

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **SIGNORELLI, FILETTI e MISSERVILLE**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 19 FEBBRAIO 1988

Disciplina dei trapianti di cornea

ONOREVOLI SENATORI. - È ormai maturata la convinzione che la regolamentazione sui trapianti di cornea debba avere un articolo diverso da quello riguardante gli altri organi perchè diversi sono tutti i momenti tecnici che compongono l'atto chirurgico nella sua interezza e nelle sue tappe esecutive.

È inoltre ben noto come la grande richiesta di questa chirurgia, tecnicamente ormai risolta in tutti gli aspetti scientifici, spinga proprio e soltanto per una carenza legislativa un gran numero di cittadini verso strutture estere.

Il cosiddetto trapianto di cornea necessita di una trattazione a se stante perchè è in realtà un innesto di tessuto biologico che può prelevarsi sia da occhi enucleati a viventi, sia da cadaveri.

L'espianto, come vedremo, è il momento più delicato da regolamentare, perchè coinvolge buona parte delle problematiche che non hanno sinora trovato un consenso unanime.

È fondamentale osservare che la cornea può essere prelevata anche a distanza di alcune ore dall'avvenuta morte clinica e questo, già di per se, la differenzia sostanzialmente dai trapianti degli organi labili. Infatti per questi ultimi il prelievo va fatto da quei soggetti di cui si sia accertata la morte cerebrale irreversibile e che quindi presentino ancora l'attività cardiaca pulsante, onde poter assicurare le maggiori probabilità di successo al loro trapianto.

L'osservazione di un elettrocardiogramma che rimanga piatto per una durata continuativa di venti minuti è sufficiente oggi, dal punto

di vista medico-legale, a dichiarare con assoluta certezza la morte clinica e soltanto a questo tipo di indagine ci si deve rivolgere per provvedere al prelievo della cornea.

Basterebbe questo solo fatto per fare dell'innesto di tessuto corneo un capitolo totalmente avulso dal contesto generale dei trapianti.

Ma v'è di più: prelevata la cornea, essa può essere innestata immediatamente o, con opportuni mezzi, conservata fresca, liofilizzata o addirittura essere surgelata e lavorata a tornio per farle assumere le caratteristiche ottiche desiderate ed essere poi innestata anche a distanza di molte settimane dopo aver sostato in apposite «banche degli occhi».

La «lavorazione» del tessuto mira ad innesti correttivi di forti difetti di vista o anomalie ottiche derivanti da malattie quali il cheratocoma, la cataratta congenita.

Il tessuto corneale, oltre che innestato a tutto spessore in sostituzione completa della cornea del ricevente, può essere, dopo aver assunto le caratteristiche ottiche desiderate, suturato sulla cornea del ricevente o impiantato nel suo spessore per ottenere quei risultati refrattivi desiderati.

È questo un interessante capitolo della chirurgia refrattiva che non può essere frenata dalla mancanza di regolamentazioni precise che tengano conto di quanto su riportato.

Tutta la logica dei trapianti, intesa nel senso corrente della parola, viene pertanto a mancare, come manca nei momenti tecnici che tratteremo nell'articolo.

Non sono inoltre richiesti quei controlli di istocompatibilità che esigono i trapianti di organi.

Dal punto di vista chirurgico, infine, l'innesto di cornea non presenta difficoltà maggiori di un normale intervento sul bulbo oculare «a cielo aperto»: si può considerare la somma di gesti chirurgici che un oculista sperimentato compie nella sua *routine* quotidiana.

L'espianto dovrà essere consentito sugli individui che in vita avevano manifestato la propria volontà positiva, annotata su un documento di identità.

In mancanza di questo assenso esplicito si potrà procedere soltanto quando si sia ottenuto l'assenso dei più stretti congiunti.

In questo modo riteniamo si possa facilmente sorpassare la grande difficoltà che questo momento effettivamente presenta.

Accertata la morte e l'esistenza di un assenso, il prelievo del tessuto, non presentando nessuna difficoltà tecnica, potrà essere eseguito indifferentemente sia da personale medico che da periti-settore esplicitamente preparati.

L'innesto deve a questo punto considerarsi un normale intervento chirurgico e soggiacere alle disposizioni attuali non abbisognando il chirurgo, nè la struttura nella quale si opererà l'intervento, di requisiti particolari.

A conclusione diremo inoltre che gli interventi che si effettuano con cornee conservate e provenienti da banche degli occhi non debbono essere vincolati ad alcuna regolamentazione speciale e restano a tutti gli effetti un normale intervento chirurgico.

Agli organi regionali debbono essere affidati l'organizzazione ed il funzionamento delle eventuali banche degli occhi ed i controlli che ne derivano, sia sul piano delle precedenze, sia su quello della valutazione delle urgenze.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Assenso)

1. L'espianto del bulbo oculare o di sue parti è consentito quando il deceduto abbia in vita manifestata volontà positiva oppure quando si sia ottenuto l'assenso concorde degli stretti congiunti.

Art. 2.

(Accertamento di morte)

1. Al fine di procedere all'espianto di cui all'articolo 1, la morte clinica deve essere accertata da un medico esperto di elettrocardiografia attraverso un elettrocardiogramma che deve risultare piatto per almeno venti minuti primi.

Art. 3.

(Modalità di esecuzione)

1. L'espianto può essere eseguito da personale medico o paramedico specificatamente preparato anche al domicilio del defunto, con modalità che garantiscano il rispetto della salma.

Art. 4.

(Innesto)

1. L'innesto corneale costituisce intervento chirurgico sul segmento anteriore del bulbo e come tale soggiace alle disposizioni di legge in vigore.

Art. 5.

(Centri di raccolta)

1. L'organizzazione, il funzionamento e il controllo dei centri di raccolta delle cornee sono demandati agli organi regionali, i quali dispongono motivatamente in ordine alle precedenza ed alle urgenze degli interventi.

Art. 6.

(Disposizioni finali)

1. È abrogata ogni norma e disposizione incompatibile o in contrasto con la presente legge.