affinché la donazione possa arrecargli il minor danno possibile? A tutti questi interrogativi dobbiamo cercare di dare la risposta più giusta sia dal punto di vista giuridico che dal punto di vista scientifico, morale e sociale.

Noi comunisti non neghiamo che i grandi, i notevoli progressi scientifici e tecnici realizzati in questi ultimi tempi nelle operazioni di trapianto del rene tra persone viventi confortano l'opinione di coloro che ritengono sia arrivato il momento di autorizzare una deroga all'articolo 5 del codice civile. Sappiamo d'altra parte che il trapianto del rene tra persone viventi è stato autorizzato in Paesi di antica civiltà, che in Europa si trovano tra i più progrediti dal punto di vista civile, sociale e culturale, come la Francia e l'Inghilterra. Sappiamo altresì che il trapianto del rene è stato autorizzato in Paesi che sono all'avanguardia del mondo nel campo della scienza e della tecnica, quali l'Unione Sovietica e gli Stati Uniti d'America.

Riteniamo però che, malgrado i notevoli progressi realizzati in questa nuova branca della chirurgia, ci troviamo ancora in una fase sperimentale, sia pure molto avanzata. Noi siamo dell'avviso che debba passare del tempo ancora prima che il trapianto del re-

ne diventi una terapia capace di offrire, se non la certezza del successo, almeno ampi margini di garanzia per il paziente.

Stando così le cose, noi senatori comunisti siamo dell'avviso che una deroga all'articolo 5 del codice civile, per quanto attiene al trapianto del rene tra viventi, debba essere accompagnata da precise norme che offrano il massimo delle garanzie possibili, sia a favore del paziente, sia a favore del donante. Nel testo governativo del disegno di legge vi sono, sì, delle norme dirette a dare alcune garanzie al paziente e al donante, ma a nostro avviso queste garanzie sono assolutamente insufficienti. È questa carenza del disegno di legge governativo che ha indotto il Gruppo comunista a presentare in Commissione una serie di emendamenti diretti a colmare le lacune e ad eliminare le insufficienze del disegno di legge: purtroppo tutte le nostre proposte dirette ad emendare il disegno di legge sono state respinte dalla maggioranza della Commissione e con argomentazioni che non ci hanno convinto perchè in effetti convincenti non erano.

Ci proponiamo quindi di riproporre all'esame, alla discussione e alle deliberazioni dell'Assemblea i nostri emendamenti con la speranza che una più approfondita discussione e una più attenta valutazione riservino ad essi una sorte diversa da quella subita nel dibattito in Commissione.

Noi speriamo, onorevoli colleghi, nel vostro spirito di comprensione, perchè sappiamo che voi, come noi, siete pienamente consapevoli che il provvedimento legislativo sul quale siamo chiamati a decidere è destinato ad avere enormi ripercussioni sul cammino, sul progresso della scienza e sulla sorte di migliaia di sventurate creature colpite da un così crudele destino.

Onorevoli colleghi, qual è il senso, quale è la portata, qual è il significato delle proposte di emendamento al disegno di legge che noi, senatori comunisti, ripresentiamo oggi all'esame e alle decisioni dell'Assemblea? Noi proponiamo che l'operazione di prelievo e di trapianto del rene sia autorizzata soltanto in istituti specializzati di ricerca, appositamente e modernamente at-

trezzati, dove dovrebbero essere chiamati specialisti, studiosi e ricercatori altamente qualificati e di sicura esperienza in questo settore della medicina e della chirurgia. Proprio perchè la terapia del trapianto del rene tra persone viventi si trova in una fase sperimentale e fino a quando la scienza non avrà trovato mezzi più efficaci per combattere quei processi patologici conosciuti come reazione di rigetto dell'innesto, noi riteniamo che l'operazione di prelievo e di trapianto del rene non debba essere autorizzata in cliniche universitarie e in ospedali, anche se modernamente attrezzati e con personale sanitario altamente qualificato. Fino a quando la scienza non sarà riuscita a raggruppare gli uomini per classi di compatibilità tissutale, analogamente a quanto oggi avviene con la classificazione per gruppi sanguigni, e sarà quindi superato il fenomeno di opposizione biologica che si manifesta nell'innesto di tessuti e di organi provenienti da un altro soggetto, noi riteniamo che l'operazione di trapianto del rene debba essere autorizzata soltanto in istituti specializzati di ricerca appositamente creati.

Questa nostra proposta è motivata dal fatto che noi vogliamo che il prezzo da pagare al progresso della scienza in questo nuovo settore della chirurgia sia rappresentato dal minor numero possibile di vite umane. Ma oltre che da questa preoccupazione, che crediamo condivisa da tutti, la nostra proposta è motivata dal profondo convincimento che la creazione e il progressivo potenziamento di istituti di ricerca sono destinati a promuovere e a favorire un più rapido sviluppo della scienza nel nuovissimo settore del trapianto di organi.

Va tenuto presente, onorevoli colleghi, che la scienza non si fermerà alla terapia del trapianto del rene: è risaputo infatti che gli scienziati sovietici, che sono stati gli antesignani del trapianto degli organi, e gli scienziati statunitensi stanno già portando avanti le loro ricerche verso nuove e più appassionanti conquiste per il trapianto di altri organi, come il fegato, il polmone e il cuore.

Questi istituti di ricerca, di cui noi comunisti proponiamo la creazione, sarebbe-

ro destinati dunque ad avere un ruolo di primaria importanza nella incessante lotta della scienza contro le malattie, nella lotta intrepida e nobilissima per alleviare le sofferenze degli uomini.

Noi senatori comunisti proponiamo che i suddetti istituti di ricerca siano approntati e gestiti a spese del Consiglio nazionale delle ricerche, al quale lo Stato dovrebbe fornire i mezzi finanziari necessari per consentirgli di adempiere ai suoi compiti istituzionali, anche in questo nuovo settore della medicina e chirurgia.

A queste nostre proposte ci è stato risposto con il solito argomento. Ci si dice cioè che lo Stato non dispone dei mezzi finanziari necessari per accollarsi questo nuovo onere.

A questo argomento noi abbiamo opposto ed opponiamo un altro argomento molto più valido; diciamo cioè che in uno Stato che voglia essere democratico e moderno tutte le altre esigenze debbono essere subordinate all'esigenza primaria della tutela della salute. La nostra Costituzione afferma questo principio nell'articolo 32, dove è detto testualmente: « La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività... ».

Il compito più importante, il primario dovere del nostro Stato democratico, è quello dunque di tutelare ciò che è il bene supremo dell'individuo, e cioè la salute.

Altra importante proposta di noi senatori comunisti è questa: tutti gli atti sanitari preparatori, operatori e successivi eseguiti sul donante e sul ricevente dovrebbero essere gratuiti. Credo che non occorran molte parole per illustrare la portata di questa nostra proposta che ha un alto significato morale e sociale.

Noi riteniamo che sia moralmente e socialmente giusto porre i malati ricchi e quelli poveri, che debbono essere sottoposti alla terapia del trapianto del rene, su un piano di parità, su un piano di eguaglianza. Al malato di modeste condizioni sociali deve essere assicurata la stessa possibilità, che viene offerta al malato ricco, di avvalersi delle più moderne conquiste della scienza per tentare di sottrarsi alla terribile sor-

te cui una malattia inesorabile lo ha condannato.

Un'ultima proposta di alto significato morale e sociale viene avanzata dal Gruppo comunista. Noi proponiamo che il donante sia coperto da tutti i rischi derivanti dall'operazione di prelievo e dalle conseguenze che possono derivare dalla donazione di un rene. È doveroso, a nostro avviso, che il donante sia coperto da assicurazione contro i rischi che comporta l'operazione di prelievo.

Si sostiene che il rischio operatorio immediato per l'intervento è solo dello 0,05 per cento. Ciò significa che ogni duemila interventi operatori si registra un solo caso di decesso.

È vero che è bassa la percentuale del rischio, ma allora è anche basso il premio da pagare alla società assicuratrice e pertanto non si può lasciare scoperto da assicurazione chi offra volontariamente e generosamente una parte di se stesso per tentare di salvare una vita umana.

Il disegno di legge governativo prevede, a favore del donante, una assistenza limitata soltanto al periodo che va dalla fase preparatoria a quella operatoria e alla successiva, fino alla guarigione. Ma mi pare che non si possa e non si debba parlare di guarigione, in questo caso.

È detto all'articolo 4 del disegno di legge che il donante, durante il suddetto periodo, è ammesso a godere dei benefici previsti dalle leggi vigenti per i lavoratori autonomi o subordinati in stato di infermità. Nel disegno di legge si parla dunque di stato di infermità e non viene considerata l'ipotesi, tutt'altro che improbabile, che il donante possa rimanere invalido.

Proponiamo dunque che il donante sia assistito anche in caso di invalidità. Se questa nostra proposta non dovesse venire accolta, certamente non molte persone saranno disposte a donare un rene, perchè la norma del disegno di legge contenuta nell'articolo 4 non incoraggierebbe certo in questo senso, ma rappresenterebbe una forte remora al manifestarsi di un così nobile e ineguagliabile gesto di solidarietà umana quale è quello rappresentato dalla donazio-

ne di una parte del proprio corpo per salvare la vita di un altro essere umano.

Onorevoli colleghi, voglio ora soffermarmi brevemente ad esaminare l'emendamento che ha modificato l'articolo 1 del disegno di legge, emendamento che è stato proposto dal relatore ed è stato accolto dalla maggioranza della Commissione. Dobbiamo dire a questo proposito che non si è trattato della maggioranza governativa: infatti anche qui in Aula abbiamo ascoltato senatori democristiani i quali hanno accettato questo emendamento e altri senatori democristiani che l'hanno respinto; e lo stesso dicasi per i senatori socialisti, eccetera.

Il nostro illustre collega senatore Samek Lodovici, al quale va il nostro vivo apprezzamento per la sua lucida, dotta e brillante relazione, ha proposto di limitare ai soli consanguinei la possibilità di donare un rene ad un proprio familiare ammalato. Questa proposta il nostro relatore l'ha fatta in via del tutto subordinata — sono sue parole — in quanto ha ritenuto che allo stato attuale delle cose non possa essere autorizzata la donazione di un rene da parte di chiunque. Le considerazioni che hanno indotto il relatore a proporre la suddetta limitazione sono queste: in primo luogo, sostiene il relatore, esisterebbero maggiori probabilità di affinità biologica e quindi si avrebbero maggiori probabilità di attecchimento del rene trapiantato, in secondo luogo si avrebbe l'assoluta certezza dell'assenza di motivi di lucro da parte del donante.

Non c'è dubbio che di queste due considerazioni l'ultima ha una sicura validità. La prima, quella relativa alla maggiore affinità biologica che esisterebbe — e che in realtà esiste — tra consanguinei, mi sembra un po' meno valida perchè, come ha sostenuto il nostro illustre collega professor D'Erri-co, il successo del trapianto dipende dalla istocompatibilità la quale non è necessariamente legata alla consanguineità.

Ma, onorevoli colleghi, anche a voler considerare valide le due considerazioni che il relatore ha fatto a sostegno della sua proposta di limitare ai soli consanguinei la possibilità di donare un rene, noi riteniamo che sussistano altri seri e fondati motivi che

dovrebbero renderci molto perplessi e preoccupati nei confronti di questa proposta. Infatti, se dovesse essere accolta questa limitazione, una grave questione sorgerebbe: una grave questione di ordine morale di fronte alla quale la nostra coscienza di legislatori non potrebbe non rimanere profondamente turbata.

Tutti noi dobbiamo essere pienamente consapevoli che se la proposta del nostro relatore dovesse venire accolta dalla nostra Assemblea un altro grave dramma andrebbe a tormentare la coscienza dei familiari del malato che per essere strappato da sicura morte avrebbe bisogno della sostituzione di un rene. Un grave conflitto è inevitabilmente destinato a scoppiare nella coscienza dei familiari del malato, il conflitto terribile fra l'istinto della conservazione, che è sempre presente in ogni essere vivente e che ci porta a difendere la nostra integrità fisica, e il naturale sentimento di fraterna solidarietà che ci lega ai nostri familiari. Conflitto drammatico, questo, onorevoli colleghi, conflitto che trova, sì, una facile soluzione, ma soltanto nella madre del malato. L'amore materno è infatti capace di indurre una donna a compiere per la propria creatura sacrifici ben più eroici e sublimi di quello rappresentato dalla donazione di un rene. Ma se la madre non ci fosse perchè morta o se le sue condizioni di salute non consentissero il prelievo di un rene, e se negli altri familiari venisse a mancare il coraggio che è pur sempre necessario per sottoporsi all'operazione di prelievo di un rene, allora, onorevoli colleghi, il rimorso si impossesserebbe dell'animo di questi sventurati e il complesso di colpa continuerebbe a tormentare la loro coscienza fino alla fine dei loro giorni.

Queste considerazioni meritano, credo, una seria e responsabile valutazione.

Onorevole Ministro, onorevoli colleghi, io ho terminato. Affido a voi, affido alla vostra riflessione e alla vostra meditazione le cose che ho avuto l'onore di esporre in questa alta Assemblea. La posizione del Gruppo comunista nei confronti del disegno di legge e gli emendamenti presentati dai comunisti vi saranno ulteriormente illustrati,

con maggiore ricchezza di dati, con una maggiore dovizia di argomenti, dal collega Maccarrone che parlerà questa sera.

Concludendo questo mio intervento, voglio rivolgermi, più che un invito, un appello accorato, ed è questo: facciamo tutto il possibile per varare una legge giusta, facciamo tutto quanto è in noi per dare al Paese uno strumento legislativo che sia il più possibile conforme alle esigenze della scienza e alle aspettative delle migliaia e migliaia di creature sofferenti. Facciamo tutto il possibile per varare una legge che sia anche conforme al buon nome e al prestigio che il Paese ha saputo conquistarsi nel mondo, nel campo della scienza e nel campo del diritto.

Migliaia e migliaia di creature sventurate dalle camere e dalle corsie dei nostri ospedali attendono (ed è un'attesa angosciata) le decisioni del Senato. Queste povere creature pensano che la loro sorte sia legata alle decisioni che prenderà questa nostra Assemblea. Noi sappiamo bene che la sorte di queste sventurate creature non dipende da noi: ben altre circostanze devono verificarsi, ben altri fattori devono intervenire perchè esse possono salvare la propria vita. Però tutti dobbiamo sapere che il primo atto da compiere a loro favore spetta a noi, ed è appunto quello di varare una legge buona. Queste creature sperano e, come ha detto un nostro grande poeta, la speranza, ultima dea, fugge i sepolcri. Ebbene, onorevoli colleghi, facciamo in modo che la luce della speranza continui a illuminare l'animo e a riscaldare il cuore di queste creature, dei loro familiari, dei loro parenti e dei loro amici; facciamo in modo che queste sventurate creature possano continuare a sperare nella bontà degli uomini, nei prodigi della scienza e nella saggezza dei parlamentari. (*Vivissimi applausi dall'estrema sinistra. Congratulazioni*).

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

L O M B A R D I . Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli senatori, la storia del trapianto renale applicato razio-

nalmente all'uomo, vale a dire con mezzi capaci di infrangere, se non di superare, la barriera immunologica, data da circa sei anni appena, e i progressi realizzati specie negli anni più recenti fortunatamente non lasciano adito a dubbi sulla reale efficacia terapeutica del trapianto renale, la cui fase sperimentale nell'uomo può essere attualmente ritenuta quasi superata, come affermò nel 1965 il professor Kuss, direttore del centro dei trapianti di organi dell'ospedale Foch di Parigi.

Onorevoli senatori, sono costretto a citare solamente autori e statistiche delle Nazioni più progredite di noi nel campo della ricerca medico-biologica e della sua applicazione, perchè in Italia non abbiamo centri sperimentali e terapeutici dei trapianti di organi tra viventi. Siamo abbastanza in ritardo; dobbiamo affrettarci a colmare questi enormi vuoti nel campo scientifico e terapeutico per adeguare la nostra gloriosa tradizionale scuola medica a quelle delle Nazioni più progredite, contribuendo così in maniera primaria alla ricerca medico-biologica, che attualmente è in fase di meravigliosa espansione ed applicazione terapeutica, donando speranza e vita agli ammalati incurabili e destinati a morte sicura. Ormai, onorevoli senatori, anche in Italia questa splendida realtà scientifica della ricerca medico-biologica e della sua applicazione terapeutica dei trapianti di organi tra viventi è in possesso della stampa, della radiotelevisione, dell'opinione pubblica! Perciò il Governo e il Parlamento debbono dare anche alla nostra società una sollecita soluzione sul piano legislativo, mediante l'approvazione di precise norme, che autorizzino la fondazione di centri di trapianti di organi con specifico riferimento al trapianto del rene tra viventi.

Infatti, in base all'esperienza mondiale, il trapianto renale, sia con prelievi dell'organo da persona non con grande affinità genetica e biologica con il ricevente (due terzi) che con prelievo del rene da persona non affine geneticamente e biologicamente (un terzo), ha dato risultati di grande successo, che hanno superato ogni prospettiva e speranza di solo pochi anni fa. Affermò il pro-

fessore Starzl nel 1965: « Dei primi 64 pazienti trattati all'Università di Denver nel Colorado con reni di donatori viventi, 37 hanno vissuto per almeno un anno dopo l'intervento e 36 sono ancora viventi da 13 a 29 mesi con una media di sopravvivenza di 19 mesi ». È da notare come questi dati dell'agosto del 1965 sono oggi ulteriormente rafforzati e la grande maggioranza dei pazienti viventi trapiantati ha superato i due anni di vita e vivono ancora. Ciò indica chiaramente come molti pazienti uremici, forse anche la maggioranza, possono usufruire di benefici notevoli con l'omotrapianto renale, che apporterà loro una quasi completa riabilitazione individuale e sociale per un periodo di tempo abbastanza lungo; questo affermò sempre il dottor Starzl nell'agosto del 1965. D'altra parte lo stesso Starzl considerato uno dei più competenti chirurghi del mondo nel settore dei trapianti di organo, è del parere che la diffusione di questo tipo di chirurgia e la sua applicazione sia affidata a centri appositamente equipaggiati nei quali il programma clinico sia solamente una delle componenti del grande sforzo, che attualmente impegna i ricercatori nel campo dei trapianti. Infatti non è un semplice atto chirurgico; l'applicazione clinica deve essere quotidianamente affiancata dalla ricerca di laboratorio, perchè mentre la prima permetterà la sempre migliore conoscenza dei diversi trattamenti terapeutici per prevenire e dominare situazioni cliniche particolari, la seconda proverà le nuove scoperte, le droghe, le tecniche potenzialmente significative, fornendo le migliori garanzie prima dell'applicazione sull'uomo. Naturalmente perchè un trapianto renale sia coronato da successo è necessario ed indispensabile che siano messe in atto tutte quelle indagini capaci di stabilire l'affinità genetica e biologica tra il donatore e il ricevente e quindi di limitare al massimo il pericolo del cosiddetto rigetto.

Onorevoli senatori, sono queste considerazioni sulla ricerca medico-biologica e sulla sua applicazione terapeutica che mi esortano a chiedere: in Italia abbiamo un centro di trapianti di organi tra viventi come nelle Nazioni più progredite tecnologica-

mente e scientificamente, Stati Uniti d'America, Inghilterra, Francia? La risposta è senza alcun dubbio negativa. Perciò l'articolo 4 della legge in discussione che è lo strumento esecutivo della legge è inoperante proprio per mancanza assoluta degli istituti appositamente attrezzati, con personale sanitario particolarmente qualificato, rendendo così inoperante la medesima legge tanto ansiosamente attesa dai biologi, dai medici, dai chirurghi e principalmente dagli ammalati uremici incurabili, destinati a morte sicura.

È fondamentale, perciò, onorevoli senatori, deliberare con questa legge l'istituzione dei centri di trapianti di organi tra viventi, con le necessarie coperture finanziarie, non solo per rendere operante il disegno di legge in discussione, ma anche per eliminare l'enorme divario tecnologico della ricerca medico-biologica e della sua applicazione, esistente attualmente tra noi e le Nazioni più progredite ed attrezzate in questo settore di altissimo valore umano.

A questo punto, onorevoli senatori, mi permetto esortare il Governo ed il Parlamento a completare ed a perfezionare con emendamenti o articoli aggiuntivi il disegno di legge in discussione, in modo da renderlo operante ed efficace alla nostra popolazione, che lo attende con ansiosa speranza da molto tempo.

Ritornando al pericolo del cosiddetto « rigetto », che in non pochi senatori destituisce prelessità in modo da far limitare il trapianto del rene tra viventi solamente tra consanguinei, mi permetto di affermare che la spiegazione del fenomeno del rigetto dell'omotrapianto fu tentata dagli studi di Medawar e di altri ricercatori i quali hanno chiaramente messo in evidenza che esso è dovuto ad una reazione immunologica da parte dell'ospite verso il tessuto per lui estraneo. L'intensità di questa reazione è in rapporto al grado di disuguaglianza genetica e biologica tra il donatore ed il ricevente.

Per selezionare i donatori sono stati impiegati numerosi test, che si possono distinguere in tre gruppi a seconda che siano applicati di routine, oppure in casi particola-

ri, od infine in evenienze del tutto eccezionali.

Con i test di routine viene innanzitutto stabilita l'analogia dei gruppi sanguigni del sistema A, B e O. Lo studio dei sottogruppi può ulteriormente precisare questa relazione.

Nel secondo gruppo vanno inclusi: 1) il tempo di rigetto di un trapianto della cute del recettore da parte dell'eventuale donatore; 2) la precocità e l'intensità della reazione cutanea del donatore alla iniezione intradermica di una sospensione di linfociti del recettore; 3) il test cutaneo denominato del terzo uomo: un soggetto in precedenza immunizzato verso la cute del recettore mediante un trapianto, riceve successivamente trapianti cutanei prelevati da ciascuno dei diversi donatori; il miglior donatore sarà quello il cui trapianto viene rigettato per primo, in quanto i suoi caratteri antigenici si avvicinano maggiormente a quello del recettore; 4) studio sul tasso di moltiplicazione e di attivazione dei linfociti del recettore e del donatore, messi a contatto mediante culture in simbiosi; 5) determinazione dei gruppi leucocitari con il metodo della agglutinazione. Nel terzo gruppo infine vanno considerati i test di Terasaki eccetera. Come ben vedete, la determinazione dell'affinità genetica e biologica è molto complessa, per cui è fondamentale istituire questi centri dei trapianti; altrimenti noi potremmo avere applicazioni non approfondite scientificamente con dolorose conseguenze, perchè un centro dei trapianti è complesso!

Naturalmente, è assolutamente necessario selezionare il donatore ed il ricevente con i numerosi test di cui ho parlato pochi minuti orsono e praticare tutte quelle indagini capaci di stabilire la loro affinità genetica, in cui la parentela non è costante, come non sono uguali costantemente i gruppi sanguigni tra consanguinei; con questo intendo affermare che l'affinità genetica è diversa dalla parentela consanguinea. Queste considerazioni ci esortano a non limitare il trapianto del rene tra viventi consanguinei, ma ad estenderlo invece a tutti in base all'affinità genetica, perchè con la estensione a tutti e non con la limitazione

tra consanguinei faremo progredire e perfezionare la meravigliosa ricerca medico-biologica e la sua applicazione terapeutica nel settore del trapianto del rene tra viventi.

Il pericolo che il trapianto renale possa essere rigettato dall'ospite non si ritiene più così frequente ed inesorabile come nel passato, per cui non si può accettare quanto afferma il senatore Samek Lodovici nella sua relazione al Senato: « L'organo trapiantato, il rene, in un tempo più o meno relativamente breve subisce un insieme di processi patologici molto complessi, correntemente riassunti con la dizione " reazione di rigetto dell'innesto ", che lo portano inesorabilmente a necrosi con cessazione dell'attività funzionale ».

SAMEK LODOVICI, *relatore*.
Questa è la realtà.

LOMBARI. Noi in Italia non siamo in grado di dare alcun contributo, perchè non abbiamo sperimentato nulla. Al contrario, di giorno in giorno arrivano notizie dall'estero che forse, più presto di quanto crediamo, sarà possibile, espletate le opportune indagini, determinare con precisione le affinità genetiche biologiche, come già avviene per i gruppi sanguigni.

Dice ancora il relatore: « In tutti gli ordinari omotraspianti la reazione di rigetto più o meno precoce e grave è costante ed a fatale termine ». A noi sembra invece che una delle conquiste fondamentali di questi

ultimissimi tempi è stato proprio l'aver dimostrato clinicamente la reversibilità della crisi di rigetto. Infatti, mentre prima si pensava che il rigetto fosse una delle reazioni più forti e tenaci della natura, e che una volta iniziato procedesse inesorabilmente e fatalmente, oggi esso può essere prevenuto, riconosciuto, trattato e può anche avere un corso remittente spontaneo. Questo è ciò che dice il dottor Starzl, uno dei massimi competenti in materia.

Ciò è ampiamente dimostrato dai risultati, in costante e progressivo miglioramento, ed anche se allo stato attuale il problema immuno-biologico non è ancora risolto del tutto, ma in buona parte, l'applicazione all'uomo dell'omotraspianto renale ha già sufficientemente fornito i suoi frutti: decine e decine di uomini oggi vivono a distanza di oltre due anni dall'intervento di trapianto, grazie al rene di un altro.

Di questi risultati vengono fornite le statistiche più recenti e dimostrative delle più importanti scuole mondiali. In Italia, onorevoli senatori, è spiacevole dirlo, non abbiamo in proposito statistiche, perchè mancano per svariate ragioni i centri dei trapianti di organi tra viventi.

Per non tediare, onorevoli senatori, non leggo i risultati complessivi sull'omotraspianto renale al 15 marzo 1965, su 636 casi; alleggerò, però, la tavola della statistica al mio intervento (*). È opportuno insistere sul fatto che, in gran parte delle sopravvivenze osservate, le condizioni cliniche del trapianto

(*) RISULTATI COMPLESSIVI SULL'OMOTRASPIANTO RENALE AL 15 MARZO 1965 - RASSEGNA SU 636 CASI

Omotraspianti praticati più di un anno					
prima del marzo 1965		. . . . .	360	
Sopravviventi dopo un anno		. . .	119	(33 %)	
Sopravviventi dopo un anno e viventi			98	(28 %)	
Parenti		. . . . .	80	(45 %)
25 % (*)	}	Donatori viventi non pa-			
		renti	7	(10 %)
25 % (*)	}	Cadaveri	11	(10 %)
(*) = previsioni per il 1966					
(da Kuss)					

È opportuno insistere sul fatto che, in gran parte delle sopravvivenze osservate, le condizioni cli-

niche del trapianto e la sua funzione sono soddisfacenti, mentre d'altra parte sembra giustificato prevedere un decorso favorevole per più anni ancora.

AUMENTO DELLE POSSIBILITÀ DI SOPRAVVIVENZA

Casi osservati tra il marzo 1963 ed il marzo 1964: 234

	viventi	morti	Percentuali dei decessi
0-6 mesi	103	131	56 %
6-12 mesi	95	8	8 %
12-18 mesi	64	6	6 %
18-24 mesi	25	0	0 %

to e la sua funzione sono soddisfacenti, mentre d'altra parte sembra giustificato prevedere un decorso favorevole per più anni ancora.

Un'altra tabella che allegherò riguarda l'aumento delle possibilità di sopravvivenza (*).

(*) Casi osservati tra il marzo 1964 ed il settembre 1964: 129.

	viventi	morti	Percentuali dei decessi
0-6 mesi	71	58	45 %
6-12 mesi	59	12	17 %

Casi osservati tra il settembre 1964 ed il marzo 1965: 147.

	viventi	morti	Percentuali dei decessi
0-3 mesi	84	63	43 %
0-6 mesi	25	0	0 %

I risultati complessivi forniti da Hume (al 1965) sono costituiti da:

40 sopravvivenze oltre un anno per 66 trapianti in 60 pazienti:

31 donatori viventi e 9 da cadavere.

Questi risultati sono eccellenti e si commentano da soli.

Il dott. Starzl che vanta la più alta casistica mondiale di trapianti renali consistente in oltre 120 trapianti riferisce (al dicembre 1965) i seguenti risultati:

**MORTALITA' E SOPRAVVIVENZA IN 64
CONSECUTIVI PAZIENTI CHE HANNO RI-
CEVUTO UN TRAPIANTO RENALE DA DO-
NATORI VOLONTARI VIVENTI**

Totale numero dei pazienti	. . .	64	(100 %)
Morti entro 1 anno	. . . . .	27	(42,2 %)
Sopravviventi dopo 1 anno	. . .	37	(57,8 %)
Morti dopo 1 anno	. . . . .	1	(1,56 %)
Sopravviventi alla data: mag- gio 1965	. . . . .	36	(56,25 %)

I risultati quindi con la recente esperienza clinica hanno superato ogni prospettiva e speranza di soli pochi anni fa.

Murray riferisce i seguenti dati:

RASSEGNA DEGLI OMOTRAPIANTI RENALI UMANI SECONDO LA DATA, L'ORIGINE DEL RENE DONATO E IL NUMERO DEI FUNZIONANTI AL 15 MARZO 1965

Donatore	Numero dei trapianti effettuati				
	Totale	Prima del 16-3-1963	16-3-1963 15-3-1964	16-3-1964 15-9-1964	16-9-1964 15-3-1965
Madre	127	15 (2)	56 (24)	35 (22)	21 (15)
Padre	50	10 (1)	23 (11)	8 (6)	9 (6)
Sorella	48	9 (3)	22 (14)	7 (5)	10 (7)
Fratello	54	11 (2)	24 (15)	12 (6)	7 (5)
Altro rapporto di parentela . . .	12	2 (1)	6 (4)	2 (2)	2
Coniuge	13	5	5 (1)	2	1 (1)
Volontari viventi senza rapporto di parentela	38	6	18 (3)	4 (1)	10 (6)
Nefrectomia obblig. (rene libero)	44	20	14 (3)	6	4 (1)
Cadavere	241	45 (1)	63 (10)	51 (16)	82 (43)
Gemelli monozigoti	36	27 (19)	5 (4)	3 (3)	1 (1)
Gemelli dizigoti	9	3 (3)	3	2 (1)	1
<i>Totale . . .</i>	<i>672 (268)</i>	<i>153 (32)</i>	<i>239 (89)</i>	<i>132 (62)</i>	<i>148 (85)</i>
	45	3	15 (2)	12 (5)	15 (6)
	2	—	—	—	2 (1)

I numeri in parentesi indicano i trapianti funzionanti al 15 marzo 1965.

I risultati complessivi forniti da Hume, al 1965, sono costituiti da 40 sopravvivenze oltre un anno per 66 trapianti in 60 pazienti; 31 donatori viventi e 9 da cadavere. Questi risultati sono eccellenti e si commentano da soli.

Il dottor Starzl che vanta la più alta casistica mondiale dei trapianti renali, consistente in oltre 120 trapianti, riferisce al dicembre 1965 determinati risultati che ora non leggo. I risultati quindi, con la recente esperienza clinica, hanno superato ogni prospettiva e speranza di soli pochi anni fa. Murray riferisce alcuni dati di trapianti fatti tra madre, padre, sorella e fratelli e persone legate da altri vincoli di parentela, coniuge, volontari viventi senza rapporti di parentela nel 1963, 1964 e 1965. Per esempio tra volontari viventi senza rapporti di parentela, su dieci casi, sei sopravvivenuti. Queste sono le statistiche che io alleggerò al mio intervento (*).

Quanto esposto, onorevoli senatori, dimostra gli straordinari incrementi di tali interventi nell'ultimo anno ed i risultati ottenuti appaiono chiaramente significativi per consacrare questo nuovo rivoluzionario capitolo della terapia costituito dal trapianto di rene nell'uomo.

In rapporto ai risultati ottenuti è evidente l'utilità di una legge che non limiti l'applicazione del metodo al prelievo dai soli consanguinei o lo releghi al solo prelievo da cadavere che, come vedremo, non consente gli stessi risultati che si ottengono con il prelievo dai soggetti viventi. Limitare la dona-

zione di un rene ai soli strettissimi consanguinei, come vorrebbe il senatore Samek Lodovici nella sua relazione preliminare del giugno 1966, non mi sembra accettabile per motivi giuridici, ma ancor più per motivi morali. Infatti, qualora il disegno di legge, che nella sua stesura originale contempla la possibilità della generosa donazione di un rene da parte di chiunque, venisse modificato, limitando la possibilità della donazione ai soli strettissimi consanguinei, creerebbe negli stessi donatori un grave problema morale di difficile soluzione. Pur non essendo infatti favorevole o generosamente disposto a donare l'organo, il consanguineo verrebbe quasi costretto a farlo, ben sapendo che solo a lui è concessa tale possibilità per tentare di salvare la vita del familiare morente. La decisione del suo sacrificio sarebbe quindi notevolmente influenzata da tale limitazione, creando conflitti morali che, oltre ad investire il donatore stesso, potrebbero gravemente influire anche sul ricevente.

Infatti, onorevoli senatori, mi permetto di citare l'intervista del professor Stefanini, direttore dell'istituto di patologia chirurgica dell'Università di Roma, che è uno dei più competenti studiosi del trapianto del rene in Italia. Tra i molti quesiti dell'intervista troviamo quello specifico di un giovane ammalato uremico incurabile, che rifiuta di accettare il rene offerto dal giovane fratello, mentre è disposto a ricevere il dono del rene di un generoso uomo vivente non consanguineo. Leggo l'intervista. Intervistatore: « Si-

(*) OMOTRAPIANTI RENALI DA 45 DONATORI
CADAVERI EFFETTUATI ALLA CLEVELAND
CLINIC HOSPITAL
DAL 1963 AL 1965

anno	Numero dei trapianti	funzionanti	%
1963	9	1 (2*)	11 (22*)
1964	22	11 (13*)	50 (59*)
1965**	14	9	64
Totale del numero dei trapianti	45	21	46
Totale del numero dei pazienti	40	21	53

** Solo gennaio e febbraio.

* Trapianti che hanno cessato di funzionare dopo sei mesi.

Dal 1º marzo 1965 al 26 luglio 1965:

19 trapianti da cadavere di cui:

16 funzionanti;

1 morto;

2 ritrapiantati.

a Richmond (fino al dicembre 1965):

9 casi su 16 durano da oltre un anno.

gnor Cardì, lei ha un donatore, ha qualcuno disposto a donarle un rene? » Risposta: « Mio fratello potrebbe darmelo, però io non voglio ». Domanda: « E perchè non vuole? » Risposta: « Non voglio perchè diventa per me un grande sacrificio; il ragazzo è giovane, è sempre un rene che manca. Praticamente rimane con un rene solo e potrebbe andar male. Chissà, la scienza ha fatto un passo avanti, ma non si potrebbe mai sapere. Poi per lui... gli voglio troppo bene. È un fratello troppo caro, e allora io non voglio ». Domanda: « Oltre suo fratello ci sono altre persone disposte a darle il rene? » Risposta: « No, perchè mio padre non può, mia madre nemmeno. Non può nessuno. L'unico sarebbe lui... ma, come ripeto, non voglio ». Domanda: « Aldo, lei dice che non è disposto ad accettare il rene di suo fratello ». Risposta: « Sì ». Domanda: « Allora perchè vuole che questa legge si faccia? ». Risposta: « Mica solo per me, per tutti gli amici che sono qua, e sono tanti, tutti nelle stesse condizioni. Soffrono dalla mattina alla sera; hanno bisogno di questo trapianto ». Domanda: « E lei personalmente, come pensa di uscire da questa situazione? ». Risposta: « Non lo so: cercherò, farò qualche cosa, vedremo. Intanto speriamo! ». Domanda: « Che cosa? ». Risposta: « La legge, l'importante è che ci sia; dopo si vedrà. Dopo può darsi che mi convinca, chissà... ad accettare... ».

È facile constatare che un soggetto affetto da insufficienza renale cronica all'ultimo stadio, impossibilitato per più ragioni a ricevere un trapianto da cadavere e non avendo consanguinei, sarebbe irrimediabilmente condannato alla morte dalla limitazione suddetta.

Quindi, limitare la donazione ai soli consanguinei non ci sembra affatto opportuno, per quanto è stato su esposto, nè servirebbe a soddisfare lo scopo del disegno di legge, sia perchè il fine di salvare la vita (articolo 1 del disegno di legge) non sarebbe rispettato nel caso del paziente senza consanguinei, sia per il grave conflitto morale nel quale verrebbe ad essere posto il consanguineo dalla limitazione suddetta.

La libera determinazione della volontà del donante, chiaramente espressa nell'articolo

2 del disegno di legge, sarebbe infatti non poco influenzata dal sapere che un suo rifiuto significherebbe sicura morte per la persona cara. Per gli aspetti giuridici quindi, per quanto riguarda il consenso del donatore, la limitazione verrebbe proprio a creare « quei particolari stati d'animo o pressioni emotive facilmente insorgibili ed immaginabili in certe condizioni » (ad esempio quella di una madre che ritenga che, non donando un suo rene, vietando la limitazione ogni altra possibilità, possa causare la morte del figlio) che il senatore Samek Lodovici stesso dice, nella sua relazione, possono intervenire a viziare *ab interiore* il consenso medesimo.

Non ci sembra inoltre che i monoreni chirurgici, per trauma, ad esempio, vadano incontro negli anni ad una incidenza maggiore, rispetto a soggetti normali con due reni, per malattie renali gravi.

Il rene superstite è ordinariamente in grado di ben assicurare la sufficienza della funzione renale, annullando quindi quelle perplessità che potrebbero entrare in causa per la menomazione della funzione nei monoreni per donazione.

È chiaro che, pur essendo il rischio di gravi complicazioni maggiore nei monoreni nel caso si instauri un'affezione a carico di quest'organo, questi potrebbero sempre rientrare in quella categoria di soggetti suscettibili di un eventuale trapianto renale qualora il disegno di legge fosse approvato; e ciò senza ancora prendere in considerazione il lato più importante del problema dei monoreni. Oggi infatti in Italia molte decine di migliaia di persone sono portatrici di rene unico (sia per malformazione congenita, sia per trauma, sia per intervento chirurgico, per tubercolo-calciosi-ipertensione, ecc.) e qualora una qualsiasi causa provocasse loro una malattia più o meno grave dell'organo residuo o addirittura la perdita (trauma in monorene) essi non farebbero che ingrossare quella schiera ben nutrita di malati che ogni anno decedono nel nostro Paese, mentre, qualora il disegno di legge fosse approvato e perfezionato senza limitazioni, potrebbero essi stessi far parte di quel numero di persone che oggi in tutto il mondo vivono grazie ad un rene trapiantato. La legge quindi verrebbe

be a soddisfare anche ad esigenze imprevedibili, e ci pare non previste, che attualmente hanno come unica soluzione la morte del paziente.

A questo punto è significativo il caso capitato qualche tempo fa alla Università di Denver nel Colorado. Una bambina brasiliana monorene e con una grave affezione del rene superstite, già dializzata decine e decine di volte, mentre si recava in ospedale per un'ulteriore seduta di depurazione extrarenale è rimasta vittima di un incidente stradale riportando lo spapolamento dell'unico rene. Nell'impossibilità di procedere altrimenti, ha ricevuto d'urgenza un intervento chirurgico di trapianto di rene dalla madre. La piccola bambina oggi, a distanza di alcuni mesi, è ritornata ai suoi giochi, dimentica delle sofferenze trascorse ed ignara del pericolo di morte che l'ha sfiorata.

Ad uno dei tanti e tanti portatori di rene unico del nostro Paese al quale per un caso qualsiasi venisse a mancare la funzione dell'organo superstite è oggi vietata qualsiasi possibilità di sopravvivenza per l'impossibilità di effettuare l'unico trattamento terapeutico che la moderna chirurgia attua in tali drammatiche circostanze come nei Paesi più progrediti (Stati Uniti d'America, Francia, Inghilterra; non cito la Russia perchè non conosco le statistiche e la bibliografia di questo Paese) in questo settore dei trapianti.

Questo problema è di estrema importanza e non ci pare sia stato ancora ben valutato nella sua giusta luce in sede di discussione parlamentare.

Circa i motivi di lucro che potrebbero crearsi nel caso la legge fosse approvata, non crediamo si debbano spendere molte parole, e ci sembra inaccettabile come motivo di opposizione ad essa l'eventuale « mercato di organi » di cui tanto si è parlato. Gli articoli 2, 8 e 9 del disegno di legge sono chiaramente significativi al riguardo, anche se le pene sancite dall'articolo 9 potrebbero essere ulteriormente aumentate onde scoraggiare qualsiasi iniziativa in merito. Nè d'altra parte il potenziale pericolo di lucro ci pare un argomento efficace a contrastare il progresso della scienza.

Tra i centri di trapianti di organi di tutto il mondo quello che conta maggiore esperienza in tema di trapianto renale da cadavere è quello di Cleveland diretto dal dottor W. Kolff. Mentre le statistiche globali mondiali riportano una percentuale, certamente inferiore, di reni di cadaveri funzionanti dopo un anno, i risultati ottenuti dalla « Cleveland Clinic Hospital » ed esposti dalla tabella, che non leggo per non tediarvi, dimostrano ancora una volta come sia necessario, per ottenere sempre più brillanti risultati, che tale chirurgia venga svolta in centri altamente qualificati, con laboratori di ricerca perfettamente attrezzati e con personale qualificatissimo. Infatti la sistematica associazione della refrigerazione del trapianto e l'ausilio fornito dal rene artificiale, tralasciando la tecnica del prelievo, gli studi sulla perfusione dell'organo, eccetera, assumono un ruolo di primo piano nel raggiungimento di risultati fortemente incoraggianti.

Anche se è di indiscussa importanza la fonte costituita dal cadavere nel futuro dei trapianti d'organo, l'anossia imposta dal trasferimento del trapianto non costituisce il solo fattore responsabile dell'inferiorità del rene di cadavere. Inoltre basterà ricordare il caso seguente per ben comprendere come il prelievo di un rene da cadavere può portare a gravi conseguenze sia cliniche che morali, e queste ultime vengono ad interessare anche il chirurgo che ha eseguito il trapianto. Nel reparto di trapianti del rene del « Peter Bent Brigham Hospital » a Boston, diretto dai dottori Merrill e Murray è oggi ricoverato un uomo quarantunenne padre di nove figli, sottoposto circa 18 mesi or sono, sempre a Boston, per una glomerulonefrite cronica all'ultimo stadio ad un trapianto renale, e l'organo fu prelevato da un cadavere. L'autopsia della salma donatrice, effettuata dopo che il trapianto era già avvenuto, aveva rivelato la presenza di un adenocarcinoma del polmone con metastasi cerebrale.

Dopo circa un anno e mezzo il paziente è nuovamente ricoverato nel reparto dove ricevette il primo intervento ed è portatore di un adenocarcinoma del trapianto.

Basta riflettere sul caso esposto per ben comprendere i non pochi problemi morali

che vengono a nascere sia nell'animo del chirurgo che in quello del paziente, che nel caso in esame era stato perfettamente informato della gravità della situazione.

Non ci pare quindi che il prelievo da cadavere possa offrire quelle garanzie che alcuni vorrebbero, nè tanto meno escludere quei conflitti morali che altri chiamano in causa nell'attuale disegno di legge.

Onorevoli senatori, ecco la necessità fondamentale dei centri dei trapianti degli organi tra viventi, perchè solamente essi possono garantire gli aspetti giuridici, gli aspetti scientifici, gli aspetti morali di questa tanto attesa meravigliosa moderna terapia.

Onorevoli senatori, questo disegno di legge merita la nostra approvazione, perchè dà speranza e vita agli ammalati uremici incurabili di cui muoiono solamente in Italia circa 4 mila persone ogni anno.

Questo disegno di legge merita di essere approvato e perfezionato da parte del Governo e del Parlamento con l'istituzione dei centri dei trapianti di organi, specificamente del rene tra viventi senza alcuna limitazione e con le necessarie coperture finanziarie.

Questo disegno di legge merita di essere approvato e perfezionato senza alcuna limitazione, perchè la nostra popolazione, i nostri biologi, i nostri medici, i nostri chirurghi desiderano ardentemente, senza attesa egoistica, dare un contributo concreto alla ricerca medico-biologica ed alla sua applicazione, che in questo momento, nelle Nazioni più progredite come negli Stati Uniti d'America, nell'Inghilterra, nella Francia eccetera, è avviata ad una meravigliosa espansione per il bene vitale della intera umanità. (*Applausi dal centro*).

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

M O N A L D I . Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli senatori, sollecitato da alcuni autorevoli colleghi, ho trasformato quella che nei primi propositi doveva essere una semplice dichiarazione di voto in un intervento attivo. Cercherò di dire il mio pensiero con tutta semplicità e con molta chiarezza.

Il presente disegno di legge è un atto di avanguardia sul cammino delle discipline mediche: come tale va riguardato con estrema serietà. E sotto questo profilo dò incondizionata lode alla Commissione sanità per l'impegno che ha portato nella discussione e ancor più al collega onorevole Samek Lodovici per la sua relazione elaborata, seria, ricca di documentazioni e di acute riflessioni.

Il trapianto di reni tra viventi suscita una somma di problemi di varia natura, giuridici, etici, umani, tecnici, scientifici. E si può ben dire che tutti sono stati toccati, oltre che dal relatore, negli interventi, alcuni davvero magistrali, dai vari oratori, cosicchè poco io potrei aggiungere ove volessi sottoporre alcuni o tutti a singole analisi.

Senonchè un rilievo è da porre a significato generale: quando un tema implica più problemi di differente natura, è indispensabile ai fini di una valutazione unitaria coordinarli fra loro. A me sembra che un tale lavoro di coordinazione sia mancato o almeno non è stato portato al punto da renderne possibili deduzioni concrete e logiche.

Farò alcune considerazioni e alcuni riferimenti che, pur nel loro aspetto esemplificativo, possono avvicinarci al centro di questo tema, così arduo, così complesso e per certi lati divenuto oggi quasi incandescente.

a) Sul piano etico il dono di un organo deve essere frutto di un atto libero, volontario, pienamente responsabile.

Sorge spontanea la domanda se queste garanzie possono essere assicurate in un donatore, che sia padre o madre, posto di fronte a un figlio in condizioni disperate. Nella mia lunga carriera di medico ho sentito madri straziate disposte a dare non un organo ma la propria vita per prolungare di un giorno la vita di un figlio morente. Ma questi, come ognuno intende, sono atti di eroismo materno, e l'eroismo esclude tanta parte della libertà, della volontarietà, della pienezza di responsabilità perchè include talora in gradi estremamente elevati l'emotività.

Ne deriva che una legge che sceglie d'obbligo il donatore tra i consanguinei non risponde ai sani principi etici.

b) Nel dono di organi il sacrificio del donatore deve sottintendere un proporzionale beneficio nel ricevente.

Ci si domanda se allo stato attuale si è in grado di valutare almeno con relativa approssimazione i rapporti tra sacrificio dell'una parte e beneficio dell'altra parte.

Nella relazione del senatore Samek Lodovici si legge che in Europa esisterebbero oggi sei soggetti che hanno avuto da oltre tre anni il trapianto di rene da viventi. Si legge anche in quella relazione che nell'ultimo anno sono stati eseguiti nei Paesi di Europa 36 interventi con dieci morti nel primo mese (28 per cento di morti operatorie o postoperatorie).

Alla conferenza di Washington del 1° luglio 1963 furono tabulati 202 trapianti di rene da viventi: s'erano avuti 119 insuccessi (circa il 60 per cento di insuccessi).

Tra i donatori, 68 erano strattamente consanguinei: gli insuccessi in questo gruppo furono 35 (oltre il 50 per cento).

Nelle tabelle presentate da Stefanini e Cortesini al simposio sui trapianti di organo, tenutosi in Roma, il 7 maggio 1964, le percentuali di successi registrati dai vari autori (cinque per l'esattezza) nelle donazioni tra stretti consanguinei vanno da un minimo del 32 per cento a un massimo del 63 per cento, e i dati di allora sono confermati anche dagli stessi autori per gli interventi eseguiti tra il marzo 1964 e il marzo 1965.

Ma a questo punto si dovrebbe chiarire in che consiste il « successo ». Per ora ci si limita a dire che per gli autori il successo è sopravvivenza del ricevente per periodi di oltre sei mesi. I successi più duraturi registrati in letteratura, ma per ora come eccezioni si aggirerebbero intorno ai tre anni.

Purtroppo è da aggiungere ancora che si tratta di sopravvivenze condizionate, perchè implicano trattamento peculiari, non innocui per la personalità fisica e funzionale degli individui, trattamenti di cui più oltre farò parola.

c) Il sacrificio di un organo in soggetto vivente deve escludere la possibilità di ottenere analoghi risultati con altri mezzi.

Sono ben lungi dal porre confronti; ma non posso non ricordare, così come del resto hanno fatto il relatore e altri oratori, che sul piano terapeutico esiste da tempo la emodialisi conosciuta sotto la dizione di « rene artificiale »; e anche nel campo dei trapianti esistono i trapianti di rene da cadavere e gli eterotrapianti da primati (babuini, scimpanzé). Queste metodiche, con l'avvento dei trapianti da viventi, non sono state abbandonate, chè anzi su di esse è sempre più presente l'attenzione degli studiosi.

d) E vengo a un ultimo ordine di considerazioni che impongono il coordinamento tra i vari problemi. Il disegno di legge si limita al trapianto del rene, ma le discipline mediche hanno aperto sul tema dei trapianti un capitolo assai più vasto, la cui importanza non può essere trascurata dal legislatore sol perchè tanta parte è ancora contenuta nei limiti dell'esperimento.

Sia pure in fase di tentativi possono essere segnalati: la sostituzione di un fegato malato e inefficiente con un secondo fegato inserito nell'addome; l'inserimento di un cuore satellite o di una parte di cuore che aiuti a funzionare il cuore malato. Negli animali è stata persino tentata la sostituzione del cervello.

Sin dal 1950 è stato affrontato il problema del trapianto del polmone e qui gli studi per quanto riguarda l'esperimento hanno raggiunto una fase avanzata: due tentativi sono stati fatti anche sull'uomo con prelievo da cadaveri.

E siamo così al problema di fondo, al problema centrale al quale tutti gli altri fanno da cornice: intendo dire il « problema biologico dei trapianti ».

Nei trapianti, come ovvio, esiste un delicato problema tecnico, quello che condiziona e dirige le possibilità operative. La chirurgia, per quanto attiene al rene, ha superato pressochè totalmente questo problema, e in questa affermazione io pongo tanta ammirazione per i chirurghi, alcuni anche no-

stri, la cui opera ha consentito l'avvicinamento a questo luminoso traguardo.

Ma l'atto operativo nel trapianto degli organi è solo il mezzo per conseguire una finalità che è indipendente dall'atto stesso.

La finalità del trapianto si raggiunge solo quando l'organo trapiantato si è inserito permanentemente e definitivamente nelle strutture e negli equilibri bio-funzionali dell'organismo ricevente.

Mi adopererò di tratteggiare il problema con le parole più semplici con il proposito di porre in evidenza le posizioni in atto e le prospettive per il futuro. E mi perdonino i colleghi medici se dirò — e imperfettamente — cose a loro ben note.

1. — Isogenia e allogenia.

Un lembo di pelle prelevato da una parte del corpo può attecchire e risultare pienamente vitale se portato in altra parte dello stesso organismo. È questo il « fenomeno dell'accettazione ».

Un eguale lembo di pelle portato in un organismo diverso — anche della stessa specie, es.: uomo—uomo o coniglio—coniglio, non attecchisce e cade in necrosi. È il « fenomeno del rigetto ».

Nel primo caso il lembo di pelle ha la stessa impronta ereditaria dell'organismo ricevente (isogenica).

Nel secondo caso l'impronta ereditaria tra donatore e ricevente è diversa (allogenia).

Nel primo caso l'organismo ricevente rimane indifferente in quanto le nuove cellule sono le proprie cellule; nel secondo caso l'organismo reagisce con azione espulsiva perchè riconosce le nuove cellule come estranee alla sua economia.

2. — Isogenia e allogenia tra persone viventi.

I fatti ora enunziati fanno parte, anzi forse sono la essenza del grande capitolo della immunità per effetto di che gli organismi tendono a difendersi dalle sostanze estranee che entrano nella loro compagine. E si sa oggi, anche per studi compiuti da scienziati italiani, primo tra questi il Gedda, che i fenomeni immunologici, la cosiddetta produ-

zione degli anticorpi, hanno impronta ereditaria.

Tra viventi l'isogenia immunologica esiste solo tra i gemelli monozigoti perchè questi dispongono dello stesso patrimonio ereditario. Tutti gli altri sono tra loro allogenici, e in ciò non esiste eccezione neppure tra i consanguinei stretti: così sono allogenici i genitori nei riguardi dei figli, i fratelli tra loro e così via. Sembra però che l'allogenia anche ai fini immunologici rivesta gradi diversi. Partendo dall'isogenia dei gemelli monozigoti, i meno lontani sarebbero i genitori nei confronti dei figli, i gemelli dizigoti, i fratelli tra loro e giù giù sino ai viventi di specie diversa, ad esempio i primati nei confronti dell'uomo, che sono eterogenici.

3. — Le difficoltà biologiche nei trapianti di organi tra viventi. Mezzi per superarle. La soppressione dell'immunità.

Il trapianto di organo tra individui isogenici non trova difficoltà biologiche: il condizionamento è pressochè esclusivamente di natura tecnica.

Le difficoltà biologiche esistono sempre tra individui allogenici; sembra però che le difficoltà si distribuiscano secondo una scala crescente dagli stretti consanguinei, ai consanguinei, ai soggetti della stessa specie (omotrapianti), ai soggetti di specie diversa (eterotrapianti).

Per quanto attiene al trapianto del rene si fa riferimento a questa scala per scegliere i donatori. Senonchè, come si è detto, le difficoltà biologiche esistono sempre anche tra gli stretti consanguinei. E quindi bisogna sempre mettere in azione particolari mezzi per il superamento di quelle difficoltà. Ho già ricordato che il fenomeno dell'espulsione del trapianto si realizza con un meccanismo immunitario. Conseguentemente per impedire l'espulsione si è pensato di sopprimere il sistema immunitario: ed è questa la base pratica per il successo del trapianto tra viventi allogenici.

Per la soppressione del sistema immunitario si ricorre ad applicazioni di mezzi fisici, le radiazioni ionizzanti, ad interventi chi-

rurgici, la timectomia, la splenectomia; a somministrazione di particolari sostanze chimiche.

È da dire però che tutti i metodi di soppressione dello stato immunitario comportano pericoli diretti e indiretti; portati poi oltre certi limiti danno luogo alla cosiddetta « malattia secondaria » — « runt disease » negli animali neonati — che si caratterizza per perdita del peso corporeo, involuzione del sistema linfatico, deterioramento del complessivo organismo.

Se ne può dedurre che almeno allo stato delle conoscenze è difficile ammettere la possibilità di una sopravvivenza definitiva dei trapianti di organi tra allogenici.

4. — Stando così le cose è da domandarsi se e quali prospettive esistono per un possibile miglioramento della situazione in merito ai trapianti di organi tra viventi.

Al riguardo possono essere presi in considerazione due fenomeni biologici che hanno richiamato l'attenzione degli studiosi: la tolleranza immunologica e l'immunoparalisi.

L'immunoparalisi è una specie di indifferenza alle sostanze estranee provocata artificialmente con somministrazione di grandi dosi di quelle stesse sostanze che dovrebbero provocare la reattività immunitaria.

La tolleranza immunologica consiste nel fatto che, pur non esistendo tra donatore e ricevente la stessa impronta ereditaria, il trapianto può realizzarsi perchè il ricevente non riconosce l'organo del trapianto come estraneo alle proprie strutture. Questo fenomeno della « tolleranza immunologica » è di estrema importanza per il trapianto tra viventi non isogenici, e gli studi fervono per comprenderne i meccanismi naturali con la evidente speranza di trarne utili insegnamenti. Per fare, ad esempio, un balzo avanti nella pratica dei trapianti basterebbe saper selezionare fra viventi l'esistenza di tolleranze immunologiche reciproche.

Con l'esposizione dei termini fondamentali del problema biologico il mio intervento può rapidamente concludersi.

Il tema dei trapianti d'organo è stato definito affascinante, ma non si è autorizzati

a considerarlo risolto sul piano dottrinario per trasferirlo senza particolari cautele in campo pratico.

Senonchè, se un solo successo esistesse, quel successo è, sia pure in lontananza, una luce, e a noi legislatori incomberebbe l'obbligo di consentire, anzi di facilitare il cammino verso quella luce. Nel caso del trapianto del rene poi questo obbligo diventa imperativo perchè più successi, anche se ancor limitati nel tempo e conseguiti non senza sacrifici, sono stati già registrati. D'altra parte la medicina italiana non può, non deve rimanere mortificata nel suo divenire da remore giuridiche il cui significato cade di fronte alla possibilità di recuperare vite condannate dal male.

Con queste considerazioni io mi allineo con lo spirito del disegno di legge del quale lode al Ministro proponente e alla Commissione che lo ha elaborato.

Diversa valutazione debbo invece fare della legge nel suo complesso. Qui si pone la tecnica in anticipo sui principi scientifici, mentre i due momenti dovrebbero procedere inversamente o almeno di conserva.

E per porre la tecnica in posizione primaria si compie un nuovo errore che è in pari tempo umano e biologico assumendo il principio del trapianto tra consanguinei.

Nè il disegno di legge corre verso un orizzonte sufficientemente ampio, perchè esclude o almeno non contempla tutto il travaglio degli scienziati, degli sperimentatori, degli studiosi sul tema generale dei trapianti di organi.

È per queste considerazioni che mi onoro sottoporre all'attenzione dell'onorevole Ministro, del relatore e di tutti gli onorevoli colleghi il seguente emendamento sostitutivo del disegno di legge:

Articolo unico

Il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro della pubblica istruzione e con il Ministro di grazia e giustizia, è autorizzato a istituire con proprio decreto uno o più centri per lo studio e per l'effettuazione di trapianti di organi anche tra persone viventi.

Gli atti relativi agli interventi chirurgici vengono effettuati in deroga al divieto sancito dall'articolo 5 del codice civile.

I centri di cui al primo comma hanno sede presso Istituti universitari o presso complessi ospedalieri ritenuti idonei per la ricerca scientifica e per la corretta esecuzione degli interventi.

Per la dichiarazione di idoneità è richiesto il parere della prima sezione del Consiglio superiore della Pubblica istruzione e del Consiglio superiore di sanità.

Gli organi ammessi al trapianto sono specificamente indicati nel decreto di istituzione dei centri o in decreti successivi. Negli stessi decreti vengono indicate le norme di funzionamento dei centri.

Con il proposto emendamento vengono accolti i principi fondamentali previsti dal disegno di legge.

Vi sono però due innovazioni: con la prima si ampliano i confini contemplando tutto il tema dei trapianti e nella parte scientifica e nella parte pratica; con la seconda innovazione si riserva al Ministro della sanità la parte normativa, il che consente nel tempo l'adeguamento immediato alle conquiste tecniche e scientifiche che noi tutti auspichiamo sollecite e determinanti, onde nuovi contributi vengano dati dalla medicina italiana al benessere dell'uomo. (*Vivissimi applausi*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Picardo. Ne ha facoltà.

PICARDO. Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, il disegno di legge sul trapianto del rene sottoposto alla vostra valutazione presenta alla nostra coscienza di uomini e di legislatori problemi di varia indole e di non facile soluzione. Ciò è provato dall'esame puntuale ed accurato che il relatore ne ha fatto fornendo una dotta ricerca scientifica, corredata da note bibliografiche dello stesso carattere, anche se priva di informazione sullo stato della legislazione vigente in materia in altri Paesi.

SAMEK LODOVICI, relatore.
C'è!

PICARDO. Relativamente. Da parte nostra non siamo insensibili e alla necessità del progresso scientifico e al dovere di tutelare la dignità della classe medica italiana, a nessuna seconda; nè siamo indifferenti alle istanze di più di 4.000 nefropazienti che ogni anno muoiono per non poter usufruire dei vantaggi terapeutici moderni.

Inoltre, ci piace pensare che il testo proposto dal Governo offrirà alla giurisprudenza italiana un'occasione di aggiornamento introducendo nella nostra legislazione un principio assolutamente nuovo e fondato sulle più recenti acquisizioni della scienza medica. Tuttavia la discussione che intorno a tale argomento si è fatta, benchè di alto interesse scientifico, non mi pare abbia trattato argomenti consoni talvolta a questa sede. Al legislatore — ed è questa la nostra veste e la nostra responsabilità in questa Aula — le considerazioni di carattere strettamente tecnico interessano certo assai meno che allo studioso o al medico. Ciò che noi dobbiamo valutare è l'eticità e la convenienza giuridica di una tale proposta e soprattutto la sua equità nei confronti di tutta la comunità sociale.

Intendo dire che non vorrei che, trattando il problema da medici, noi ci lasciassimo trasportare dall'interesse scientifico della proposta e da una quasi inconscia simpatia per il paziente, ma che ci incombe l'obbligo, nell'accettazione di una situazione di fatto, di salvaguardare innanzitutto la dignità umana e il diritto anche del donatore.

Ciò premesso, e superando l'aspetto strettamente scientifico, perchè dei modi d'intervento dei trapianti che si possono fare se n'è tanto parlato, mi soffermerò sul punto centrale del problema. Dalle statistiche attuali risulta che l'omotrapianto tra viventi sia ormai l'unico possibile, in quanto offre le maggiori possibilità di attecchimento; ed è bene sottolineare che la percentuale del 32 per cento di casi positivi in tale pratica significa che avremo su tre mutilati un solo paziente recuperato e anch'egli costretto a vivere sotto controllo medico e sotto tera-

pia continua, il che non giustifica l'euforia che si è diffusa nel grosso pubblico intorno a tale terapia.

Tuttavia, anche se le possibilità di attecchimento fossero minori ma il trapianto del rene potesse servire in casi di comprovata utilità e di reale necessità a prolungare, se non proprio a salvare una vita umana, è bene che esso si faccia. Ma io a questo punto mi chiedo se il limitare la facoltà della donazione solo ai consanguinei, che pure offre le migliori prospettive tecniche, non possa presentare aspetti negativi nel campo morale, psicologico e in definitiva anche giuridico.

Infatti le possibilità di sfruttamento commerciale di una donazione a estranei non possono verificarsi — e con più gravi conseguenze morali — anche tra consanguinei? La psicologia del nefropaziente che si attende questa prova di affetto da parte del consanguineo, il quale per un qualunque motivo può non sentirsi disposto a donare parte di sé, non costituirà di per sé una grave e più intima coartazione della libera volontà del donatore? A parte, poi, gli innumerevoli casi complessi che potranno verificarsi e che si presentano subito alla nostra mente (madri con figli di diverso letto, casi di eventuali testamenti a favore, giovani coniugi in intimo conflitto tra il dovere filiale e il diritto dell'altro coniuge e simili).

A tutt'oggi la scienza medica non è in grado di dare una indicazione precisa che permetta al legislatore di ammettere solo il trapianto tra consanguinei anche a costo di affrontare gli inconvenienti di carattere etico-giuridico accennati, perchè a mio parere i trapianti tra non consanguinei finora eseguiti sono stati in numero di gran lunga inferiore agli altri, e comunque non sufficienti a fornire una perfetta comparazione del problema.

La diversa percentuale di successo dei trapianti tra consanguinei e non consanguinei è destinata a scomparire, dato che il successo del trapianto è determinato dalla istocompatibilità, che non è necessariamente legata alla consanguineità, ma alla identità di gruppo sanguigno. Certamente si arriverà prima o poi, anche in questo campo, alla

compatibilità tissulare, come è avvenuto per la classificazione dei gruppi sanguigni.

Inoltre, (la nostra esperienza di medici ospedalieri ce lo conferma), è più difficile trovare un donatore tra i consanguinei, come accade ancora oggi per i donatori di sangue, che tra gli estranei, e ciò per non so quale sottile inconscio psicologico. Ancora c'è da considerare il fatto che la donazione tra estranei può rimanere occulta, legata al segreto professionale dell'operatore, mentre tra consanguinei ciò sarebbe praticamente impossibile e creerebbe delle situazioni particolari e di estrema delicatezza nei futuri rapporti affettivi tra le due parti. Invece, lasciando inalterato il testo proposto dal Governo nell'articolo 1, si offre alla medicina ed alla chirurgia una più vasta possibilità di sperimentazione che, riducendo al minimo il danno materiale per i donatori, potrà accelerare il progresso medico e consentirci di puntualizzare prossimamente il problema in termini di maggiore certezza scientifica.

Altra considerazione da farsi: accettando la limitazione proposta dalla Commissione, come ci si dovrebbe comportare nei confronti di pazienti orfani o privi di consanguinei? Mi pare dunque che, in definitiva, si rimanga più rispettosi della libertà e della dignità umana non limitando il diritto di nessuno di disporre della propria integrità fisica, consentendo ai medici una maggiore possibilità di studio e di ricerca e non restringendo esclusivamente ai familiari la responsabilità di una donazione del genere.

Piuttosto è necessario modificare il testo proposto per renderlo in qualche punto più esplicito e per difendere sia il beneficiario che l'operatore da eventuali ricatti da parte di donatori spregiudicati. A tale scopo propongo alcuni emendamenti. All'articolo 1 sopprimerei una frase che pone la questione in termini drammatici e poco attendibili dal punto di vista medico-giuridico. Inoltre nel collegio medico che dovrà esaminare il donatore di cui all'articolo 2 includerei un medico di fiducia dello stesso donatore indicato, il quale ne rappresenti gli interessi in sede tecnica e con argomenti validi; egli, oltre a rendere consapevole il donatore delle eventuali conseguenze del suo atto, con l'au-

torità che gli viene dalla sua rappresentatività, farebbe da contrappeso alla *équipe* degli operatori, talvolta trascinata dall'entusiasmo scientifico del « caso » e dovrebbe costituire una garanzia che l'atto operatorio sia realmente eseguito, e nei modi previsti e consentiti dalla legge.

Questi, che a me sembrano motivi di grande interesse umano e morale, sono gli aspetti del problema che più di quello tecnico-scientifico devono essere ben presenti alla nostra coscienza in questo momento. Per tali considerazioni, che io sottopongo alla attenzione responsabile degli onorevoli colleghi, propongo in sintesi: 1) accettare il testo governativo all'articolo 1 con la soppressione della dizione « per salvare la vita »; 2) aggiungere all'articolo 2 del testo governativo, dopo il secondo capoverso, le parole: « e la sua esplicita rinuncia a una rivalsa di qualsiasi natura e contro chiunque, per le conseguenze derivanti dall'atto di donazione »; (con ciò vengono ad essere tutelati il ricevente e il medico; il donatore sarà tutelato con l'impegno che ha assunto il Ministro di accettare l'emendamento Samek Lodovici sugli eventuali provvedimenti di carattere assicurativo) e come ultimo capoverso aggiungere le parole: « l'atto di donazione è sempre revocabile fino al momento dell'operazione chirurgica »; 3) accettare l'articolo 3 proposto dalla Commissione includendovi al secondo comma, dopo le parole: « si riuniscono in Collegio Medico » le parole: « con la partecipazione di un medico di fiducia del donatore », dizione che, a mio giudizio, rende superflua l'eccezione proposta dalla Commissione circa la « consapevolezza » del donatore delle conseguenze personali del suo sacrificio e dello stato attuale di tale terapia.

Infatti si presume, con tale dizione, una conoscenza aggiornata e specifica della terapia adottata e una valutazione dei suoi effetti e dei suoi sviluppi da parte di un donatore che può anche essere un illetterato o un incompetente. Il termine consapevolezza adoperato appare poi estremamente pericoloso e rischia di creare situazioni paradossali: il medico che dovrà effettuare il prelievo per fornire al donatore la prescritta consapevolezza potrà provocare involon-

tariamente nel donatore, dato il suo particolare stato psichico, una resipiscenza, forse non giustificata dal chirurgo, ma perfettamente prevedibile dallo psicologo. 4) All'attuale articolo 8 del disegno di legge del Governo, o articolo 5 del testo della Commissione (credo che questo emendamento sia stato già presentato da altri colleghi), modificare il testo governativo con la dizione: « produce la nullità dell'atto di donazione del rene », in quanto la dizione usata: « la nullità della donazione » è imprecisa e può dar luogo a difficoltà di interpretazione.

Ritengo però che si possa e si debba meglio organizzare il prelievo da cadavere, visto che anche questi trapianti danno dei risultati soddisfacenti, nel senso che si censiscano i nefropazienti suscettibili di trapianto (giovani, non arteriosclerotici, non eccessivamente ipertesi, senza danno cardiaco, eccetera) e si concentrino in nuclei emodialitici ove possano essere mantenuti in vita con rene artificiale e che infine tutti i possibili donatori (traumatizzati gravi, morenti, comatosi, irreversibili con buona funzionalità renale) vengano segnalati a tali nuclei, cosicchè, non appena la morte è imminente, si possa disporre tutta l'organizzazione per il prelievo e per il trapianto. Sono certo che con tale organizzazione si potranno reperire ogni anno diversi reni utilizzabili, sempre che si prescinda dall'accettazione del prelievo da parte dei parenti, richiesto dalla legge vigente.

Vorrei anche segnalare quanto è stato proposto in Francia e cioè di utilizzare come possibili donatori di organi tutti quegli ammalati in stato di permanente coma, il cosiddetto « coma Depassée » dei francesi, nei quali un esame accurato, praticato da personale qualificato, possa escludere ogni possibilità di ripresa funzionale. In tali ammalati si potrebbe, prima del loro fatale e immane decesso, preparare quanto necessario per prelevare i vari organi per il trapianto. Il progetto è certo audace ma forse rappresenta la soluzione ideale del problema (Alexandre di Lovanio ha già una buona casistica con esito positivo).

Mi auguro infine che le perplessità e i dubbi emersi attraverso il presente dibattito

possano lievitare nei nostri spiriti e suggerire alle nostre menti la più equa soluzione di questo umanissimo e toccante problema. (*Applausi*).

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

B U S S I . Signor Presidente, signor Ministro, onorevoli colleghi, la dotto e pensosa relazione dell'esimio collega Samek Lodovici costituisce veramente un documento fondamentale per il dibattito di questa alta Assemblea; per un dibattito, onorevoli colleghi, su di un argomento, forse quant'altro mai delicato e quant'altro mai tale da toccare le più intime sensibilità della nostra coscienza.

Nasce dalla trattazione che si va svolgendo in questa nostra Assemblea un intrecciarsi evidente fra i più diversi sentimenti dell'animo: il sentimento di solidarietà di fronte alla sofferenza, la generosità, la volontà di donare; per contro si profila l'ansia di salvezza dei sofferenti che ancora chiedono di vivere, fosse pur per poco tempo, si impone il comando della scienza che vuol muovere mani esperte, mani quasi taumaturgiche, ed ancora emergono gli affetti accesi nel sacrario della famiglia che sospingono al dono, perchè a quegli affetti siano conservati i termini di un ricambio d'amore.

Nè sembrano insinuarsi, nella gara di tanti sentimenti sublimi, il freddo calcolo, la misura, il patteggiamento.

Ma, onorevoli colleghi, forse oggi qui, a noi, come avvinti tutti da una tale visione, quasi di eroismo, non si prospetta in completa evidenza il poi, il poi di ogni singolo atto che in sede esecutiva segua alla fredda procedura che gli articoli della legge al nostro esame ci pongono innanzi.

Quale sarà il poi? Il poi ove l'operazione di trapianto abbia avuto per esito il rigetto, e con esso la morte del donatario o, comunque, la morte del donatario e però sempre la grave mutilazione del donante?

Quale sarà il poi nel corso del tempo, in ogni caso, sia stato favorevole o meno l'esito, ove nella famiglia cui appartengano padre e figlio, madre e figlio, fratelli, donanti

e donatari, i contrapposti cioè di un atto che si presenta certamente, se non contro, almeno ai limiti della natura, vi siano più figli, fratelli e sorelle, nipoti, possibili eredi per rappresentanza?

Non vi devono essere pattuizioni alla base dell'atto, così detto, di donazione (articolo 2). Ma chi può garantire che, passata con l'imminenza di un pericolo grave l'onda dei sentimenti, il calcolo non ritorni e faccia avvizzire tutto un serto di sublimi atti di generosità?

Chi può garantire che il padre che ha ricevuto salvezza da un figlio non lo ricompensi in modo particolare con disposizioni successorie anche al di là della quota disponibile per legge?

E quali, nel caso, le conseguenze di una contesa che, fondando sul dettato della legge, urtasse contro una disposizione testamentaria che aveva trovato radici in un impulso di generosa donazione, donazione salvatrice?

Chi può garantire che il figlio donante non maturi poi nel suo animo attese di tal genere e che un tale sentimento non pesi alla fine, a distanza di tempo, come motivo di particolari rivendicazioni in sede di sistemazione con i chiamati alla successione?

Chi può garantire che il sentimento di gratitudine verso il donante degli altri consanguinei, così certamente vivo nel momento della donazione, si mantenga caldo ed intatto nel tempo, tal che neppure sia ipotizzabile ragione di sopravvenienti dissidi attorno al tavolo di una sistemazione di interessi di successione nei quali il donante abbia parte?

Non dirò col Guerrazzi che « l'ingratitude è la moneta ordinaria con cui pagano gli uomini » e non è quindi per tema di un tale sentimento ignobile che noi legislatori dobbiamo fermarci nel disporre norme particolari, come nella specie, ove fossimo persuasi che esse giovino per il bene del prossimo, poggiando sui più puri e genuini sentimenti d'amore.

Ma chi ci dà una tale certezza? Lo stesso relatore se ne è preoccupato. Il progetto governativo prevedeva il regolamento del trapianto del rene esteso al più vasto campo di

trapianto tra estranei, ma il relatore ha proposto (e la Commissione di competenza ha consentito) di limitare la norma di deroga dell'articolo 5 del codice civile al trapianto fra consanguinei per la « certezza morale dell'assenza di motivi di lucro ».

Ma quando così limitiamo la validità della norma, per ammirevole scrupolo morale, ed entriamo nel sacrario degli affetti familiari, i più diretti, quelli fra consanguinei, chi ci assicura della libera scelta, della libera determinazione del donatore?

Libertà formale ed esterna, sì: ma vi è vera libertà che non sia stata quasi inconsciamente viziata dal prevalere di un sentimento che non conosce limiti, quale quello, ad esempio, dell'amor materno, quello dell'amor filiale e, pur sempre grande, quello dell'amor fraterno?

Se pensiamo allo scrupolo estremo del legislatore romano che proibì la donazione tra coniugi, precetto che è rimasto nel nostro codice civile (articolo 781) *ne mutato amore invicem spoliarentur*, avverte Ulpiano (proibizione che riguarda evidentemente solo beni materiali, beni che sono nella disponibilità di ogni individuo, ma estranei allo stesso e non concorrono a formarne, a costituirne la personalità secondo la natura propria di ciascuno), se pensiamo a tale scrupolo, come non rimanere perplessi di fronte ad un atto che le norme che stiamo esaminando prospettano come donazione, come donazione di beni che entrano nella sfera complessiva ed unitaria della costituzione stessa di tale personalità?

Ma usciamo, onorevoli colleghi, dal *sanc-ta sanctorum* dei sentimenti e seguendo lo esame delle norme, che richiede più freddezza di disposizione d'animo, fermiamoci anzitutto al *nomen iuris*. Il titolo del disegno di legge recita « Trapianto del rene tra persone viventi ». Non si parla nel titolo di donazione. Ma i singoli articoli, il primo anzitutto, recepiscono tale denominazione. Dice il primo articolo: « La donazione di un rene per trapianto in altra persona... eccetera ». Sempre si parlerà poi di donazione: all'articolo 2 che fissa la procedura perchè si possa essere autorizzati a donare il rene, all'articolo 5 per la nullità dell'atto in

caso di pattuizione di compenso, all'articolo 6 per fissare sanzioni penali per il caso di mediazione nella donazione.

Ma è veramente esatto parlare di donazione? Se così si fosse voluto intendere da chi ha steso il testo del disegno di legge, come non rilevare che le norme sarebbero in palese contrasto con le vigenti disposizioni del codice civile sulla donazione? Non voglio addentrarmi qui nella disputa dottrinarica sull'istituto giuridico della donazione, così come recepito dal nostro codice civile (articoli dal 769 a 809), non voglio disquisire sul suo carattere contrattuale o meno, ma è pur vero che fra i requisiti essenziali posti a base dell'istituto della donazione nel nostro codice civile sta il consenso del donatario. Lo so che vi è pur qui contrasto in dottrina e nella giurisprudenza. Ma come disattendere il valore dell'articolo 782 del codice civile che, fissando i requisiti di forma dell'istituto giuridico della donazione sotto pena di nullità, ricorda la sottoscrizione del donatario?

Ora, nel testo in esame la forma prevista è diversa e, direi, freddamente distaccata dalla persona del donatario. Ma vi è di più e di tanto più grave. La donazione è revocabile (articoli 800 e seguenti codice civile) per ingratitudine e sopravvenienza di figli (si intende per il donante). Come potrà infatti revocarsi la donazione del rene ove il donatario si mostrasse in seguito ingrato verso il donante? Quanti figli ingrati (e perciò indegni persino di tale nome), ingrati verso la propria madre dalla quale hanno ricevuto la vita e non solo un rene! Come restituire in *integrum* l'organismo mutilato e con esso la capacità lavorativa ridotta del 25 per cento?

Ed allora, onorevoli colleghi, se valgono gli interrogativi, dobbiamo concludere che non si verte nella fattispecie nella sfera giuridica della donazione. E perchè allora un tale nome? E se non trattasi in concreto di donazione come regolata dalle norme del codice civile, a quale nuovo eventuale istituto giuridico si dà vita, pur usando del nome di donazione? Forse è pretendere troppo il voler ricercare la configurazione di un nuovo istituto giuridico che, comunque, non

può ravvisarsi come donazione; le norme all'esame, onorevoli colleghi, in buona sostanza, mirano solo a mitigare per via di eccezione la portata del divieto contenuto nell'articolo 5 del codice civile. Null'altro, onorevoli colleghi.

Recita tale articolo nella prima parte: « Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionano una diminuzione permanente della integrità fisica... ». E qui è il caso: non così nella trasfusione del sangue, il quale, per mirabile concorso della natura si rigenera! Nè dimentichiamo, onorevoli colleghi, l'ultima parte del capoverso dell'articolo 32 della Costituzione: « La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana ». O non può sorgere il dubbio che tali limiti siano superati quando certamente si riduce la capacità di lavoro e della propria attività del 25 per cento? Quali le conseguenze e ripercussioni a catena per la famiglia, in atto o sopravveniente, per tale limitata integrità della persona, pur solo considerata nella sua espressione fisica?

Non dunque donazione, ma solo esigenza di togliere un ostacolo ad esperienze che già si intravedono come felice risultato di nuovo progresso nella scienza: e l'intendimento è certamente nobile.

Ma, forse, onorevoli colleghi, il problema non è ancora maturo dal punto di vista giuridico. Il progresso precede il diritto e il diritto segue a regolare i nuovi rapporti che esso determina: ma ciò può avvenire solo su esperienze di più ampia certezza di quella che, con tanto cauto scrupolo di precisione, ci ha indicato il valente relatore ed allorchè si sia convinti che non intervengano possibili gravi conseguenze e turbamenti in altri rapporti giuridici già in essere e già regolati.

È presto, a mio parere, onorevoli colleghi, per risolvere il problema: conveniamo che se anche l'ansia del progredire disposta a un puro sentimento di giovare all'uomo ci sospinge quasi a bruciare le tappe, ciò non può condurci a legiferare per via di eccezioni e di deroga come nel caso in oggetto, ma sì solo per affrontare *in toto* il problema posto dall'articolo 5 del codice

civile e dall'articolo 32 della Costituzione, con una nuova più vasta esegesi che potrà meditatamente condurci alla modifica delle richiamate disposizioni di legge, fino forse a consentire una nuova formulazione dello stesso articolo 5 del codice civile cosicchè, pur permanendo il divieto, si riconosca l'ipotesi della forza maggiore o della provata necessità per la salvezza della vita propria od altrui e naturalmente senza scopo di lucro.

Mi si potrebbe obiettare a questo punto: se prevedo più ampie possibilità, fino a ritoccare l'articolo 5 del codice civile in correlazione con l'articolo 32 della Costituzione, eliminando il divieto di fronte alla forza maggiore, di fronte alla provata necessità per la salvezza della vita propria ed altrui, come non dovrei esser d'accordo per il meno, cioè per il trapianto del rene?

Risponderò che, se anche molti interrogativi, soprattutto sul poi, possono rimanere, mi fa meno paura una norma semplice e generale come diventerebbe l'articolo 5 del codice civile modificato nel senso indicato, perchè allora nella casistica poi ricorrente sorreggerebbe a tutela di tanti altri diritti collaterali e concorrenti tutto il complesso delle norme del nostro diritto positivo in sede civile, come in sede penale. Ma il serrare in una combinazione di pochi freddi articoli di una legge speciale a carattere prevalentemente procedurale un atto che la scienza da un lato, e tanti nobili sentimenti dall'altro, suggeriscono pare a me che conduca alla mortificazione di questi stessi esentimenti non recando maggiore tranquillità contro abusi, contro turbative nella sfera di altri rapporti giuridici.

Mi auguro che la scienza non si arresti e che nella delicatezza di animi sensibili e di studiosi coscienziosi, nella morale come nel diritto, maturi sollecitamente la norma più semplice possibile che dia un nuovo respiro anche oltre il particolare settore al quale appartiene il tema dei nostri dibattiti.

Per ora personalmente non mi sento tranquillo e, ove non venisse altra iniziativa che potesse tranquillizzare il mio spirito, come potrebbe essere una proposta di modifica pura e semplice dell'articolo 5 del codice ci-

vile che allargasse gli orizzonti del progresso della scienza oltre quello di cui ci occupiamo attualmente, e, naturalmente, in relazione con la modifica dell'articolo 32 della Costituzione, io dovrei, signor Ministro, mi voglia scusare, astenermi dal voto. (*Applausi dal centro*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il senatore Maccarrone. Ne ha facoltà.

MACCARRONE. Onorevole Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, l'intervento del collega Bussi ha messo in evidenza una lacuna piuttosto seria nell'esame di questo disegno di legge. Già un avviso era stato dato dal collega Trimarchi che, soffermandosi sul concetto di donazione, con l'acutezza che lo distingue aveva fatto presente al Senato la necessità di approfondire meglio l'insieme delle norme che noi stiamo esaminando.

Ora il collega Bussi ha allargato, precisato e arricchito le numerose perplessità e i numerosi interrogativi che su questo piano io stesso mi ero permesso di presentare in Commissione, chiedendo che la Commissione giustizia tempestivamente fornisse il suo documentato parere. Ma, a prescindere da questo, onorevoli colleghi, credo non sia sfuggito a nessuno il fatto che, nel dibattito generale in corso su questo disegno di legge, si siano manifestate serie perplessità e riserve ampiamente motivate anche da parte di coloro che pure avevano convenuto con il relatore senatore Samek Lodovici di presentare una relazione favorevole al testo rielaborato dalla 11^a Commissione permanente. Come si sia giunti ad un testo profondamente diverso da quello presentato dal Governo è stato ampiamente documentato dalla relazione del nostro collega Samek Lodovici, al quale credo che ciascuno di noi debba essere grato per l'apprezzabile fatica compiuta con il consueto scrupolo, con ricchezza di documentazione e con serena obiettività, anche se, a mio avviso, non senza qualche contraddizione del resto non diversa da quelle contraddizioni che hanno contraddistinto, nel dibattito in Au-

la, le argomentazioni dei colleghi favorevoli all'approvazione del disegno di legge.

Desidero aggiungere che la relazione del senatore Samek Lodovici, a differenza di quella con la quale era presentato il primitivo progetto govenativo, relazione questa assai scarna, imprecisa, superficiale e sotto molti aspetti scientificamente inesatta, come del resto ho avuto modo di rilevare in Commissione, rende molto facile il nostro compito ed il mio in particolare, perchè mi esonera dalla citazione di gran parte dei dati pubblicati dalla letteratura mondiale anche se a taluno di questi dati sarà necessario che io mi richiami ancora per sottolineare le considerazioni che mi permetterò di sottoporvi con questo mio intervento. È mia opinione — lo dico subito — che la proposta di consentire per legge il prelievo di un rene da una persona viva, sana e consenziente con lo scopo di effettuare un trapianto a fini terapeutici in un soggetto ammalato non debba essere approvata. Sono giunto a questa conclusione dopo aver riflettuto a lungo sui numerosi aspetti controversi del problema, almeno su quelli sui quali la mia capacità di giudizio ha potuto essere esercitata ed avendo presente da un lato soprattutto il dramma di oltre 4 mila uremici cronici che muoiono ogni anno in Italia, ad aiutare i quali il provvedimento in esame dovrebbe essere diretto; dall'altro le esigenze di progresso scientifico che vengono prospettate da questa branca della terapia appena agli inizi di un cammino lungo dal quale gli uomini attendono la soddisfazione di non poche delle loro speranze nella incessante lotta contro la malattia. E poichè a noi, al Parlamento, è assegnato il compito di produrre norme e non di formulare ipotesi di lavoro per una ricerca pur affascinante ed utile al sommo grado, credo che sia stato corretto il punto di partenza delle mie riflessioni, poichè io mi sono posto il problema di ritrovare, anche nei discorsi fino ad ora pronunciati dai nostri autorevoli colleghi che sono quasi tutti eminenti personalità del mondo medico, elementi di certezza tali da indurre a dare l'assenso alla rimozio-

ne dell'ostacolo rappresentato dall'articolo 5 del codice civile da tutti considerato di impedimento per l'attuazione nel nostro Paese della terapia dei trapianti di organi prelevati da persone viventi. Che cosa stabilisce l'articolo 5 del codice civile? Permettetemi di richiamarne la prima parte: « Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico e al buon costume ».

Questo articolo, quindi, non stabilisce un divieto assoluto del diritto di disposizione del proprio corpo, ma anzi, secondo il De Cupis — citato dal relatore — con esso si è introdotto nel diritto italiano un principio nuovo, in quanto il legislatore avrebbe ora ammesso, in un certo limite, la disponibilità del diritto all'integrità fisica mediante consenso; limite rappresentato anche dalle condizioni poste dallo stesso articolo 5, e cioè che gli atti di disposizione non cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica e che non siano contrari alla legge, eccetera.

Per quanto riguarda la legge, si devono richiamare ancora altre disposizioni che in un certo senso integrano l'articolo 5, cioè gli articoli 50, 582 e 583 del codice penale. Tutte queste norme oggi si ritengono applicabili a chi operi l'asportazione di un organo. Nel caso dell'asportazione del rene si dovrebbe derogare da esse, poichè non è possibile in via interpretativa giungere ad ammettere la permissibilità di una tale operazione in quanto, a differenza di quanto è stato sostenuto anche qui da qualche collega, nel caso dell'asportazione di un rene sano, ammesso pure che non si perda la capacità di procreare (punita all'articolo 583 del codice penale), perchè nel caso della donna anche con un solo rene si può avere una gestazione ed un parto normali, nè si perda l'uso, poichè si tratta di un organo doppio la cui funzione può essere agevolmente surrogata, almeno a certe condizioni, è discutibile che non si abbia un indebolimento permanente dell'integrità fisica.

Infatti, la funzione del rene mancante può essere, sì, surrogata da ipertrofia del rene

residuo, ma, come afferma il Pellegrini, si verifica un danno potenziale che, secondo il Condorelli, consiste in una menomazione pregiudizievole in un avvenire più o meno lontano.

Gli eventi che si possono verificare (malattie, tumori, trauma, sclerosi e così via) sono stati ricordati dai colleghi i quali, però, hanno affermato che, trattandosi di eventi statisticamente rari, non debbono essere presi in considerazione. Mi pare giusto obiettare che in questo caso, trattandosi della vita umana, di una vita che senza il nostro intervento avrebbe svolto ben diversamente il suo ciclo, non si deve considerare con quale frequenza possa verificarsi il rischio che il danno da potenziale diventi attuale, ma semplicemente se tale danno esiste e se noi abbiamo il diritto di provocarlo.

Non vi è dubbio che l'integrità fisica del soggetto sottoposto all'asportazione di un rene sano è menomata. Secondo alcuni autori questo concetto è da considerarsi solo da quel punto di vista che interessa lo Stato, cioè in rapporto alla funzionalità dell'individuo nella vita sociale. Ma a giudizio di Eula occorrerebbe una norma interpretativa specifica per potere, allo stato del nostro diritto positivo, stabilire l'equivalenza tra il concetto di integrità fisica e quello di integrità funzionale o quello, ancora più vasto, della funzionalità dell'individuo nella vita sociale.

Si è citata qui la sentenza del processo di Napoli, emessa nel caso del testicolo asportato dallo studente giovane e trapiantato in un brasiliano facoltoso. In tale sentenza, molto interessante sotto diversi aspetti, il concetto di integrità fisica è considerato solo da quel punto di vista che interessa lo Stato, cioè in rapporto alla funzionalità dell'individuo nella vita sociale. Nel caso di Napoli ci interessa anche la formula con cui Corte d'appello e Cassazione confermarono la sentenza emessa in prima istanza: la Corte d'appello con formula piena, perchè il fatto non costituisce reato, confermativa della sentenza del tribunale; la Corte di cassazione con una formula diversa, più limitativa, e cioè per-

chè gli imputati non sono punibili avendo commesso il fatto con il consenso dell'avente diritto (articolo 50 codice penale).

Poichè si è citato il Porzio, difensore nel processo dei chirurghi imputati, mi sia lecito citare il Carnelutti che, in « Foro italiano » del 1938, parte IV, pagina 92, riprendendo in esame quella sentenza, in una nota sul problema giuridico della trasfusione del sangue scriveva: « Quel chirurgo può ringraziare l'umanità dei giudici i quali, se avessero voluto applicare rigorosamente la legge, avrebbero forse potuto pronunciare una diversa decisione ». Infatti, secondo il citato giurista, i problemi di cui anche noi ci stiamo occupando, devono essere considerati secondo il rapporto tra il danno cagionato al datore e il vantaggio procurato al ricevente. Giudicato secondo questo principio, il trapianto effettuato dai chirurghi di Napoli in assenza di un qualsiasi stato di necessità, in carenza di un adeguato rapporto favorevole tra il vantaggio procurato e il danno arrecato, avrebbe dovuto avere ben altra conclusione giudiziaria e, si badi bene, ciò in assenza, nella legislazione dell'epoca, della norma che oggi si vuole modificare. Nella nostra legislazione, infatti, l'articolo 5 viene introdotto nel codice civile successivamente alla sentenza sul caso di Napoli e, sembra, sotto l'influenza del clamore da questo suscitato.

Tutto ciò, onorevoli colleghi, ha per scopo, per quanto mi riguarda, di richiamare la vostra attenzione sul complesso edificio giuridico che viene messo in discussione dalla proposta in esame (e molto più acutamente e con maggior dottrina di me lo ha fatto poc'anzi il collega Bussi), edificio che non può e non deve essere considerato intangibile, quando finalità sociali ed umane di elevato significato reclamino o giustifichino un cambiamento. Mi pare però che si possa essere tutti d'accordo con Eula nell'affermare che la funzione del diritto normativo, del legislatore, di fronte ai fenomeni nuovi non sia quella di costruire discipline astratte per fenomeni ancora in fase iniziale o sperimentale, ma quella di intervenire in un secondo tempo, quando il fe-

nomeno abbia già raggiunto una sua maturazione.

Nel caso in esame, perciò, occorre chiedere alla scienza medica, prima ancora che al diritto e alla morale, entrambi coinvolti nella questione, se, per quanto riguarda la chirurgia sostitutiva mediante trapianti di organi, si tratti di fenomeni in fase iniziale o sperimentale o se essi siano già pervenuti a maturazione.

Desidero però intrattenermi ancora brevemente sul problema della liceità. Non possiamo qui dare per risolto il tormentoso interrogativo che turba l'animo del medico di fronte ad una vita che si spegne. Al XXI Congresso della Società internazionale di chirurgia nel maggio 1965, il professor Valdoni, pronunciando il discorso di apertura e soffermandosi sulle questioni relative ai trapianti dei tessuti, dopo aver affermato che il trapianto dei tessuti da un essere vivente ad un altro non crea problemi, in quanto il tessuto crescerà di nuovo, la lesione guarirà ed il tessuto cicatrizzale di per se stesso non menoma la capacità vitale o la prevista durata di vita di un individuo sano, ha tuttavia rilevato che la cosa cambia aspetto quando si ha a che fare con la sottrazione di un organo. Egli si chiede: ha il chirurgo il diritto di menomare anche leggermente l'integrità di un uomo sano per salvare la vita di un paziente? E soggiunge: « Si tratta di un problema morale difficile da risolvere ».

Il professor Stefanini, in un articolo pubblicato dalla « Settimana degli ospedali » del giugno 1965, afferma che l'esecuzione del trapianto renale prelevando l'organo da donatori viventi solleva molte considerazioni di ordine medico, giuridico e sociale. Non si può, a giudizio suo e dei suoi collaboratori, sottoporre un individuo sano al rischio di interventi operatori di una certa entità, senza conoscere esattamente a quali pericoli immediati o futuri si espone il donatore e senza aver valutato l'effettivo vantaggio che si arreca al ricevente. Attualmente sono molto scarsi, conclude Stefanini, gli elementi che possono guidare il chirurgo in questa difficile situazione.

Il 14 maggio dello stesso anno il Consiglio superiore di sanità esprimeva, però,

parere favorevole al progetto di legge governativo sul trapianto del rene e con un voto, il cui alto valore è da considerarsi un valido appoggio all'iniziativa ministeriale, faceva giustizia di tutti i dubbi, di tutte le ansie, affermando addirittura che non conviene limitare il trapianto di organi tra persone viventi al solo rene ma che, in considerazione dei costanti e continui progressi in campo chirurgico, è opportuno estendere l'autorizzazione a tutti gli organi trapiantabili.

Il Ministro però è stato più prudente e, nella relazione che accompagna il disegno di legge, l'ufficio legislativo del Ministero ha di molto attenuato la prosa entusiastica del Consiglio superiore di sanità. Tuttavia, a parte l'opinione, del resto rispettabile, del Consiglio superiore di sanità, non perde affatto valore l'affermazione che oggi in tutto il mondo la maggiore obiezione all'omotrapianto è rappresentata dalla liceità di richiedere al donatore vivente di sacrificare un rene. Di recente in Francia, ove si pone lo stesso problema che si pone da noi e ove il Parlamento ha già altre volte rifiutato di approvare una legge per il trapianto del rene tra viventi, l'Accademia di Francia si è pronunciata esplicitamente contro la liceità, per il medico, di consigliare ad un uomo sano la mutilazione di un organo.

A me è sembrata perciò assai corretta la impostazione data a questi problemi dal Carnelutti, secondo il quale essi devono essere visti considerando il rapporto tra il danno così cagionato al datore e il vantaggio procurato al ricevente.

Anche il Sabbatani, arcivescovo di Loreto, per molti anni consigliere ecclesiastico dell'Associazione medici cattolici, e quindi in dimestichezza con i problemi morali posti dal progresso della medicina, afferma che quattro sono le condizioni fondamentali per la liceità del trapianto d'organo da vivente: primo, che si tratti di un organo doppio e l'altro organo del donatore sia sano, in maniera che la funzione fisiologica a cui l'organo rispondeva continui, poichè non è lecito sopprimere alcuna funzione organica; secondo, sia l'unico mezzo per sopperire al bisogno; terzo, si tratti di soc-

correre ad una necessità fisica estrema o quasi estrema del prossimo; quarto, vi sia una solida probabilità della riuscita del trapianto.

L'autorità dell'eminente personalità, giudice del Tribunale della Sacra Rota, alle cui opinioni si sono riferiti anche i fautori dell'approvazione della legge sul trapianto, mi induce a soffermare l'attenzione su di essa. Dirò subito che almeno una delle condizioni ritenute fondamentali dal Sabbatani per la liceità dell'asportazione di un rene sano in un individuo vivente per il trapianto in un individuo malato, non sussiste nel nostro caso, poichè questa terapia non è l'unico mezzo per sopperire al bisogno, ma solo uno dei mezzi oggi conosciuti e praticati per cercare di salvare l'uremico in fase terminale. Tale scopo infatti può essere raggiunto anche con il trapianto di un rene prelevato da un cadavere o prelevato nel corso di un intervento chirurgico, oppure mediante cure mediche basate sulla emodialisi periodica, che non comportano il sacrificio di nessuno.

Mentre tornerò più oltre sul trapianto di rene da cadavere, desidero subito affermare che a mio giudizio sono molto convincenti le istanze di coloro che considerano un'alternativa reale al trapianto del rene la terapia dialitica. È d'accordo con me il collega Zonca nel far propria la conclusione del Congresso di Lione del maggio 1966, secondo cui la dialisi è la terapia di oggi, mentre il trapianto può considerarsi la terapia di domani. Sono a favore di questa tesi le autorevolissime conclusioni di Shaldon, Schribner, Alwall, Monosterio, per citarne alcuni.

È noto che i primi tentativi di dialisi nell'uremia cronica furono condotti nel 1955 in Svezia, proprio da Alwall a Lund, e successivamente negli Stati Uniti da Merrill a Boston, quasi contemporaneamente all'inizio delle ricerche sistematiche sul trapianto del rene, con risultati inizialmente spesso brillanti, ma in genere poco duraturi, anche per la comparsa di complicazioni. Oggi però la tecnica è molto più perfezionata e i risultati sono diventati più soddisfacenti, fino ad ottenersi la riabilitazione completa dei pa-

zienti, il loro ritorno alle normali occupazioni durante periodi anche lunghi di tempo.

Tre casi trattati da Schribner vivono ancora da sette anni. Ecco la casistica di Shaldon illustrata al congresso di Lione: su 26 casi trattati, percentuale di sopravvivenza, dopo un anno, 100 per cento; durata del trattamento, 40 mesi; riabilitati 85 per cento.

Allo stesso congresso Pendras ed Erikson hanno presentato una casistica: su 22 casi, sopravvivenza, dopo un anno, 95 per cento; durata del trattamento 50 mesi; riabilitati 95 per cento.

È bene dire che, per riabilitazione, secondo questa casistica, si intende la possibilità che gli ammalati svolgano il loro lavoro abituale con perdita di ore lavorative, a causa della dialisi, che non supera le 4 ore per settimana.

Molto di recente sono state allestite apparecchiature più complesse per praticare il trattamento emodialitico al domicilio dei pazienti. Il gruppo di Shaldon ha attualmente in cura 11 ammalati con dialisi domiciliare, con durata massima di venti mesi.

In genere, accudisce alla emodialisi un parente del paziente adeguatamente istruito.

Schribner ha confermato i risultati ottenuti dagli altri ricercatori in emodialisi domiciliari per un periodo massimo di 27 mesi.

Al centro emodialitico di Pisa, diretto da Monasterio, vengono curati attualmente con emodialisi periodiche dieci uremici cronici ed altri due sono trattati a domicilio con uno speciale modello di rene artificiale, molto semplice e di facile uso, allestito da Giovannetti.

Dunque, l'uremia cronica può essere curata oggi con l'emodialisi periodica che consente anche la riabilitazione completa della maggior parte dei pazienti. È un trattamento medico che può essere applicato agevolmente ovunque, anche a domicilio del paziente, e senza richiedere il sacrificio di nessuno. Certo, non si tratta di una cura definitiva: essa è condizionata dal modo come è condotta, essendo gli insuccessi dovuti all'uso di apparecchiature inadeguate o a deficiente preparazione o scarso impegno

del personale, ma non vi sono processi ignoti o misteriosi o difficilmente controllabili.

Si tratta infatti di allontanare dal sangue le scorie, i vari cataboliti, normalmente eliminate attraverso i reni con le urine, tratteneute nel sangue nel caso dell'uremia che è appunto una sindrome fondamentalmente tossica determinata dalla compromissione estrema della funzione renale.

L'allontanamento di queste scorie può avvenire introducendo una adatta soluzione nel cavo peritoneale, utilizzando la superficie di scambio della sierosa per sopprimere alla mancata depurazione renale o facendo circolare il sangue nel cosiddetto rene artificiale di Kiil, costruito in vario modo ma fondamentalmente consistente in una membrana o di *cellophane* o di *cuprophane* attraverso cui le sostanze passano in contatto con soluzioni ipertoniche.

La sindrome anemica dovuta alla mancata increzione di eritropoietina da parte dei reni malati è agevolmente curata dalle trasfusioni periodiche di sangue.

Come ogni trattamento strumentale, è suscettibile di continui perfezionamenti quali quelli che si sono già realizzati appunto con il trattamento domiciliare.

Vi è ancora lo svantaggio del costo cospicuo: si tratta di circa 10.000 lire di spese vive per ogni trattamento (a parte quelle sostenute per attrezzare il centro nefrologico) e, se esso deve essere eseguito due volte la settimana, rappresenta un onere non sostenibile per il lavoratore.

Alwall però in Svezia ha programmato di estendere questo trattamento a tutti gli uremici nei prossimi cinque anni.

In Italia l'INAM e le altre mutue non riconoscono l'emodialisi tra i trattamenti terapeutici ammessi ed i pazienti debbono pagare da sé o gli ospedali debbono ricorrere ad artifici per non rifiutare un trattamento di tale efficacia.

È necessario pertanto che sia fatto ciò che il collega Zonca chiede con il suo ordine del giorno, che io condivido e sottoscrivo.

È necessario ed urgente che ella, onorevole Ministro, cui compete la tutela della salute dei cittadini, intervenga energicamente e risolutamente presso gli enti mutuali-

stici, come già ho avuto l'onore di chiederle in Commissione, per ottenere l'assunzione a carico delle mutue del trattamento emodialitico.

Sostengo dunque che l'emodialisi deve essere considerata l'unico mezzo terapeutico da applicare nei casi di uremia cronica irreversibile? No, non affermo questo in modo categorico. Essa però rappresenta un mezzo valido, e vedremo anche quanto più valido del trapianto, per fronteggiare la sindrome uremica, per vincerla, con risultati che si consolidano sempre di più, che appaiono duraturi se non definitivi e pongono il paziente in condizioni di riprendere la sua attività normale, consentendo una completa riabilitazione in un numero elevatissimo di casi. In ogni caso l'emodialisi deve essere tenuta in seria considerazione perchè essa rappresenta un presupposto indispensabile per una corretta impostazione del problema del trapianto. Infatti prima dell'esecuzione del trapianto, durante tutto il periodo preparatorio, occorre sottoporre il ricevente all'emodialisi periodica, necessaria per mantenerlo in vita nell'attesa dell'intervento chirurgico, specie quando sia stato nefrectomizzato. Essa può essere necessaria anche dopo l'intervento, qualora il rene trapiantato tardi a funzionare o cessi di funzionare per il sopravvenire della crisi di rigetto.

Senza entrare nel merito dell'efficacia della terapia dei trapianti, dirò subito che anche agli occhi di un profano appena superficialmente informato del fatto che dal 1954 ad oggi (12 anni) il registro mondiale dei trapianti non supera i 700 casi (672), appare irraggiungibile in Italia, ove esistono 4.000 casi di morte per uremia cronica ogni anno, la guarigione o la terapia con questo mezzo di tutti i casi di uremia. Non è possibile presentare questo trattamento come un trattamento terapeutico, cioè come il mezzo fondamentale di assistenza per tutti gli ammalati trattabili. Se poi si pensa che il trattamento di ogni caso, secondo calcoli riferiti da Stefanini, costa 20 milioni di lire, si ha presente quanto grandi siano le dimensioni del problema che si dice di voler risolvere con questa legge,

anzi che sarebbe già stato risolto se questa legge fosse stata già approvata. Quattro mila decessi l'anno per nefropatie croniche rappresentano un notevole problema sociale che non si affronta e non si risolve con il trapianto del rene tra viventi, che non si può affrontare in ogni caso senza aver realizzato in Italia una rete abbastanza fitta di centri di dialisi per le nefropatie croniche, necessaria ed indispensabile premessa qualora si voglia promuovere un'eventuale politica dei trapianti come sembra voglia fare il Ministero, cosa che io credo ancora assai prematura alla luce delle conoscenze e delle esperienze fatte in ogni parte del mondo e riferite anche qui abbondantemente dai colleghi che si sono impegnati in questo dibattito.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.*
In sostanza volete dire che cosa si deve fare?

M A C C A R R O N E . Onorevole Ministro, se ella ha ancora un po' di pazienza io le dirò qual è la mia conclusione, che del resto ella già conosce perchè ha avuto modo di respingerla in Commissione. Non è che alternative alla sua proposta non ve ne siano state: ve ne sono state e ve ne sono, e sono state prospettate anche da colleghi che non appartengono alla mia parte politica. Si tratta di vedere se queste proposte meritano di essere prese in considerazione oppure devono essere respinte, ed è questo lo scopo che impegna l'Aula del Senato in questo dibattito.

Esaminiamo ora brevemente le ragioni per le quali considero inammissibile, allo stato attuale, una decisione positiva in sede legislativa, almeno del tipo di quella che è stata qui proposta. Potrei anche essere dispensato da tale esame perchè tutti questi motivi sono stati esposti esaurientemente nella relazione del collega Samek Lodovici che era giunto — cito testualmente — ad un « giudizio di prematurità del consenso legislativo al trapianto del rene da vivo. Soprattutto per la considerazione », dice il collega Samek, « della scarsità e transitorietà dei successi registrati da questa terapia, in confronto

al notevole danno permanente subito dal donatore; per l'esistenza di altre terapie... non prive di efficacia... e anche per la possibilità di trapianto del rene da cadavere, con risultati analoghi a quello da vivente». Successivamente il senatore Samek Lodovici ha cambiato parere per un « complesso di ragioni », come egli dice, ed è stato indotto ad accettare il principio del trapianto del rene da vivente.

Analizziamo queste ragioni per vedere se sono valide, se sono sufficienti a indurre anche me a cambiare opinione o se piuttosto non venga confermato il rilievo, da me fatto all'inizio, di una contraddizione palese presente nell'esposizione dello stesso relatore; rilievo che non viene avvalorato soltanto dalla scarsa convinzione, ma anche dall'esiguità dei riferimenti con cui il relatore sostiene le sue nuove ultime conclusioni favorevoli all'accoglimento del principio del trapianto tra viventi.

Del complesso di ragioni addotte dal senatore Samek Lodovici per giustificare il cambiamento di propositi, prenderò in esame solo quelle relative alle comunicazioni di Terasaki, Starzl e collaboratori al VII Congresso internazionale sul trapianto, tenutosi nel febbraio 1966 a New York, e quelle relative alla pressione esercitata dall'opinione pubblica, essendo tutte le altre già presenti allo stesso relatore e implicitamente confutate da lui nella prima parte della sua relazione.

Le comunicazioni di Terasaki ed altri sono relative ad un perfezionamento dei metodi biologici per la determinazione della istocompatibilità ed ai risultati raggiunti con una più razionale tecnica di selezione dei donatori.

Come è noto, il problema chiave dei trapianti di organi è rappresentato dalla istocompatibilità tra i tessuti del donante e i tessuti del ricevente. E legge biologica assoluta, senza eccezioni, il fatto che l'organismo umano difende con rigore la propria identità e non tollera altro che i propri tessuti; ciò è legato al patrimonio genetico che è custodito nel nucleo di tutte le cellule. Gedda distingue un trapianto isogenico, cioè proveniente da un donatore che ha

l'identico patrimonio genetico, da un trapianto allogenico, cioè proveniente da un donatore che ha un diverso patrimonio genetico. Nel primo caso, che si verifica solo nei gemelli monozygotici (o monovulari, provenienti cioè dallo stesso ovulo, dalla stessa cellula germinale), il trapianto viene accettato, producendosi nell'organismo ospite soltanto una leggera reazione infiammatoria marginale, comune e transitoria.

Nel secondo caso, anche se l'ospite è un gemello dizigotico, cioè proveniente da cellula germinale diversa, anche se giunta a maturazione quasi contemporaneamente all'altra, si ha una reazione violentissima. Il trapianto libera antigeni che provocano nell'organismo ospite la produzione di anticorpi che elevano una barriera contro il tessuto estraneo costringendolo alla morte.

G E N C O . Ne ha parlato il senatore Monaldi.

M A C C A R R O N E . *Repetita iuvant*, direbbe lei, senatore Genco. Io lo ripeto. Se lei ha la cortesia di ascoltarmi, mi fa cosa gradita; se lei viceversa è già abbastanza edotto dell'argomento e vuole dedicarsi ad altre attività collaterali, lo faccia pure: non me ne adonto, e credo che non se ne adonti nemmeno il Senato. Se il senatore Genco ha la cortesia di ascoltarmi, giudicherà nella sua bontà la ragione che mi spinge a ribadire questo concetto, peraltro notissimo, anche se il senatore Monaldi, con la sua dottrina e con la sua capacità di sintesi, certamente lo ha espresso in modo molto più comprensibile di me.

Dicevo che la cosiddetta reazione di rigetto si verifica in ogni caso di trapianto allogenico, sia se l'innesto proviene da un donatore della stessa specie (omotrapianto), sia, a maggior ragione, se l'innesto proviene da un donatore di specie diversa (eterotrapianto). Questa è una cosa nota a tutti. Perciò, senatore Genco, onorevoli colleghi, è assolutamente privo di ogni base scientifica seria il tentativo di effettuare un eterotrapianto nella specie umana con innesto proveniente da un primate, per esempio da uno scimpanzè, e non si comprende come

esso possa essere divulgato anche attraverso la stampa di informazione e prospettato come un tentativo terapeutico valido sapendo che non vi è allo stato attuale nessuna possibilità di successo. Ecco perchè, senatore Genco, io l'ho tediata con le mie citazioni.

Un tentativo del genere, a mio avviso, qualora venga effettuato in un paziente destinato a certissimo *exitus* non può che essere circondato dal silenzio e dal riserbo che deve sempre circondare ogni esperimento, specie quando esso ha attinenza con l'uomo e la sua salute.

Ci troviamo dunque, onorevole Ministro e onorevoli colleghi, di fronte ad un ostacolo che appare oggi insormontabile. I tentativi dei ricercatori, infatti, non sono rivolti oggi tanto a dimostrare la non assolutezza della legge biologica, della inaccettabilità dei tessuti estranei, quanto ad aggirare tale legge mediante artifici.

È vero che le esperienze di Pierce e Varco — e credo che il senatore Monaldi li abbia citati perchè egli è un immunologo molto esperto — condotte sui cani e quelle di Gedda porterebbero a formulare qualche dubbio sulla mancanza di eccezione alla regola enunciata, in quanto ad esempio si verificherebbero fenomeni di tollerabilità in omotrapianti eseguiti in animali. Nel caso di un cane nel quale il trattamento antirigetto fu sospeso dopo 150 giorni, non si è avuto il fenomeno di espulsione del trapianto. L'ipotesi che si è formulata — si badi bene, si tratta di una ipotesi — è che in questi casi la memoria delle cellule del ricevente, nei confronti delle proteine eterogenee del trapianto, possa essere perduta. Questa è la grande speranza che c'è oggi, per aprire questa porta che la natura tiene fortemente e giustamente serrata.

La memoria sarebbe andata perduta dopo un periodo di tempo sufficiente al prodursi di nuove generazioni di cellule immunologiche, la cui intera vita abbia avuto luogo in un ambiente contenente appunto le proteine del donatore. Però si tratta solo di un'ipotesi che non ha ancora nessuna riprova sperimentale e soprattutto non ha nessuna giustificazione teorica se non l'ipotesi

che io ho citato. Ed è proprio per la scarsa conoscenza che noi abbiamo dell'intimo meccanismo di questo fenomeno immunitario chiamato reazione di rigetto che il suo controllo e la sua eliminazione oggi sono tentati solo ricorrendo ad artifici che consentono di aggirare e non di modificare la legge biologica.

Tra questi artifici i più usati, almeno nel mondo anglosassone e consigliati anche, sembra, da noi, sono i cosiddetti antimetaboliti, vale a dire sostanze chimiche che non hanno un'azione specifica, limitata cioè alla reazione immunitaria provocata dagli antigeni T, responsabili proprio della reazione del rigetto dell'omotrapianto, ma agiscono interferendo con la sintesi proteica, inibiscono la formazione di tutti gli anticorpi interessati nei vari processi immunitari, compresi quelli che intervengono nella protezione dell'organismo dalle cause infettive; il quale organismo pertanto appare, in queste condizioni, completamente disarmato nei confronti delle numerose cause di malattia presenti comunemente nell'ambiente esterno. Delle numerosissime altre conseguenze del trattamento immunosoppressivo prolungato fino a tempo indeterminato non farò qui cenno. Tali conseguenze si hanno anche con gli antimetaboliti meno tossici usati abitualmente, come l'azatioprina o Imuran. Desidero però riferire il giudizio di Merrill che considera gli antimetaboliti troppo rozzi e troppo tossici per lo scopo al quale devono servire; la loro efficacia può essere paragonata, dice Merrill, all'uso di un colpo di cannone per uccidere un topo. Come è facile dedurre, le tecniche immunosoppressive non possono essere considerate nè definite nè tanto meno di uso corrente, non solo perchè le sostanze che oggi si conoscono e vengono usate sono altamente tossiche, tanto che i danni secondari assumono un rilievo clinico notevole in non pochi casi di particolare sensibilità e devono indurre alla sospensione della somministrazione, ma soprattutto perchè la non specificità della loro azione costringe il soggetto, salvato temporaneamente dall'uremia, nel caso di attecchimento del trapianto, a vivere una vita del tutto artificiale, in un equilibrio instabile tra organo trapiantato

tato e ospite; equilibrio, come rileva Hamburger, il grande nefrologo dell'ospedale di Necker, che può prolungarsi per mesi e per anni, la cui storia naturale, quella delle sue crisi, delle sue complicanze, delle reazioni immunitarie di un genere nuovo che è suscettibile di provocare, resta ancora in gran parte da scrivere e da comprendere. Soprattutto da comprendere, aggiungo io, onorevoli colleghi.

Merril, il pioniere, insieme a Murray del trapianto del rene nell'uomo, rileva a questo proposito che, malgrado l'entusiasmo destato dai primi successi, noi stiamo vedendo un numero sempre più cospicuo di pazienti la cui funzione renale si è andata deteriorando progressivamente dopo il primo ed anche dopo il secondo anno di sopravvivenza. Appaiono lesioni dei piccoli vasi renali — dice Merrill — e può instaurarsi una ipertensione, senza evidenti episodi del classico rigetto. Può darsi — sempre secondo Merrill — che queste lesioni rappresentino un danno vascolare precoce che è guarito mediante un processo di fibrosi, facendo capo alla nefrosclerosi, che è una malattia, mi pare, abbastanza temibile, quanto l'uremia cronica.

Ed Hamburger nel 1965 riassume così i rilievi fatti osservando la sua importante casistica: su 43 malati sottoposti ad omotraspianto renale, si sono avuti 29 casi di tolleranza dell'innesto; di questi, 24 sono attualmente sopravvissuti, e precisamente 15 da 6 mesi, 8 da 1 anno, 3 da 2 anni.

Nei casi non complicati la tolleranza ottenuta si traduce in un funzione renale soddisfacente: scomparsa dell'ipertensione e delle lesioni del fondo dell'occhio (sono i segni presenti nell'uremia).

Le biopsie rilevano quasi costantemente un certo grado di infiltrazione cellulare interstiziale che tende a diminuire o a sparire verso la fine del primo anno. Inoltre, la microscopia elettronica applicata a 13 su 33 terapie ha mostrato in tutti i casi discrete alterazioni dei glomeruli che persistono in modo notevole.

Sono possibili complicazioni secondarie, come crisi a più riprese con insufficienza renale transitoria reversibile sotto l'influen-

za della corticoterapia; alterazioni glomerulari, come esagerazione delle modificazioni delle costanti dell'ultraflocculazione; sclerosi interstiziale progressiva con sbocco in soppressione della funzione del rene trapiantato; lesioni arteriose profonde; fenomeni extrarenali diversi.

Il significato immunologico di questi differenti eventi non è ancora completamente delucidato; ciò che è chiaro è che le concezioni tradizionali del rigetto dell'omotraspianto sono insufficienti per rendere conto della molteplicità dei fenomeni osservati. E faccio ammenda delle altre numerose osservazioni della patologia del rene trapiantato, di questo rene che dovrebbe ristabilire la normale funzione e che viene considerato sano e funzionante solo perchè alcuni *clearances* fondamentali corrispondono alla normalità (quantità di urine, concentrazione e presenza di sali e così via).

Queste osservazioni di Merrill e di Hamburger mi pare esprimano abbastanza chiaramente come, indipendentemente dalla valutazione delle statistiche, fatta dai più entusiastici sostenitori del trapianto, e dalle deduzioni che si possono trarre dai limiti più o meno ampi del cosiddetto successo (cioè della sopravvivenza oltre l'anno dei soggetti che hanno subito il trapianto), sugli interventi pesi una sorte molto incerta le cui probabilità positive sono almeno discutibili e non resistono ad una critica condotta con metodi meno grossolani della comparazione statistica.

Si può perciò concludere con Starzl, citato come un convinto sostenitore del trapianto del rene tra viventi, affermando che la terapia dell'uremia con il trapianto, nonostante i risultati ottenuti e le speranze accese, deve essere considerata ancora come una terapia sperimentale. È quanto meno discutibile, pertanto, che in queste condizioni il danno certo che si procura al donatore sia compensato dal vantaggio procurato al ricevente, la cui sopravvivenza ottenuta con questo mezzo, quanto meno della stessa entità di quella ottenuta con la depurazione dialitica, non compensa affatto il grande sacrificio che viene chiesto al donatore. I risultati migliori che si otterrebbero con l'af-

finamento delle tecniche di selezione dei donatori, con l'accertamento della istocompatibilità, ai quali ha fatto riferimento il collega Samek Lodovici come ad uno degli argomenti che dovrebbero farci cambiare parere, non modificano sostanzialmente la situazione e non solo perchè i risultati di Terasaki e Starzl attendono ancora una conferma, ma perchè le stesse tecniche usate non consentono di stabilire il grado di istocompatibilità, ma solo di escludere con certezza le più evidenti istoincompatibilità.

Il problema resta quindi nei termini essenziali in cui sembra anche a me di averlo posto. Il trapianto del rene è una terapia sperimentale che richiede ancora lunghi studi prima di vedere chiariti i numerosi problemi ad essa connessi, problemi che sono, più che chirurgici, di ordine medico e biologico, immunologico ed ematologico. Inoltre le tecniche usate per il controllo della reazione di rigetto sono ancora grossolane e non prive di rischi; i risultati ottenuti anche nei casi più favorevoli devono essere considerati provvisori e temporanei, ad eccezione di quelli ottenuti nei trapianti tra gemelli omozigotici, il cui fondamento scientifico induce ormai a conclusioni di certezza.

D'altronde, come ha affermato di recente Monasterio, è da escludere che i progressi della tecnica immunologica per la selezione dei donatori possano ovviare all'instaurarsi delle reazioni immunitarie, dato che, ad eccezione dei gemelli omozigotici, una affinità genetica non può essere mai tale da impedire la comparsa di detta reazione, e quindi la istocompatibilità con il ricevente esistente nel donatore, consanguineo o no, può consentire soltanto la sopravvivenza dell'organo trapiantato mediante un trattamento immunosoppressivo di poco meno brutale di quello che si adopera normalmente nel caso in cui questa istocompatibilità non è presente in modo così apprezzabile.

Mi pare di poter affermare così che anche un'altra delle condizioni del Sabbatani per la liceità del trapianto, e cioè che vi sia una solida probabilità di riuscita, venga a mancare. Mi si obietterà con le cifre delle statistiche che questa affermazione è discutibile; ma a tale obiezione mi pare di aver rispo-

sto affermando che non si deve trattare di una valutazione statistica condotta con i noti criteri, ma di una valutazione clinica, e a questo proposito le conclusioni di Merrill e Hamburger mi sembrano importanti. Mi sembra anche importante tener presente il fatto che lo stesso Starzl, sostenitore fino ad ora del trapianto da vivo, abbia per un anno sospeso ogni intervento per valutare meglio i risultati e sembra che si sia orientato ad abbandonare quasi del tutto la via finora seguita, preferendo operare prevalentemente, se non esclusivamente, con reni prelevati da cadaveri.

Del resto, onorevoli colleghi, come nessuno degli altri colleghi che mi hanno preceduto ha contestato, non si tratta di salvare una vita umana, come si riteneva da parte degli estensori del primitivo progetto governativo, e, se anche questa è l'intenzione ultima, essa non può essere raggiunta perchè il mezzo è inadeguato. Invece si tratta di un tentativo, di un esperimento utile ai fini del progresso delle conoscenze per la soluzione di numerosi problemi di fondamentale importanza, come sono tutti i problemi che ci consentono di conoscere meglio la vita e di combattere meglio la morte; si tratta di esperienze che devono essere fatte anche nel nostro Paese — e non perchè la « chirurgia nazionale », come qualcuno ha detto, « non subisca l'onta » di veder andare all'estero a curarsi i nostri concittadini che potrebbero essere curati anche qui, ma perchè i nostri ricercatori, medici e biologi, possano dare un loro contributo di esperienza al progresso della scienza — di esperienze (come ha affermato il collega Bonadies, di cui ho ascoltato con molto interesse il discorso, senza però avere analoga sorte di poter essere ascoltato fino in fondo da lui); di esperienze, come dice Bonadies riferendo il pensiero di Stefanini, che non possono essere fatte nell'animale da esperimento, perchè nell'uomo esistono aspetti del sistema immunitario che richiedono una diretta sperimentazione clinica.

Ma perchè non si chiedono queste risposte, perchè non si completano questi studi, perchè non si approfondiscono questi problemi sperimentando su soggetti ai quali è

stato trapiantato un rene proveniente da cadavere?

È pur vera, collega D'Errico, l'affermazione, che ella ha attribuito a Porzio, che non si deve limitare la possibilità della ricerca scientifica e dei rimedi da essa offerti. Vi è però sempre, in ogni caso, un limite naturale dato dal rispetto della persona umana, limite che non è consentito a nessuno di superare. Certo il trapianto del rene segna un'importante tappa lungo la strada che la scienza deve percorrere, come giustamente ha sostenuto qui con molta autorevolezza il collega D'Errico, per giungere a dare fondamento alla chirurgia sostitutiva con organi prelevati da soggetti che non muoiono interamente quando subentra la morte clinica. Per percorrere questo cammino, però, non è affatto indispensabile in questa fase fare ricorso ai datori viventi: non è indispensabile richiedere questo sacrificio o sollecitare, come si fa con questa proposta, atti di generosità, di umana solidarietà che provocano mutilazioni gravi. Questa tappa può essere percorsa oggi operando con innesti prelevati da cadavere o da soggetti traumatizzati o provenienti da asportazioni chirurgiche.

Certo esistono delle difficoltà per questa pratica: indubbiamente queste difficoltà sono maggiori di quelle che esistono operando con innesto prelevato da un datore vivo. Ma sono queste difficoltà veramente insormontabili e tali da scoraggiare questa pratica, come sembra di fatto sia avvenuto in Italia, ad eccezione dei due casi resi noti da Valdoni e da Stefanini? La legge permette ora di prelevare da cadaveri il rene immediatamente dopo l'accertamento della morte. Si dice che le procedure imposte dal regolamento costituirebbero ancora un ostacolo, ma si può studiare il modo di eliminare anche questo ostacolo. Così si può far progredire sempre più la tecnica per la conservazione dell'organo prelevato, in modo che esso non abbia a subire danni irreversibili e possa riprendere a funzionare dopo il trapianto, superate le normali crisi che si riscontrano in questi casi anche nei reni prelevati da soggetti viventi.

Per quanto siano grandi le difficoltà, esse non sono certo tali da indurci a scegliere la

strada del donatore vivo. Di recente, al congresso internazionale di nefrologia tenutosi a Washington dal 25 al 30 settembre di quest'anno, Hume del Medical College of Richmond in Virginia ha comunicato la sua statistica comprendente casi operati in quattro anni, dal 1962 al 1966: per cento casi la sopravvivenza di un anno è stata del 42 per cento nel caso di reni prelevati da cadavere e del 58 per cento nel caso di reni prelevati da consanguinei. Lo stesso Hume si sarebbe ormai convinto, come ha dichiarato al simposio sul trapianto del rene tenutosi nell'ambito del congresso internazionale di nefrologia, dell'opportunità di utilizzare fondamentalmente reni prelevati da cadavere, o meglio da soggetti sottoposti ad operazione nel centro di neurochirurgia, annesso al suo istituto, trattati per tumori del cervello e pervenuti a morte. Secondo altri, risultati altrettanto buoni si ottengono prelevando il rene da soggetti traumatizzati.

Prima di concludere lasciatemi dire, onorevoli colleghi, ancora qualcosa sulla questione posta alla nostra attenzione dalla modificazione apportata all'articolo 1 del disegno di legge governativo dalla Commissione su particolare insistenza del collega Samek Lodovici, al quale va il merito di aver precisato con questa sua modifica i pericoli dell'estensione del trapianto senza limiti.

La questione della limitazione ai soli consanguinei — taluni propongono di assimilare ai consanguinei anche il coniuge, ritenendo che possano esistere per questo le stesse ragioni affettive che possano spingere i consanguinei a sottoporsi alla mutilazione — si è posta per due ordini di motivi. In primo luogo, per evitare il mercato dei reni, evitare cioè che il cosiddetto volontario sia in effetti interessato alla patuizione di un compenso.

Nel caso dei familiari, si è detto, questo interesse non vi è, almeno in tesi, e, in ogni caso, prevalgono certo i motivi affettivi e i legami di sangue.

Non si è riflettuto abbastanza però, a mio avviso, sulle conseguenze di questa limitazione, sulla indubbia pressione morale che ne deriva, poichè, una volta ammessa la liceità della disposizione di parte del proprio

corpo e una volta ammessa per questa via, di fatto, anche l'utilità dell'atto, sui consanguinei e sui familiari del malato si esercita una indubbia pressione morale.

Si tratta, come è noto, di malati gravissimi, mantenuti in vita con mezzi disperati, attorno ai quali la solidarietà dei familiari e la loro affettività cresce e si intensifica in modo tale da rendere facile trasformare l'atto volontario in obbligo morale, tanto più pressante quanto più attorno al malato si determini un'atmosfera di trepidazione e si insinui la convinzione dell'utilità dell'atto.

Credo che sia stata proprio questa, onorevole Ministro e onorevole relatore, l'atmosfera che ha determinato quel movimento di opinione pubblica di cui il nostro relatore ci ha parlato.

Credo anche che vi siano stati motivi di alta emotività alla base di quella intervista resa dalla madre di un ammalato alla televisione. A proposito di quest'intervista non posso fare a meno di rilevare l'inopportunità e la leggerezza con cui è stata decisa e condotta.

Qual è il caso? Il caso è quello di un uomo di 32 anni; il rene disponibile è quello della madre, che ha certamente più di cinquant'anni, e quindi se ne sconsiglia l'impiego; l'altro rene disponibile è quello della moglie, che non è consanguinea, e quindi il suo sacrificio è votato assai probabilmente ad inutilità.

Vediamo cosa si dice in questa intervista.

Intervistatore: « Signora, dica lei stessa ai signori parlamentari che è proprio una questione di urgenza, questa; questa è una legge che può salvare delle vite umane ». È lo *speaker* ufficiale della televisione che parla. La madre risponde: « Io mi rivolgo ai signori parlamentari come... una sorella, come... una mamma...: che facciano del tutto, perchè io penso che questi malati che si possono salvare, sarebbe quasi un delitto invece farli morire ». L'intervistatore spiega qual è la situazione in Italia dal punto di vista legislativo e chiarisce che il problema deve essere trattato con una certa cautela. La madre replica: « Il professor Stefanini ha detto che ci sono l'80 per cento di probabilità di riuscita, perciò penso che il pro-

fessore, con il nome che ha, non si mette certo a dire cose che non sono vere, perchè questi ragazzi sono tutti condannati a morire. Allora se c'è possibilità di salvarli, bisogna tentare tutte le strade per farlo. Io sono la mamma e lo dono volentieri un rene a mio figlio perchè so che con un rene solo vivo e con l'altro posso far vivere anche mio figlio che ha anche una famiglia da tirare avanti, ha un bambino di quindici mesi ».

In questo modo, onorevoli colleghi, si preparano i congiunti ad esprimere volontariamente la loro conclusione sul terribile interrogativo che è proposto dalla morte preannunciata del figlio.

Questo, secondo me, è un esempio di quella disinformazione che ha contribuito a creare una certa opinione pubblica, anzi direi di quella suggestione che ha contribuito a creare una certa opinione pubblica. La madre agisce nella convinzione di salvare la vita al figlio, che la vita del figlio trattato col rene artificiale è in continuo pericolo, che l'ostacolo unico è rappresentato dalla mancanza di una legge che autorizzi il trapianto del rene tra viventi, che la approvazione di questa legge può salvare delle vite umane. Questa idea è del resto confermata dal successivo dialogo che si svolge tra l'intervistatore ed il professor Stefanini.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità*. Mi perdoni, senatore Maccarrone, per chiedere a me stesso. Nei Paesi in cui questo problema è stato affrontato, sia pure in via sperimentale, sono stati tanti i dubbi e le esitazioni per attuare concretamente questa terapia, che pure ha dato dei risultati così aleatori? Vorrei domandarlo perchè in realtà...

M A C C A R R O N E . Sono stati moltissimi, onorevole Ministro; ho avuto la immodestia di citarle queste cose, e mi dispiace che lei mi faccia ora questa interruzione. In Francia il problema è stato posto per due volte davanti al Parlamento ed il Parlamento ne ha respinto di recente la soluzione; e l'Accademia di Francia si è rifiutata di considerarla lecita.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Mi lasci finire, la prego. Volevo dire che nei Paesi nei quali vi è in atto una legislazione a questo proposito, non so per quale singolare virtù di questi popoli, questi Parlamenti finalmente si sono decisi a fare una legge affinché la scienza abbia aperte le strade per un maggiore progresso.

M A C C A R R O N E . Onorevole Ministro, dalle informazioni che ella può avere meglio di me, può ricavare che non vi è Paese nel quale esplicitamente il Parlamento abbia approvato una legge per il trapianto del rene tra viventi.

D ' E R R I C O . Ma in questi Paesi non vi era l'articolo 5 del codice civile!

M A C C A R R O N E . Non vi era l'ordinamento positivo che vi è nel nostro Paese, senatore D'Errico; e prima di rimuovere questo edificio giuridico bisogna chiederci se siamo al livello di costume, di orientamento, se siamo al livello storico, se il nostro Paese ha la maturità per poter promuovere questa modificazione...

D ' E R R I C O . Non siamo molto inferiori ad altri Paesi nei quali queste cose si fanno da alcuni anni con risultati che non sono soltanto quelli che lei ha citato, ma sono anche quelli che ho citato io...

M A C C A R R O N E . Sono solo quelli che lei ed io abbiamo citato, senatore D'Errico, perchè io ho citato i suoi dati (gli unici disponibili).

D ' E R R I C O . Sarebbe delittuoso se quei ricercatori insistessero facendo del male ai loro operati. Io mi rifiuto di credere che in Svezia, in America, nella stessa Francia, in Inghilterra, eccetera, questa gente insista sapendo, in base ai risultati già conseguiti, di fare del male a coloro che opera. Questo è assurdo ed io mi rifiuto di crederlo.

M A C C A R R O N E . Senatore D'Errico, lei sa che di uremia cronica muore uno ogni diecimila, lei me lo insegna.

D ' E R R I C O . Lo so bene. Ma l'emodialisi, su cui lei si è attardato, bisogna che venga fatta prima. Quando è esaurita ogni possibilità, quando non c'è alcun altro mezzo, quando la vita è condannata, ecco il momento del trapianto. Prima è logico e naturale che si faccia l'emodialisi. Il trapianto renale va fatto unicamente nei casi in cui non c'è altro da fare.

L O M B A R I . Ho citato il caso della bambina brasiliana...

M A C C A R R O N E . Onorevoli colleghi, non ripetiamo quello che è avvenuto nella 11ª Commissione, cerchiamo di discutere serenamente.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* La mia paura è che con tutti questi « se » e con tutti questi « ma » non si crei niente...

M A C C A R R O N E . Onorevole Ministro, le dico perchè sono validi i « se » e i « ma » e che cosa secondo me bisogna costruire, cioè quello che di fatto è avvenuto negli altri Paesi dove, pur non esistendo l'articolo 5, in 12 anni si è potuta produrre una statistica di soli 672 casi.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* E crede che qui ce ne sarebbero di più? No di certo.

M A C C A R R O N E . Si vorrebbe porre al centro dell'attenzione del Parlamento e del Paese come problema fondamentale e cruciale questo del trapianto del rene tra viventi: ora questo, se ella mi consente la espressione, mi pare quanto meno eccessivo in un Paese dove l'emodialisi non è ammessa come trattamento ordinario e dove la gente deve mettere la mano in tasca per andare due volte alla settimana a farsi fare la depurazione del sangue; in un Paese dove non ci preoccupiamo che di centri emodialitici seri ne esistono assai pochi.

Ma torniamo al nostro argomento, se i colleghi me lo consentono, poichè in fondo cito cose tratte dai loro discorsi o che ho imparato ascoltando loro.

Vediamo come lo stesso argomento nella stessa intervista televisiva è trattato in sede scientifica. Domanda dell'intervistatore: « Lei ritiene che l'unico mezzo di salvare la vita al figlio della signora sia questo (cioè il trapianto del rene da vivente)? ». « Questo è fuori di dubbio »: ecco un'affermazione molto categorica, che deve avere alle sue spalle molta certezza, prima di essere fatta davanti a milioni di ascoltatori, davanti ad un'opinione pubblica molto sensibile. « Questo è fuori di dubbio: oggi non c'è altra soluzione che fare un trapianto renale. La madre offre questo rene, e praticamente dà un'altra volta la vita a questo ragazzo ».

Mi pare che la suggestione sia molto trasparente.

FERRONI. Si riferiva al caso specifico: oggi non c'è altra possibilità per quel malato.

MACCARRONE. Si riferiva al caso specifico.

L'altro motivo, onorevoli colleghi, è rappresentato da una presunta istocompatibilità tra consanguinei, tale da far ritenere che il trapianto tra i consanguinei consenta successi tali da consigliare in ogni modo il trapianto per l'alta percentuale dei sopravvissuti.

SAMEK LODOVICI, *relatore*. C'è una maggiore probabilità statistica.

MACCARRONE. È noto che le statistiche a questo proposito sono tutt'altro che esaurienti. (*Interruzione del senatore Genco*).

Senatore Genco, è l'unica statistica che conosciamo, cioè quella del registro mondiale.

SAMEK LODOVICI, *relatore*. L'unico fatto essenziale è l'esistenza di un sufficiente grado di affinità biologica, la quale può esistere anche fuori della consanguineità; ma è statisticamente irrefutabile che fra consanguinei questa probabilità statistica è maggiore.

MACCARRONE. Vorrei far presente ai colleghi che discuto l'unica statistica che noi oggi abbiamo: sono i 672 casi del registro mondiale. Questa statistica è valutata dai diversi ricercatori a seconda dei criteri particolari che si vogliono seguire nella sua valutazione, come avviene per tutte le statistiche.

Le statistiche riferite a Hume, le statistiche riferite a Starzl, le statistiche riferite a Pearson, sono tutte quante rielaborazioni dell'unica statistica cui ciascuno di noi si è riferito. Queste valutazioni di trapiantatori abituali di rene sono, mi pare, da tenere in considerazione. O si dice che queste valutazioni di Hume, di Starzl, di Hamburger sono delle valutazioni false e che le mie citazioni sono false, oppure sono questi gli argomenti che noi abbiamo di fronte ed è a questo che noi dobbiamo rispondere; è a queste cose che devono rispondere costoro anche davanti all'opinione pubblica del loro Paese, dove il problema non è affatto risolto sul piano morale. È risolto sul piano giuridico, perchè non c'è un impedimento, ma sul piano morale non è risolto.

Senatore Samek Lodovici, se ella avesse avuto la pazienza di ascoltarmi, avrebbe sentito, e non poteva essere diversamente, da me la stessa affermazione che ella ha qui fatto. Però mi pare di aver dimostrato che ad eccezione dei gemelli monocoriali, l'affinità genetica (non la istocompatibilità) non esiste, neppure nei gemelli dizigotici, quindi nei consanguinei più vicini. Esiste invece un grado maggiore o minore di incompatibilità, o anche, se si vuole, un grado minore o maggiore di tollerabilità.

In tal caso hanno importanza, sì, le ricerche in corso di Terasaki, di Starzl e dei collaboratori che ella, onorevole relatore, ha citato. Questi ricercatori hanno comunicato al 7° congresso internazionale sul trapianto tenuto a New York nel febbraio del 1966 di aver ottenuto risultati confrontabili tra di loro in soggetti sottoposti a trapianto con innesto di consanguinei ed in soggetti sottoposti a trapianto con innesto di non consanguinei; questi ultimi, in numero di 14, furono prescelti tra 106 volontari detenuti.

Questi risultati, che peraltro non sono confermati da altri ricercatori nè sono colaudati da un periodo sufficientemente lungo di tempo per poter trarre delle conclusioni, porterebbero anzichè alla conclusione a cui è arrivato il collega Samek Lodovici di consentire il trapianto solo tra consanguinei, ad una conclusione diversa cioè a quella di estendere la possibilità di donazione a tutti perchè in un grande numero di donatori è possibile statisticamente trovare anche questo minore grado di istoincompatibilità che andiamo cercando per consentire l'attecchimento.

SAMEK LODOVICI, relatore. Ma è difficile trovare tanti donatori volontari nell'ambito familiare.

MACCARRONE. È molto difficile e si aprono altri problemi, senatore Samek Lodovici, problemi che noi dobbiamo tenere chiusi, che noi dobbiamo non risolvere, che noi dobbiamo respingere perchè sarebbe di estrema gravità se il Parlamento aprisse la porta alle possibilità di fare mercato in questo campo.

MARIOTTI, Ministro della sanità. Senatore Maccarrone, in realtà la nostra coscienza si acquieta in quanto esiste un limite sul piano della quantità dei casi costituito dall'istinto di conservazione di colui che deve donare il rene. Ecco perchè i casi di donatori saranno molto pochi: perchè il limite si trova nell'istinto di conservazione dell'individuo. Questo è il limite.

MACCARRONE. È proprio questa, onorevole Ministro, la ragione che mi ha spinto a fare quello che ho fatto e che ho ritenuto e ritengo proprio un dovere, presentando qui in Aula le mie considerazioni. Ritengo che vi siano, proprio nelle questioni riproposte nel dibattito da numerosi colleghi favorevoli alla legge, argomenti sufficienti per definire provvisori i risultati. Mi pare che questo sia incontestabile.

Sono necessarie nuove sperimentazioni per risolvere questioni fondamentali prima di poter stabilire che questa nuova branca

della terapia possa essere diffusa ed applicata agli uremici cronici in fase terminale. È da considerare dubbia l'utilità del trapianto tra consanguinei e controversa l'opportunità della limitazione ai soli consanguinei o dell'estensione ai non consanguinei, anche in considerazione del possibile mercato al quale si può dare origine. Risulta anche l'opportunità dello sviluppo della ricerca scientifica; però non è questa la legge che può dare garanzie e mezzi sufficienti allo sviluppo della ricerca scientifica in questo campo. Ben altri sono i mezzi da impiegare per raggiungere questo scopo e quando parlo di mezzi, onorevole Ministro, non mi riferisco solo a denari ma a mezzi strumentali, organizzativi, giuridici a disposizione, a volontà politica, a indirizzi di Governo, a indirizzi nella ricerca scientifica. Per questo noi ci siamo fatti promotori di questo indirizzo che del resto ho visto con piacere sostenuto anche da altri colleghi che hanno autorevolmente aggiunto la loro firma all'autorità indiscussa del senatore Monaldi col quale non ho il piacere di dialogare in questo momento perchè è fuori dell'Aula. Alla stessa conclusione, onorevole Ministro, sono arrivati i senatori Monaldi, Indelli, Lombardi, Bartolomei, Graziuccia Giuntoli, Salari, Lo Giudice ed anche il collega Zonca. Si tratta cioè, a mio avviso, di promuovere a questo scopo — e non per l'applicazione terapeutica del trapianto del rene ma per promuovere la ricerca scientifica necessaria in questo campo — un istituto che non sia un istituto clinico ma un istituto di ricerca scientifica, che non sia un istituto chirurgico ma un istituto polispecialistico di ricerca che assommi in sé la competenza essenziale del chirurgo, la competenza insostituibile dell'immunologo, la valutazione e il giudizio clinico del nefrologo ed anche altre specialità che non si trovano facilmente nè in un solo istituto universitario, anche di alto livello, nè tanto meno in un solo ospedale, almeno allo stato attuale della nostra organizzazione.

Questo si deve promuovere! Questa è la base, questo è il secondo passo che si deve fare in Italia. Il primo è quello di diffondere i centri emodialitici, di portarli dappertutto.

tutto: una rete almeno regionale di centri emodialitici; il secondo passo è quello di promuovere l'istituzione di un centro polispecialistico di ricerca, da parte del Consiglio nazionale delle ricerche, per lo studio di tutti i problemi connessi ai trapianti d'organo ed in particolare al trapianto del rene. Un istituto, ripeto, di ricerca e non un istituto clinico: un istituto dove si compie la ricerca scientifica per la scienza e non un istituto dove si svolge assistenza terapeutica e dove questa nobilissima attività diventa necessariamente prevalente rispetto all'altra.

Allora, e solo in casi specialissimi, valuti attentamente, giudicati opportunamente dallo scienziato, dal magistrato, dai pubblici poteri, può consentirsi anche l'esperienza del trapianto.

Mi rendo conto delle difficoltà che si presentano, difficoltà anche di ordine giuridico, per realizzare questo. Sento però che questa è la strada che dobbiamo imboccare, evidentemente rielaborando il provvedimento in esame. E mi auguro che il relatore, di cui è nota la sensibilità profonda, la cultura estesa, la serenità d'animo, possa consentire con questa indicazione che noi diamo per una rielaborazione del provvedimento. Mi auguro che il Ministro, così impegnato in un'opera di rinnovamento degli indirizzi della politica sanitaria, voglia non opporsi e voglia consentire al Senato, se le mie osservazioni saranno considerate meritevoli di accoglimento, di modificare — come ritengo sia necessario modificare — il provvedimento che è in esame. Grazie. (*Vivissimi applausi dall'estrema sinistra. Molte congratulazioni*).

P R E S I D E N T E . Non essendovi altri iscritti a parlare, dichiaro chiusa la discussione generale e rinvio il seguito del dibattito alla prossima seduta.

Per la discussione della mozione n. 30

C I P O L L A . Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

* **C I P O L L A .** Signor Presidente, dal nostro Gruppo parlamentare, a firma di tutti i senatori iscritti, è stata presentata una mozione (n. 30) sull'argomento della previdenza sociale in agricoltura, per quanto riguarda il problema degli elenchi anagrafici del Mezzogiorno e per quanto riguarda l'estensione degli assegni familiari ai mezzadri, coloni e coltivatori diretti.

E chiaro che le modalità di presentazione di questa mozione sottolineano l'impegno che noi vogliamo porre nel richiamare l'attenzione del Governo e del Senato su questo problema che interessa milioni di lavoratori dell'agricoltura, nel Sud e nel Nord d'Italia.

Riteniamo perciò che il Governo dovrebbe indicare, a norma del Regolamento, la data di discussione di questa mozione.

Signor Presidente, la pregherei pertanto di voler chiedere al rappresentante del Governo quando il Governo potrà dare una risposta.

P R E S I D E N T E . Onorevole ministro Mariotti, lei ha sentito la richiesta del senatore Cipolla. La prego di farsene interprete presso i Ministri competenti.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Mi renderò interprete della richiesta del senatore Cipolla.

C I P O L L A . Siccome la mozione è stata già presentata, il Governo dovrebbe dire quando potrà essere discussa.

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Senatore Cipolla, io non sono competente in materia, ma mi renderò interprete delle esigenze da lei avanzate.

P R E S I D E N T E . Senatore Cipolla, anche la Presidenza si renderà interprete della sua richiesta.

Per lo svolgimento di una interpellanza

B O N A C I N A . Domando di parlare.

P R E S I D E N T E . Ne ha facoltà.

* B O N A C I N A . Signor Presidente, vorrei pregare lei e anche l'onorevole Ministro, di rendersi interpreti presso il Governo dell'opportunità e, a mio avviso, della necessità di portare in discussione l'interpellanza n. 403 che a nome del mio Gruppo io ed alcuni colleghi abbiamo presentato alcuni mesi orsono, relativamente alla fusione Montecatini-Edison.

In questi giorni i giornali hanno dato la notizia che il valore dell'esenzione tributaria è dell'ordine di 40-45 miliardi; vorremmo pertanto conoscere qui in Parlamento quali sono stati i motivi che hanno portato a questa decisione, Grazie.

P R E S I D E N T E . Senatore Bonacina, la Presidenza si renderà interprete anche di questa sua richiesta.

Annunzio di mozioni

P R E S I D E N T E . Si dia lettura della mozione pervenuta alla Presidenza.

G E N C O , Segretario:

LOMBARDI, BISORI, AJROLDI, BETTONI, GARLATO, BONADIES, SPASARI, ZANE, MONGELLI, POËT, TORTORA, SELLITTI. — Il Senato,

ritenuta la gravità della situazione determinatasi in Agrigento a seguito dei recenti eventi che hanno dato luogo a giustificato allarme nella cittadinanza e nella opinione pubblica nazionale;

prende atto del tempestivo intervento del Governo a tutela delle popolazioni interessate e per la ricerca delle cause e delle connesse responsabilità di ordine tecnico e amministrativo,

impegna il Governo a promuovere tutti i provvedimenti che siano adeguati alle risultanze degli accertamenti compiuti. (31)

Annunzio di interpellanze

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

G E N C O , Segretario:

POLANO. — *Ai Ministri della sanità e del lavoro e dalla previdenza sociale.* — Per conoscere se siano informati che l'endemia tubercolare nella infanzia della città di Sassari presenta tuttora indici preoccupanti, come ha dimostrato l'indagine schermografica condotta dai circoli didattici che denuncia una media generale dell'11 e mezzo della popolazione scolastica, con punte massime che giungono al 21 per cento; che fenomeni di endemia tubercolare sono presenti anche nelle scuole di istruzione secondaria di Sassari; che fin dal 1958 l'Amministrazione comunale di Sassari sollecitava l'INPS a realizzare in questa città un centro preventivo; che nel 1959 l'INPS diede inizio alla costruzione di un centro preventivo capace di ospitare 100 bambini, che doveva, secondo i progetti, essere fornito di attrezzature sanitarie adeguate; che dal 1963 l'INPS ha abbandonato il progetto di realizzazione della colonia infantile ed attualmente il rustico del complesso edilizio è in stato di completo abbandono; e se non ritengano che le allarmanti proporzioni dell'endemia tubercolare nell'infanzia sassarese ripropongano l'esigenza urgente della realizzazione del già previsto centro preventivo, che a tal uopo debbano essere rapidamente superati tutti gli intralci e remore per cui fu abbandonata la costruzione del centro stesso, e ciò tanto più che, sia per il pessimo stato igienico del vecchio centro urbano, sia per le condizioni gravissime dell'affollamento delle abitazioni nei rioni popolari, crea condizioni di estrema pericolosità per la diffusione del male. (507)

GAIANI, VACCHETTA. — *Al Ministro delle finanze.* — Per sapere come debba essere interpretato il rinvio dell'assunzione al lavoro, disposta in data 26 luglio 1966 dalla Direzione generale dei monopoli di Stato, degli operai della manifattura tabacchi di Adria, che erano stati assunti con regolare concorso n. 00/67411 del 22 ottobre 1964 indetto dalla predetta Direzione generale, tramite la manifattura tabacchi di Venezia, ed invitati a prendere servizio con

lettera raccomandata del 14 luglio 1966 a datare dal 1º agosto 1966.

Gli interpellanti chiedono inoltre di sapere che fondamento hanno le voci correnti secondo cui il Ministero delle finanze, nel quadro dei suoi piani di riordino del settore del monopolio dei tabacchi, avrebbe intenzione di rinunciare all'apertura dello stabilimento di Adria. In tal caso, non solo verrebbero smentite le assicurazioni date in più occasioni da diversi Ministri e particolarmente il 7 maggio 1966 dal sottosegretario senatore Valsecchi in risposta ad una interrogazione degli interpellanti secondo cui lo stabilimento sarebbe stato aperto in questo autunno, ma sarebbe anche una clamorosa denuncia di un cospicuo investimento sbagliato — si parla di un miliardo e mezzo — ispirato più a scopo elettorale che a reali fini produttivi.

Infine gli interpellanti fanno presente che la rinuncia all'attività della manifattura tabacchi provocherebbe la più grave delusione fra la popolazione di Adria già tanto provata da numerosi licenziamenti effettuati nelle industrie locali in questi ultimi tempi, che hanno determinato un notevole aumento dei disoccupati con un ulteriore aggravamento della già difficile e precaria situazione economica dell'importante centro bassopolesano. (508)

Annunzio di interrogazioni

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

G E N C O , Segretario:

SCHIAVETTI, LUSSU, ALBARELLO, MILLO. — *Ai Ministri dell'interno e della difesa.* — Per conoscere quali provvedimenti intendono prendere o hanno già preso, ciascuno nel settore di propria competenza, nei riguardi delle minacce formulate dagli oratori intervenuti alla manifestazione organizzata a Roma il 6 ottobre 1966, con abbondante presenza di partecipanti in camicia nera e canto di inni fascisti, da un

cosiddetto Comitato tricolore in sedicente difesa dell'italianità dell'Alto Adige, e culminate nell'annuncio di una marcia su Bolzano; per conoscere altresì se ritengano conformi ai doveri e alla riservatezza che dovrebbero essere propri degli alti ufficiali in congedo i discorsi pronunziati in tale occasione da alcuni generali e le offese rivolte al sottosegretario onorevole Bensi; se infine ritengono che sia consentito alle associazioni d'arma, favorite con numerosi privilegi da parte dello Stato, di partecipare a una manifestazione ispirata a evidenti e velleitarie nostalgie di carattere monarchico e fascista in opposizione alle idealità democratiche e repubblicane che caratterizzano lo Stato italiano. (1424)

AUDISIO, BOCCASSI. — *Ai Ministri dell'interno, delle finanze, dell'agricoltura e delle foreste, dei lavori pubblici e dei trasporti e dell'aviazione civile.* — Per sapere se — oltre alle misure di pronto intervento di emergenza — intendono provvedere con adeguati mezzi a disposizione per una pronta ripresa economica della città di Acqui Terme e degli altri comuni delle zone acquese ed ovadese, colpiti dal violento nubifragio a carattere alluvionale, abbattutosi in provincia di Alessandria nella notte fra sabato e domenica 16 ottobre 1966, causando due morti e diversi feriti.

A fronte della enorme entità dei danni causati a tutte le attività: industriali, commerciali, artigiane, agricole (che ad una prima valutazione si fanno ascendere ad oltre 10 miliardi di lire), alla perdita di beni di numerosi cittadini, in seguito agli allagamenti e alla disastrosa azione del torrente di fango che soprattutto si è abbattuto nelle abitazioni e negozi della città di Acqui Terme, gli interroganti desiderano conoscere quale programma di pubblico intervento si intenda predisporre affinché tutti coloro che hanno sofferto perdite in conseguenza della calamità, trovino una solidale attestazione di concreti aiuti per la ricostituzione dei valori perduti.

In particolare, tenuto conto della predisposta sospensione del pagamento della or-

mai scaduta rata di imposte di ottobre, si rende urgente l'estensione della decisione anche per le successive rate di imposte, erariali, comunali e provinciali, a tutti coloro che hanno avuto danneggiamenti alle loro proprietà o attività soggette a tributi, considerando esser questa una misura che sollevi da ulteriori immediate preoccupazioni quelle famiglie che dal disastro hanno avuto desolazione e prostrazione per la gravità dell'evento. (1425)

*Interrogazioni
con richiesta di risposta scritta*

PIOVANO. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per sapere per quali ragioni non si sia ancora data risposta alle istanze del comune di Stradella (Pavia) per un contributo dello Stato, ai sensi della legge 9 agosto 1954, n. 645, per la costruzione di edifici scolastici nelle frazioni di Torre Sacchetti e Valle Muto.

Tali istanze risalgono al 1961, sono state più volte ripetute, e risultano trasmesse dal Provveditorato agli studi di Pavia con nota 8712 del 6 settembre 1965.

Poichè nella graduatoria trasmessa con tale nota i due edifici da costruirsi risultavano collocati rispettivamente all'undicesimo e al diciannovesimo posto, si gradirebbe conoscere in particolare i motivi per cui si è ritenuto di escludere dal contributo entrambe le scuole sollecitate dal comune di Stradella, mentre venivano assunti gli impegni per edifici che il Provveditorato aveva collocato in posizione più arretrata. (5261)

PIOVANO. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per sapere se sia vera la notizia, secondo cui l'Amministrazione aiuti internazionali avrebbe disposto per l'anno scolastico 1966-67 la cessazione delle assegnazioni di viveri alle refezioni gestite dai Patronati scolastici; e quali provvedimenti sostitutivi intenda eventualmente assumere per far fronte al grave disagio dei Patronati, che già si dibattono in serie difficoltà

economiche e non potrebbero facilmente sopportare ulteriori decurtazioni ai loro già scarsi mezzi. (5262)

PIOVANO. — *Al Ministro dei lavori pubblici.* — Per sapere se non ritenga di prendere in positiva considerazione le richieste dei comuni della provincia di Pavia interessati alle linee navigabili di II classe, per una più equa ripartizione dei contributi loro imposti dagli organi dello Stato.

Occorre infatti considerare che i bilanci comunali, a meno che non intervengano opportuni provvedimenti di riforma, non sono in grado di sostenere ulteriori gravami; che l'onere addossato ai comuni è privo di qualsiasi documentazione sulle opere da realizzare, nè si vede al momento quale parte venga riservata nella programmazione delle stesse ai Comuni e alle istituende Regioni, mentre le leggi regolanti la materia sono di natura puramente impositiva e quindi non consone ai nuovi rapporti di democrazia che si è più volte affermato di voler instaurare. (5263)

ARTOM. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Premesso che la frazione di Tereglio nel comune di Coreglia (provincia di Lucca) non ha alcuna scuola nel proprio territorio e che quindi le famiglie in essa abitanti possono provvedere all'adempimento dell'obbligo scolastico dei loro bambini soltanto mandandoli alla scuola esistente a Piano di Coreglia distante 15 chilometri, senza che vi siano pubblici servizi che colleghino le due località e senza che servizi speciali siano stati organizzati ad uso dei bambini;

che all'obbligo delle famiglie di inviare i bambini a scuola deve corrispondere l'obbligo delle autorità responsabili a rendere materialmente possibile l'adempimento,

chiede di conoscere quali provvedimenti si intendano prendere per risolvere questo problema che investe esigenze di umanità e di giustizia ed un alto dovere dello Stato e delle pubbliche Amministrazioni. (5264)

ARTOM. — *Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale.* — Premesso che lo Stato ha avvocato a sè la funzione del collocamento della mano d'opera, funzione di così vitale importanza, nella quale, ove il collocamento non si realizzi per spontaneo accordo fra le parti, l'intervento dello Stato si è dimostrato insostituibile ai fini di evitare particolarismi e speculazioni di singoli e di organizzazioni;

che tale insostituibilità esige una permanente organizzazione di strumenti centrali e periferici in una giusta equiparazione dei ruoli del personale addetto ai vari servizi, contrariamente a quanto si verifica oggi specialmente per quanto ha riguardo ai collocatori comunali, che sono parificati agli impiegati esecutivi pur svolgendo funzioni di concetto nella responsabilità dei rapporti con l'esterno, della firma degli atti che emettono, della gestione di cassa dei loro uffici in una sfera di larga autonomia,

l'interrogante chiede di conoscere se intende prendere provvedimenti di pronta esecuzione per modificare l'anomala situazione dei collocatori così benemeriti nel campo del lavoro e se può dare affidamento per il loro futuro inquadramento nel ruolo di concetto in sede di riforma burocratica, così da inquadrarli in conformità con la natura e l'importanza delle funzioni esercitate e delle benemeritenze acquisite al servizio dei lavoratori e dello Stato. (5265)

VIDALI. — *Al Presidente del Consiglio dei ministri ed al Ministro di grazia e giustizia.* — Per conoscere se non sia stata predisposta o se non si intenda predisporre un'accurata inchiesta per accertare la legittimità dei criteri seguiti dalle autorità e dagli organismi della Pubblica sicurezza nei provvedimenti adottati nei confronti di cittadini che hanno partecipato ed assistito agli avvenimenti di sabato 8 ottobre 1966 a Trieste.

L'interrogante chiede in particolare che sia accertato come è stato proceduto al fermo di circa 500 cittadini e quale è stato il trattamento subito da questi nel corso degli interrogatori nei commissariati di pubblica sicurezza e nelle caserme ove sono stati tra-

scinati in alcuni casi certamente con brutale violenza; su quali basi 289 dei fermati sono stati deferiti alla Magistratura e una novantina sono stati trattenuti agli arresti nel carcere del Coroneo; sulla base di quali criteri è stato proceduto al fermo ed all'arresto a domicilio di numerosi cittadini anche nei giorni successivi fino ad una settimana dopo gli avvenimenti; se corrisponde a verità, come insistentemente si afferma da più parti, che in molti casi la procedura seguita sia nettamente contrastante con i diritti dei cittadini sanciti dalla Costituzione repubblicana e in tale caso quali siano i diretti responsabili di tali violazioni e quali i provvedimenti adottati nei loro confronti. (5266)

AUDISIO. — *Al Ministro delle finanze.* — Per sapere se è informato della gravissima situazione che sta determinandosi ad Arquata Scrivia (Alessandria) in seguito alla decisione assunta dalla Cassa di risparmio di Tortona, in funzione di esattoria comunale, di ricorrere all'asta immobiliare su macchinari ed immobili dello stabilimento Asborno di quella città, sottoposto a procedura fallimentare. L'intempestiva procedura di quella esattoria pregiudica le trattative in corso per ridare attività all'azienda, impedisce la realizzazione dei cespiti patrimoniali, lede gravemente gli interessi dell'IMI (impegnato con uno scoperto di un miliardo di lire), quelli dei lavoratori (che attendono liquidazioni per oltre 150 milioni di lire) e quelli di tutti gli altri creditori, mentre nel contempo non può essere di giovamento per l'Erario in quanto non esiste aspetto di credito privilegiato e da eventuale alienazione dei beni non si troverebbero utili nel ricavo a seguito di opposizione dell'articolo 619 del codice di procedura civile. Per questi motivi l'interrogante ritiene sia urgente un intervento al fine di far sospendere l'iniziativa da parte della citata esattoria comunale, provvedendo adeguatamente nei confronti della stessa. (5267)

POLANO, VIDALI, FRANCAVILLA. — *Al Ministro degli affari esteri.* — Per conoscere se non intenda prendere adeguate inizia-

tive presso i competenti organi della NATO per sopprimere l'assurda disposizione attualmente vigente che impedisce l'ingresso e la libera circolazione dei cittadini della Repubblica democratica tedesca nei Paesi appartenenti all'Alleanza atlantica.

Si fa presente quanto segue:

1) il cittadino della Repubblica democratica che voglia recarsi a qualunque titolo nei Paesi della NATO, ivi compresa quindi anche l'Italia, deve recarsi ad un « Ufficio viaggi degli alleati » (*Allied travel office*) situato a Berlino Ovest per ottenere uno speciale documento detto *Temporary Travel*, sul quale poi il Consolato del Paese in cui vorrebbe recarsi l'interessato apporrà l'apposito visto;

2) lo speciale documento *Temporary Travel* viene così a sostituire il passaporto regolare che rilasciano le autorità statali della Repubblica democratica tedesca ai cittadini che domandano di recarsi all'estero, giacchè tale passaporto non viene considerato valido dai Paesi della NATO, non avendo essi finora riconosciuto la Repubblica democratica tedesca;

3) l'Ufficio viaggi degli alleati in Berlino Ovest rilascia lo speciale documento *Temporary Travel* a proprio giudizio e discrezione con evidente menomazione della sovranità di ciascuno Stato, che dovrebbe logicamente essere il solo a decidere se concedere o meno il visto di ingresso e di soggiorno nel proprio territorio;

4) tale disposizione, oltre che ingiusta e anacronistica, a 21 anni dalla fine della guerra e a 17 anni di esistenza statale della Repubblica democratica tedesca, è anche assurda perchè il normale passaporto dei cittadini della Repubblica democratica tedesca è ritenuto valido, senza bisogno di altri documenti, oltre che da tutti i Paesi dell'est, anche da tutti i Paesi del Terzo mondo: dell'Africa, dell'Asia e dell'America latina;

5) tale discriminazione è in contrasto con l'articolo 1, comma terzo, della Carta

delle Nazioni Unite del 26 giugno 1945, che recita:

« Perseguire la collaborazione internazionale per risolvere problemi internazionali, economici, sociali, culturali o umanitari e per incoraggiare e consolidare il rispetto dei diritti dell'uomo e le libertà fondamentali per chiunque, indipendentemente dalla razza, sesso, lingua o religione... »;

6) appropriate iniziative della diplomazia italiana in seno agli organi della NATO per modificare tale assurda ed ingiusta disposizione risponderebbero ai principi di giustizia e di democrazia cui deve ispirarsi la politica estera italiana anche all'interno della NATO. (5268)

PIOVANO. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Premesso che presso la facoltà di giurisprudenza della università di Milano si sono aperte le iscrizioni a un corso di laurea in scienze politiche, si chiede di sapere se e per quali motivi tale atto sia stato autorizzato; nonchè come possa giustificarsi l'iniziativa dell'università di Milano, quando esiste da circa un quarantennio, nella vicinissima Pavia, una bene organizzata facoltà di scienze politiche, perfettamente in grado di soddisfare le esigenze della regione lombarda, e proprio nel momento in cui è sottoposto all'esame del Parlamento un disegno di legge sulla riforma della facoltà di scienze politiche e sociali, uno dei cui obiettivi — si dice — è di evitare, tra l'altro, l'eccessiva proliferazione di tale indirizzo di studi, in considerazione della scarsa disponibilità delle risorse pubbliche all'uopo disponibili. (5269)

GUANTI. — *Ai Ministri dell'agricoltura e delle foreste, delle finanze e dell'interno.* — Per conoscere se abbiano disposto l'accertamento dei gravi danni provocati nei confronti di migliaia di aziende agricole del materano, per lo più di assegnatari dell'Ente riforma di Puglia, Lucania e Molise, a seguito del nubifragio e delle acque alluvionali del 5, 6, 7, 8 ottobre 1966 abbattutisi

con particolare violenza nell'agro dei comuni di Bernalda, Montescaglioso e Pisticci danneggiando la produzione del tabacco, gli orti, i carciofeti, gli oliveti, i vigneti, gli agrumeti oltre le scorte vive e morte, capannoni per depositi e le stesse case di abitazione degli assegnatari.

L'interrogante chiede di conoscere inoltre quali interventi urgenti i Dicasteri interessati intendano prendere, ciascuno nel settore di propria competenza, a favore delle aziende agricole danneggiate. (5270)

MORVIDI. — *Al Ministro di grazia e giustizia.* — Per sapere se è a conoscenza che in varie cancellerie del campione penale (esempio: in quella della Corte di appello di Roma) si redigono e si spediscono avvisi di pagamento per spese di giustizia, con pedissequo precetto, omettendo di specificarvi le diverse voci negli stampati stessi indicate, scrivendovi la somma complessiva addebitata e impedendo così il controllo al quale ogni intimato ha diritto, ai sensi del regio decreto 23 dicembre 1865, n. 2701, nonchè secondo i principi generali del diritto;

se non ritenga di richiamare tutti i dirigenti le cancellerie suddette alla osservanza scrupolosa della legge. (5271)

BITOSSÌ. — *Al Ministro del lavoro e della previdenza sociale.* — Per conoscere quali provvedimenti intende adottare, di concerto con i Ministeri interessati, allo scopo di dirimere il conflitto creatosi tra l'ENPAS ed alcune Amministrazioni dello Stato circa l'esatta interpretazione dell'articolo 29 della legge 5 marzo 1961, n. 90, in materia di trattamento economico dei salariati dello Stato durante i periodi di assenza per infermità non dipendente da causa di servizio.

Infatti, contrariamente al disposto della citata norma, secondo cui tali dipendenti statali durante il periodo di malattia hanno diritto di percepire la quota di aggiunta di famiglia per intero, in pratica molti di essi — quali per esempio i salariati dell'Amministrazione dei monopoli di Stato — non riescono ancora ad usufruire del beneficio.

Ciò in quanto, mentre l'Ente assicuratore con propria circolare n. 34/III dell'8 aprile 1961 sostiene di essere tenuto, in sede di liquidazione dell'indennità di malattia, a corrispondere la quota di aggiunta di famiglia nella misura ridotta in precedenza prevista (l'80 per cento per i primi 60 giorni ed il 50 per cento per i successivi), essendo, a suo avviso, la differenza a carico dell'Amministrazione, quest'ultima ritiene invece che l'intero onere previsto dalla legge dovrebbe essere assunto da detto Ente. (5272)

CARUCCI. — *Ai Ministri dei lavori pubblici e dell'interno.* — Per sapere se non ritengano opportuno nominare una Commissione d'inchiesta per esaminare le licenze edilizie rilasciate dal comune di Martina Franca dal 1955 fino ad oggi.

Tale richiesta scaturisce non solo dalle continue denunce fatte dalla stampa locale, « Voce del Sud » e « Gazzettino Jonico », sulle continue violazioni del Regolamento edilizio avvenute nel comune di Martina Franca, con il beneplacito dell'Amministrazione comunale, ma, anche, dalle liti pendenti tra cittadini e ditte costruttrici, che, nonostante le non concessioni di deroga al Regolamento edilizio comunale, continuano spavalidamente a costruire forti dell'appoggio delle autorità comunali, cosa che sarà facilmente rilevabile alle eventuali autorità inquirenti. (5273)

POLANO. — *Al Ministro della pubblica istruzione.* — Per sapere per quali motivi siano stati forniti al Provveditorato agli studi di Sassari solamente tre automezzi Fiat 1.100 appositamente creati per il trasporto dei bambini a scuola dalle zone dove scuole non esistono, mentre il detto Provveditore ne aveva chiesto almeno sei, e per sopperire al fabbisogno occorrerebbero dieci di tali scuola-bus; e se non ritenga che — date le esigenze dell'istruzione elementare nella provincia di Sassari e la necessità di fare in modo che tutti gli scolari della scuola dell'obbligo sparsi nelle frazioni e nelle campagne possano frequentare le lezioni — occorra provvedere con tutta urgenza a dotare il

Provveditorato agli studi di Sassari di tutti i mezzi necessari. (5274)

POLANO. — *Al Ministro della sanità.* — Per conoscere quale sia lo stato attuale del tracoma nelle tre provincie della Sardegna. (5275)

D'ERRICO. — *Al Ministro dei lavori pubblici.* — Tenuti presenti i risultati della Conferenza dei servizi per l'esame del Piano regolatore del Consorzio dell'area di sviluppo industriale di Napoli che ha avuto luogo presso il Ministero dei lavori pubblici il 28 settembre 1966;

considerato che il Piano suddetto fu trasmesso ai competenti Uffici del Comitato dei ministri del Mezzogiorno sin dal 1° agosto 1965;

considerato che il lungo esame del Piano fu a suo tempo integrato da sopralluoghi effettuati dalla speciale Commissione tecnica del Comitato dei ministri del Mezzogiorno;

considerato che alla menzionata Conferenza dei servizi alcune Amministrazioni statali hanno dichiarato di non essere ancora in grado di esprimere il proprio parere, per cui sarebbe necessario un ulteriore sopralluogo;

stante il fatto che il termine ultimo per il finanziamento delle opere previste dai Piani regolatori delle aree industriali nel Piano quinquennale del Mezzogiorno è fissato al 31 marzo 1967 e che, pertanto, se non si procederà tempestivamente per gli ultimi adempimenti, Napoli potrebbe essere esclusa dalle provvidenze previste per i Consorzi del Piano quinquennale;

si chiede quali provvedimenti urgenti si vogliano adottare affinché i competenti organi dipendenti dal Ministero dei lavori pubblici esprimano il loro parere il più sollecitamente possibile, onde consentire entro il termine suddetto l'approvazione del progetto del Piano regolatore per l'area di sviluppo industriale di Napoli. (5276)

PIGNATELLI. — *Ai Ministri dell'interno e del tesoro.* — Per sapere se sia moralmente lecito consentire all'Amministrazione provinciale di Taranto e a quella comunale della stessa città — mentre giustamente si impone agli Enti locali la politica della lesina — l'erogazione di ben venti milioni di lire complessivamente, per trarre dalle decennali ceneri di un clamoroso fallimento un inutile se non dannoso Circolo di cultura, ancora una volta diretto dalle medesime persone notoriamente senza scrupoli e, come tali, invise al popolo di Taranto e della provincia jonica, sul quale incidono i bilanci degli Enti erogatori. (5277)

Ordine del giorno per la seduta di mercoledì 19 ottobre 1966

P R E S I D E N T E . Il Senato tornerà a riunirsi in seduta pubblica domani mercoledì 19 ottobre, alle ore 16,30, con il seguente ordine del giorno:

I. Seguito della discussione del disegno di legge:

Trapianto del rene tra persone viventi (1321).

II. Discussione dei disegni di legge:

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

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

3. MORVIDI. — Abrogazione degli articoli 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 deno-

minazioni 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).

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

La seduta è tolta (*ore 20,55*).

Dott. ALBERTO ALBERTI

Direttore generale dell'Ufficio dei resoconti parlamentari