COMMISSIONE XIV

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

LXVII.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 13 APRILE 1967

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE DE MARIA

INDICE

PAG.

Congedo:

PRESIDENTE 735

Disegno di legge (*Discussione e rinvio*):

Trapianto del rene tra persone viventi (*Approvato dal Senato*) (3694) . . . 735

PRESIDENTE 735, 746, 747

CAPUA 746, 747

CORTESE, *Relatore* 735, 742, 744

D'ANTONIO 746

GALLUZZI VITTORIO 744

LATTANZIO 746

MARIOTTI, *Ministro della sanità* . 741, 742, 746, 747

MONASTERIO 742

ROMANO 746

La seduta comincia alle 10,10.

BARTOLE, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta precedente.

(*È approvato*).

Congedo.

PRESIDENTE. Comunico che è in congedo il deputato Sorgi.

Discussione del disegno di legge: Trapianto del rene tra persone viventi. (Approvato dal Senato). (3694).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Trapianto del rene tra persone viventi » (3694).

Il relatore, onorevole Cortese, ha facoltà di svolgere la sua relazione.

CORTESE, *Relatore*. Il disegno di legge che dobbiamo esaminare giunge a noi dopo un lungo periodo di appassionate e approfondite discussioni al Senato, dove fu presentato dal ministro della sanità Mariotti il 15 luglio 1965.

Il ministro interpretando e vagliando, con alto senso di responsabilità e con umana comprensione, i progressi conseguiti da un vasto movimento scientifico e tecnico, particolarmente intenso in America, Inghilterra e Francia, e sotto la spinta di un operoso fervore di ricerche e di studi delle più qualificate scuole del nostro paese, ritenne che anche in Italia si dovessero eliminare gli ostacoli che si oppongono alla possibilità del trapianto di rene da vivente, proponendo a tal fine una deroga all'articolo 5 del nostro codice civile; egli concludeva, nella nota illustrativa: « il disegno di legge mira a rendere possibile il progresso scientifico nel nostro paese che permette di venire incontro a dolorose situazioni umane ».

Queste dolorose situazioni umane corrispondono ad oltre 4 mila vite che si spengono ogni anno per uremia cronica irreversibile: si tratta dell'1,13 per cento della mortalità globale in Italia, ma quel che più conta che essa colpisce prevalentemente individui giovani tra i 5 e i 55 anni, di cui circa la metà può considerarsi potenziale beneficiaria del trapianto renale (CALNE).

Non vi è dubbio che il disegno di legge di cui ci occupiamo suscita tutta una serie

di gravi e avvincenti problemi di ordine giuridico, tecnico-scientifico, morale e sociale; ad essi tutti ci sentiamo in varia misura interessati e partecipi, e lo stesso ministro proponente non mancò di rendersene pienamente conto allorché, nella sua coscienza di legislatore, avvertì l'esigenza di sentire il parere del Consiglio superiore della sanità; l'alto consesso, in data 14 marzo 1965, espresse un voto decisamente favorevole allo schema di legge, manifestando in tal modo un giudizio positivo sullo stato attuale del progresso medico e scientifico in tema di trapianto renale da vivente; né mancò il ministro di seguire il consiglio e i suggerimenti del Ministero di grazia e giustizia, accettando alcuni emendamenti in ordine agli articoli 1, 3 e 9 dello schema originale del disegno di legge.

Assegnato alla XI Commissione permanente del Senato, esso fu illustrato da una seria, dotta ed elaborata relazione del senatore Sameck-Lodovici nella seduta del 19 gennaio 1966. L'illustre relatore vi raccolse e rese noto tutto ciò che era necessario conoscere per formulare un giudizio, il più possibile responsabile ed obiettivo, sugli aspetti giuridici, scientifici e morali della materia in discusione. In un primo momento sembrò al relatore di doversi pronunciare per la « prematurità del consenso legislativo al trapianto del rene da vivente », ma successivamente fu indotto da un complesso di ragioni a modificare questo punto di vista e nella seduta del 30 marzo 1966 propose di accogliere il principio della donazione del rene da vivente, limitando però la necessaria deroga all'articolo 5 del Codice civile agli stretti consanguinei del paziente.

Sull'interessante materia vi furono numerosi interventi sia in Commissione, sia in aula, dove essa fu ampiamente trattata ed approfondita nelle sedute del 12, 18 e 19 ottobre 1966. La maggioranza quasi totale degli oratori manifestò il pieno consenso alla approvazione del disegno governativo: molti di essi anzi si pronunciarono a favore dell'estensione dell'atto di donazione a chiunque ne esprimesse liberamente e disinteressatamente la volontà. Prevalse tuttavia la formula restrittiva della limitazione ai soli stretti consanguinei, sulla quale fu articolato il testo definitivo in sede redigente il 17 dicembre 1966.

L'Assemblea pronunciò il suo voto favorevole al detto testo il 21 dicembre 1966.

Spetta ora a noi esaminarlo nel suo insieme e negli articoli che lo compongono. Il nostro lavoro certamente non può non giovarsi dell'imponente ed autorevole contributo di opinioni e di conoscenze recato dai colleghi del Senato alla complessa materia; tuttavia è doveroso rivederla ed attentamente esaminarla, affinché il nostro giudizio, sia pure illuminato dall'autorità indiscussa degli eminenti colleghi che ci hanno preceduto in questo compito, si ispiri alla cognizione diretta della realtà presente ed assicuri la nostra coscienza che la legge che decideremo di approvare sia una legge giusta e conforme alla speranza di tanti sventurati che sperano nella salvezza loro promessa dalla scienza vera e dalla generosità umana.

Il trapianto del rene è un metodo di trattamento della uremia cronica irreversibile o terminale. Il rene da trapiantare può essere prelevato ad un vivente od a un cadavere: il trapianto è ortotopico o eterotopico a seconda che è collocato nella sua naturale sede anatomica o in altra sede.

Di solito il rene viene collocato in sede eterotopica, generalmente in una delle fosse iliache, la destra per il rene sinistro e la sinistra per il rene destro. Vi sono ragioni anatomiche che consigliano di prelevare al donatore preferibilmente il rene sinistro, che possiede un peduncolo vascolare più lungo, e ragioni tecniche che lasciano preferire la sede iliaca destra. Ma su questi punti è inutile qui soffermarsi, così come pare superfluo intrattenerci sulla tecnica strettamente chirurgica del trapianto renale. Su questo terreno infatti non sorgono problemi, avendo la chirurgia per le anastanosi vascolari e l'impianto ureterale in vescica raggiunto un grado di perfezione tale da garantire, in mani esperte, il pieno successo dell'operazione.

I problemi invece sorgono sul terreno dei rapporti di ordine biologico tra l'organismo ospite e l'organo trapiantato, come è noto, di convivenza estremamente difficile o addirittura impossibile, a meno che lo scambio non avvenga tra soggetti geneticamente del tutto simili, come accade fra gemelli veri, cosiddetti omozigoti o univitellini o monocoriali. In questa unica felice condizione di identità genetica totale è evidente che il trapianto, detto in termini moderni isogenico, equivale ad un vero e proprio autotrapianto o trapianto autologo. Al di fuori di questa condizione, nella quale il successo è assicurato esclusivamente dalla corrente esecuzione dell'atto operativo, il trapianto di rene, come di qualsiasi altro tessuto od organo, provoca una reazione da parte dell'ospite che è nota universalmente sotto il termine di reazione di rigetto. Ciò si verifica inesorabil-

mente sia che il trapianto avvenga tra individui della stessa specie (omotrapianti o allotrapianti o trapianti allogenici) sia, ed in misura ovviamente più accentuata e violenta, fra individui di specie diversa (eterotrapianti o xenotrapianti o trapianti xenogenici).

La reazione di rigetto si identifica, come è noto, in un processo immunologico: ciò fu dimostrato con le ricerche iniziate fin dal 1940 dal Medawar, il cui nome è diventato ormai inseparabile dal problema dei trapianti.

« Non vi può essere alcun serio dubbio – ribadiva il Medawar nel 1959 – che il rigetto dell'omotrapianto è un processo immunologico, come provano il tempo di reazione, il tipo di alterazioni istologiche, la reazione di sensibilizzazione a successivi trapianti, il trasporto sperimentale della immunità da un animale ad un altro, l'esistenza di fenomeni di tolleranza immunitaria. Tuttavia l'esatto meccanismo che causa la morte del trapianto non è ancora pienamente compreso ».

Quali possono essere le ripercussioni chirurgiche di questa teoria?

Per rispondere occorre innanzitutto stabilire che il termine « immunologico » richiede l'esistenza di antigeni, di un centro di riconoscimento e di reazione, e, infine, di anticorpi, liberi nel siero o strettamente legati a determinate cellule, di natura linfoide, che per la loro funzione vengono dette cellule immunocompetenti.

Nel trapianto di rene, come di altri organi e tessuti, gli antigeni sono formati dalle strutture dell'organo trapiantato e, a seconda che provochino la formazione di anticorpi serici (agglutinine, emolisine eccetera) o di cellule immunocompetenti, essi dicono rispettivamente antigeni H o umorali (dall'inglese *Humour*), o antigeni T o da trapianto. Si ritiene che esistono almeno 15 antigeni H ed altrettanti antigeni T, ma non se ne conoscono ancora le proprietà fondamentali che servono a definirne l'esatta struttura chimica, la sede di formazione, e l'intimo meccanismo di formazione; a questa ricerca di enorme importanza scientifica e di straordinaria e, forse, decisiva portata pratica sono consacrate le migliori energie di eminenti studiosi di tutto il mondo sia nel campo della genetica, sia nel campo della immunologia; è lecito ritenere che una soluzione su questo problema fondamentale non sia lontana, stando ai risultati finora conseguiti.

Ad ogni modo, così come stano le cose al momento attuale, l'attecchimento del trapianto può essere assicurato o prolungato con l'impiego di alcune metodiche capaci di interferire su determinate fasi del processo immunitario: quest'ultimo può essere schematizzato come un circuito composto di due fasi: una antigenica, dal rene al centro di riconoscimento e di reazione, una anticorpale (umorale e cellulare) da questo centro al rene.

Sulla base di queste conoscenze, qui appena accennate, poggiano appunto le metodiche del cosiddetto condizionamento aspecifico dell'ospite, che hanno reso possibile la inibizione del rigetto, il mantenimento di uno stato di tolleranza più o meno prolungato, il trattamento di eventuali crisi di rigetto. In questo senso sono impiegati mezzi farmacologici come gli ormoni steroidei e gli antimetaboliti; mezzi fisici, come la irradiazione periodica dell'organo trapiantato; mezzi chirurgici come la timectomia e la splenectomia. Non è questo il posto per soffermarci sulla varia efficienza e sulla indicazione e modalità di somministrazione di ciascuno dei mezzi suddetti; ci basti soltanto ricordare che mediante il loro impiego si è raggiunto lo scopo di prevenire il rigetto, sia rendendo il tessuto trapiantato non antigenico, sia prevenendo il contatto fra gli antigeni tessutali con le cellule linfoidi immunocompetenti, sia distruggendo o alterando le cellule immunocompetenti; sia, infine, evitando che gli anticorpi e le cellule immunocompetenti raggiungano il trapianto e lo danneggino.

Per quanto concerne il trapianto renale sono strettamente legati a questo tipo di trattamento immunosoppressivo i risultati conseguiti al 15 marzo 1965 e raccolti nel *Kidney-Transplant Registry*, registro dei trapianti renali, che si pubblica negli Stati Uniti allo scopo di riunire tutte le informazioni sui trapianti renali eseguiti nel mondo.

A tale epoca il numero totale dei casi operati è di 672, fra i quali 636 omotrapianti, con una sopravvivenza globale del 37 per cento; il 36 per cento ha superato un anno di vita e si trova nei due anni di sopravvivenza; tale percentuale però si eleva nelle casistiche di centri di più vasta esperienza, come in quella di Hamburger per esempio, dove sale al 50 per cento; ma il dato più rilevante è rappresentato dai risultati relativi alla provenienza del trapianto.

Tutte le casistiche dimostrano, infatti, una netta differenza di risultati a seconda che si tratti di donatori consanguinei o estranei. Nella casistica di Starzl, per esempio, comprendente 64 pazienti che avevano ricevuto trapianti da viventi, si ricava una so-

pravvivenza globale dopo un anno del 58 per cento e dopo due anni del 53 per cento; se si distinguono, però, i donatori consanguinei da quelli estranei si ha per i primi una sopravvivenza del 67 per cento dopo un anno e del 65 per cento dopo i due anni; per i secondi la sopravvivenza è del 33 per cento dopo un anno e del 22 per cento dopo due anni.

Il significato di questi dati è evidente: il migliore trapianto è quello che si pratica fra consanguinei; altrettanto evidente ne è la ragione che è insita in uno stato di maggiore affinità genetica fra stretti consanguinei nei confronti dei non consanguinei; questa è allo stato dei fatti la regola generale; essa però non è assoluta ed è destinata a subire alcune eccezioni e precisazioni, come del resto sta già avvenendo, in seguito a un nuovo metodo di selezione dei donatori consistente nelle cosiddette prove di istocompatibilità o di tipizzazione dei tessuti.

Già da qualche anno si lavora intensamente nel senso di stabilire le affinità genetiche fra ricevitore e donatore; ovvero il loro grado di istocompatibilità; questo, come si è detto, è migliore fra consanguinei, ma può accadere che in un certo numero di donatori estranei si possano reperire soggetti che hanno un grado di istocompatibilità rispetto al ricevitore pari o addirittura migliore dei consanguinei stessi; tutto ciò si è reso possibile accertare mediante alcune prove biologiche di varia specie, le quali servono a individuare gli antigeni presenti nei globuli bianchi, i famosi antigeni T, allo stesso modo come per la trasfusione di sangue occorre individuare, nei globuli rossi umani, gli antigeni particolari o fattori di gruppo, messi in evidenza dagli anticorpi corrispondenti.

In poche parole lo studio dei gruppi tissulari, tale quale quello dei gruppi sanguigni, è dominato da una reazione immunologica di ordine generale; la reazione antigene-anticorpi.

In questo senso si intendono le prove dette di gruppaggio o di tipizzazione dei tessuti, prove mediante le quali un gran passo avanti si è compiuto nei riguardi del trattamento immuno-soppressivo in quanto il trapianto proveniente da donatori opportunamente selezionati può essere protetto senza ricorrere a dosi elevate di farmaci, notoriamente dotati di effetti collaterali di una certa tossicità.

Accanto alla tipizzazione meritano di essere ricordati i tentativi, del tutto recenti, di avviare il trattamento antirigetto sul piano biologico, con l'impiego di siero antilinfocitario; già da qualche tempo si va sperimentando sugli animali l'uso di questi sieri allo scopo di bloccare l'azione dei linfociti responsabili del rigetto. Il Mitchell ha potuto dimostrare una sopravvivenza di alcuni mesi in animali trattati esclusivamente con siero antilinfocitario totale; lo Starzl ha già impiegato lo stesso siero nel trattamento di 16 operati associandovi soltanto dosi ridotte di Jmuran senza dover ricorrere all'associazione di cortisonici; i risultati a distanza sono del tutto soddisfacenti e senza complicazioni.

Intanto mentre nuove conoscenze vanno ogni giorno aprendo nuove vie al successo, vengono alla luce i dati più recenti riguardanti la casistica clinica, che meritano di essere qui almeno elencati: 1) ammalati operati dal novembre 1962, sottoposti a controllo clinico ed istopatologico nell'ottobre 1966, vivono in condizioni del tutto soddisfacenti e sono ormai nel loro quarto-quinto anno (vedi casistica di Starzl). 2) È possibile ottenere 90-95 per cento di risultati positivi entro il primo anno dall'intervento (Hume e coll. - *Annals of Surgery*, settembre 1966; Najarian e coll. - *Annals of Surgery*, settembre 1966). Poiché la massima incidenza di mortalità si verifica nei primi tre mesi, è ragionevole supporre che questi gruppi di malati abbiano una prognosi favorevole per quanto riguarda la sopravvivenza di almeno 5 anni. 3) Il trattamento Jmuran-cortisone si è dimostrato senza effetti tossici sul decorso della gravidanza come viene confermato da tre giovani donne sottoposte a nefrectomia bilaterale e a trapianto renale da donatore consanguineo non gemello, le quali hanno portato regolarmente a termine una gravidanza (casi di Hume, Richmond, USA; Goodwin, Los Angeles, USA; Alexandre, Lovanio, Belgio). Stando alle notizie di stampa i casi sono diventati quattro. 4) Il numero dei trapianti eseguiti ha superato di gran lunga il migliaio al mese di gennaio di questo anno; l'attività dei vari centri sparsi in tutto il mondo con ogni verosimiglianza sfugge ormai ad una sicura possibilità di confluire in una casistica globale: sì che gli studiosi ritengono assai più proficuo attingere alle ormai vaste casistiche dei singoli centri.

Per quanto riguarda la necessità di reperire reni da trapiantare si sa che tre sono le fonti possibili: il vivente, il cadavere, i primati superiori, ossia le scimmie.

Per il trapianto renale da primate nell'uomo sono stati impiegati il babuino e lo scimpanzè. Si è dimostrato che il trapianto

da babuino è destinato all'insuccesso totale, mentre quello da scimpanzè presenta probabilità di attecchimento e di funzionamento (una giovane donna di 21 anni è vissuta 10 mesi) ma l'organismo ospite viene in genere sopraffatto dalle fatali complicazioni conseguenti all'alto dosaggio della terapia antirigetto, richiesta negli eterotrapianti. Si tratta pertanto di possibilità future che potranno concretarsi soltanto quando si potrà disporre di una terapia antirigetto diversa da quella attuale.

Per quanto riguarda il prelievo da cadavere è opinione generale che questo rappresenti la fonte ideale e perché non crea remore etico-morali e perché si avrebbe il vantaggio di disporre contemporaneamente di due reni.

Nella realtà il problema non appare tanto semplice. Bisogna intanto considerare che per ottenere un rene che conservi tutte le sue funzioni vi sono dei limiti di tempo che vanno assolutamente rispettati e questi sono imposti dal pericolo di rapide gravi e irreversibili alterazioni dell'organo allorché viene privato della sua circolazione sanguigna.

Il Valdoni ha ricordato in una sua recente conferenza le ricerche compiute all'inizio di questo secolo dal suo maestro e predecessore, il professor Alessandri, il quale dimostrò sperimentalmente che il rene era irrimediabilmente perduto dopo due ore di interruzione dell'afflusso sanguigno.

Il problema è stato poi ampiamente studiato e ancora da Valdoni; il suo allievo professor Tonelli ha potuto stabilire che dopo solo 30 minuti di ischemia il 50 per cento dei reni, cui si era interrotta la circolazione per eseguire, ad esempio, una anastomosi spleno-renale, erano praticamente perduti. Fortunatamente questo imperativo del tempo è stato sufficientemente superato per il periodo intermedio compreso fra il prelievo e il trapianto mediante l'impiego di metodi di conservazione dell'organo in perfusione iperbarismo e ipotermia (in breve, la situazione è questa: il rene soffre di tre periodi di ischemia, due si chiamano ischemia a caldo. Cioè la prima ischemia – mancanza di irrorazione sanguigna – è quella che si verifica mentre il rene è ancora nel cadavere e nel momento in cui si dovrà interrompere la circolazione per asportare il rene. Questo è il primo periodo di ischemia cosiddetta a caldo. C'è poi un periodo intermedio prima del trapianto. In questo periodo ci sono metodi che permettono la conservazione del rene mediante la perfusione dell'organo con determinate soluzioni eparinizzate allo scopo di evitare che il sangue ristagnante nel ciclo renale possa coagularsi. E l'organo va inoltre conservato a bassa temperatura (2-4 gradi centigradi) e sotto iperpressione di ossigeno.

In questo modo si riesce a conservare il rene per 6 ore e anche per tempi più lunghi.

Poi si ha la terza fase dell'ischemia a caldo, corrispondente al tempo di trapianto del rene nell'organismo ospite. In questa fase il ciclo renale viene messo in comunicazione con il circolo del ricevente per l'attuazione delle suture vasali. Si dispone all'incirca di 30 minuti).

Uno di tali metodi è stato messo a punto dalla scuola di Stefanini e dai suoi infaticabili collaboratori Cortesini e Casciani, permettendo di conservare in perfetta efficienza un rene prelevato a 150 chilometri da Roma per essere trapiantato in una giovane di 17 anni. Queste metodiche di conservazione vanno rapidamente progredendo, sì che c'è da sperare che il periodo del rene isolato, o della cosiddetta ischemia a freddo, possa essere notevolmente prolungato; ma la vitalità dell'organo è seriamente minacciata, prima del prelievo, dall'ischemia cosiddetta a caldo che si instaura subito dopo la morte, all'atto cioè in cui il cuore si arresta o anche prima nei decessi preceduti da grave caduta della pressione sanguigna. Ciò rende oltremodo problematica l'utilizzazione del cadavere, in quanto nei casi di morte improvvisa, accidentale, occorre subito prelevare il rene. E qui sorgono impedimenti giudiziari. In caso di morte operatoria (chirurgia in circolazione estracorporea o a cuore aperto, neurochirurgia) o da *ictus* occorre rianimare il soggetto e tenerlo in vita o meglio in sopravvivenza artificiale per impedire danni renali da ipotensione. E qui sorgono gravi perplessità di ordine morale, religioso e medico-legale che nascono da un senso ancora non acquietato di disagio derivante da quella che è o può essere la rigorosa definizione medico-legale della morte e la valutazione clinica e strumentale della morte stessa. In un recente simposio della *Ciba Foundation* la questione è stata minutamente esaminata da personalità di grande rilievo nel campo medico, giuridico e teologico. Sono stati analizzati a uno a uno, tutti i segni attraverso i quali la morte può essere sicuramente affermata e il prelievo può pertanto essere praticato nella cosiddetta fase di sopravvivenza artificiale, durante la quale la circolazione e la respirazione sono in dipendenza esclusiva del mas-

saggio cardiaco e della macchina respiratoria.

Ma oltre a questi problemi a cui ho soltanto accennato, occorre prendere in considerazione alcuni fattori che controindicano il prelievo del cadavere ed essi sono: l'età avanzata oltre i 60 anni, le affezioni renali di qualsiasi natura, l'arteriosclerosi, l'ipertensione arteriosa, le infezioni generalizzate, la ipotensione prolungata nelle ore precedenti il decesso, i tumori maligni ad eccezione di quelli cerebrali...

Vi è poi da considerare la possibilità di imbattersi (questo è molto importante) in reni con impreviste anomalie vascolari tali da complicare o rendere, più spesso, impossibile il trapianto. Virno, Brunetti e Aureggi, della scuola di Valdoni, hanno dimostrato che su 50 cadaveri, solo 28 sarebbero stati idonei, sia dal punto di vista renale sia per la situazione vascolare, a donare entrambi i reni. Dei ventidue soggetti rimasti, in 9 si poteva disporre del solo rene destro, in 3 del solo rene sinistro e in 10 nessuno dei due reni erano idonei al trapianto: il 20 per cento dunque dei soggetti non è disponibile.

Ecco un altro svantaggio presentato dal cadavere, che, peraltro, non è prevedibile, al contrario di quanto avviene nel donatore vivente, dove l'anomalia vascolare si può preventivamente accertare con l'esame radiologico. Tutto ciò, insieme con le difficoltà ad ottenere il consenso dei familiari in un momento per essi estremamente angoscioso, riduce ulteriormente quella che potrebbe ritenersi una fonte ideale e gnerosa di reni da trapiantare.

Sul trapianto da vivente poco vi è da aggiungere, sotto il profilo tecnico e biologico, dopo quanto è stato già detto all'inizio di questa esposizione. I vantaggi della consanguineità, la possibilità di reperire reni sufficientemente compatibili mediante la tipizzazione dei tessuti, la certezza di prelevare reni col normale peduncolo vascolare attraverso l'esame radiologico, eccetera, sono elementi che lascerebbero, almeno allo stato attuale, cadere la scelta su questa fonte vivente di prelievo. Ma è proprio su questo terreno che insorge in tutta evidenza il problema della liceità morale e giuridica di privare un organismo sano di un organo altrettanto sano e pienamente efficiente.

A proposito della liceità morale molti studiosi – e tra questi Stefanini e Sameck-Lodovici – ricorrono all'autorità indiscussa di monsignor Aurelio Sabattani e riportando le condizioni da questi ritenute fondamentali:

a) si tratti di organo doppio e l'altro organo del donatore sia sano, in maniera che la funzione fisiologica cui l'organo rispondeva continui, perché non è lecito sopprimere totalmente nessuna funzione organica;

b) sia l'unico mezzo per sopperire al bisogno;

c) si tratti di soccorrere ad una necessità fisica estrema o quasi estrema del prossimo;

d) vi sia una solida probabilità di riuscita.

Sul primo punto non pare il caso di doversi fermare a lungo: la funzione vicariante del rene superstite è un fatto noto a tutti i medici che non si pone in discussione. Il rene – dicono gli americani – è il prototipo dell'organo di ricambio. I reni sono due e una persona può vivere normalmente con uno solo; le malattie renali sono suscettibili di trapianto quando esse colpiscono i giovani e risparmiano le altre parti del corpo, di modo che si assiste ad una rapida, drammatica e completa ripresa della salute e della funzione. È un fremito di gioia costante per il chirurgo – dice il Murray – vedere un ammalato cronico debilitato, spesso pieno di dolori dalla testa ai piedi, con l'addome gonfio, debolezza estrema, anemia, emorragie ed alito fetido, ritornare normale in pochi giorni dopo l'operazione.

Il rene trapiantato può sostenere tutte le normali richieste fisiologiche, compresa la gravidanza, come ho detto; l'ipertensione viene controlla; ritorna normale il tono uretrale e vescicale e il paziente si sente letteralmente nato a nuova vita.

Voglio qui ricordare che in altri paesi i trapiantati del rene si sono costituiti in *clubs*, nei quali vengono scambiate notizie dai vari paesi relativamente allo stato di salute e alla occupazione degli interessati. Fra le altre cose si è stabilito di ritenere la data di trapianto come la data di nascita. Hanno anche un proprio giornaletto, nel quale vengono date notizie riguardanti l'occupazione, i viaggi, le vacanze, l'andamento degli studi dei più giovani. Nella copia che ho sott'occhio vedo la notizia riguardante il matrimonio di un giovane sposatosi il 3 giugno 1966, che era stato operato nel febbraio 1964 con il trapianto di un rene di una zia. Si apprende che il giovane sta molto bene e che dopo il viaggio di nozze continuerà i suoi studi.

Particolare patetico: in questo stesso bollettino si ricordano i fratelli, i compagni,

quelli che sono deceduti in seguito all'operazione. Di essi si parla in termini commossi, come di gente che ha lottato per superare la sua malattia e che è caduta perché così doveva avvenire, non si sa il perché. Inoltre vengono invitati tutti coloro che vogliono aiutare i programmi di trapianto a contribuire con donazioni ed aiuti. Ho già detto che l'anniversario del trapianto del rene viene considerato come l'inizio di una nuova vita.

Pertanto la mutilazione deve guardarsi sotto il profilo di un futuro rischio potenziale derivante da eventuale trauma o malattia renale piuttosto che da una effettiva diminuzione permanente della funzione organica. Tale rischio, per altro, è all'atto pratico veramente limitato. Le probabilità che il rene superstite, sicuramente sano al momento del prelievo, si ammali per una affezione di ordine medico, possono considerarsi – come esaurientemente mostrano le statistiche – quasi trascurabili.

I pericoli maggiori sono invece rappresentati dai tumori e dai traumi. Ma l'eventuale insorgenza di un tumore non supera lo 0,7 per mille e il rischio del trauma è ancora più modesto. Merril e Hamburger hanno calcolato che per tutte le possibili affezioni insorgenti in un rene superstite si ha una percentuale globale di rischio dello 0,12 per mille, senza pensare – come osserva giustamente Brocci – che sia il tumore, quanto il trauma non debbono più considerarsi in ogni caso evenienza irreparabili.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Molti casi però, in relazione alle conseguenze dell'intervento, vengono inseriti nella legislazione.

CORTESE, *Relatore*. Lo so, e so anche che vi è l'articolo 5. Tuttavia in Francia esistono tre centri di sperimentazione.

Il fenomeno della sperimentazione sul corpo umano presenta aspetti che talvolta non vengono considerati nella loro giusta portata. Spesso si prendono posizioni che finiscono con il fuorviare da una linea logica: si tratta di una questione che deve essere affrontata correttamente, per poterne trarre giudizi scientifici. La medicina moderna, a bene considerare le cose, è tutta sperimentale: é sperimentale la loboctomia, la resezione segmentaria del cancro dell'esofago, eccetera. In passato la mortalità in questo campo era grandissima, ma oggi, con i progressi dell'anestesia, con i progressi della terapia complementare dell'apparato respiratorio, della stessa radiologia che indica con maggiore precisione, mediante la broncoscopia, il segmento leso o il vaso anomalo, la mortalità è di molto diminuita. Ma tutto questo, non è forse sperimentale?

Se in materia di mortalità assoluta si possono giudicare le cifre con lo stesso metro con cui si può giudicare l'operazione di trapianto di cute o l'operazione di estetica o l'operazione di ernia, non è possibile non parlare di sperimentazione, ma credo che non si debba parlarne (e su questo punto porterò il parere di autorevoli scienziati) in merito al concetto di questa forma di sperimentazione che taluni ritengono si faccia nel campo della chirurgia o della medicina.

D'altra parte nei passaggi tra la farmacologia del laboratorio a quella applicata al corpo umano vi è una fase – chiamatela pure sperimentale – nella quale viene dimostrato che la risposta del corpo umano ad interventi di medicina o di chirurgia, sono per certi aspetti, diversi da quelle date degli animali in laboratorio.

Chi avrebbe potuto supporre, ad esempio, che la penicillina potesse dare delle reazioni anafilattiche tali da spegnere sul colpo un ammalato sul quale sia stata praticata una iniezione di penicillina per combattere, in ipotesi, un foruncolo? Chi poteva pensare che vi sono nuove malattie causate dagli antibiotici che prima non esistevano? È chiaro dunque che la sperimentazione di laboratorio non ci ha mai detto né ci potrà dire completamente tutto, non ci potrà dare quelle risposte che solo l'applicazione sul corpo umano può dare.

Questo rischio totale è diviso in un rischio immediato di 0,5 per mille come rischio accidentale post operatorio e 0,7 per mille come rischio inerente ad ogni specie di accidente lontano che può colpire il rene superstite. Infatti le resezioni renali per tumore in rene unico costituiscono oggi una normale consuetudine chirurgica, ed il successo è piuttosto frequente, come pure molti non sono i reni traumatizzati, che, intervenendo tempestivamente, non possono essere riparati e conservati ottimamente alla funzione.

Sul secondo punto che il prelievo da vivente sia l'unico mezzo per sopperire al bisogno, vi è da dire che, a parte la difficile condizione, almeno attuale, presentata dal cadavere, un altro mezzo vi sarebbe e questo è rappresentato dalla dialisi estracorporea o emodialisi. Fino a qualche anno fa l'emodialisi è stata considerata come una alternativa per la cura dell'uremia cronica nei confronti del trapianto e ciò sembrava potersi giustificare per la scarsa mortalità attribui-

bile al rene artificiale; in effetti non vi è reale conflitto fra dialisi cronica e trapianto; superata la fase polemica fra nefrologi medici e chirurgi attualmente la dialisi si può considerare come un mezzo essenziale per mantenere i pazienti con insufficienza renale terminale in buone condizioni fin quanto il trapianto è possibile.

Tutti i gruppi di trapianti sono ormai convinti che un programma di dialisi cronica è indispensabile per l'attuazione dei trapianti stessi; d'altra parte molti gruppi di dialisi presto raccoglieranno tale una massa di pazienti che inevitabilmente dovranno essere sottoposti a trapianto. C'è poi da notare che sebbene la dialisi può mantenere valori normali degli elettroliti ematici, essa non modifica tutte le funzioni di un rene normale; dice Hamburger che i reni artificiali sono una imitazione molto grossolana delle funzioni renali: l'epurazione è assai corretta, ma queste non sono che le attività più semplici e più evidenti del rene. Nella realtà le funzioni renali sono assai più complesse ed esse riguardano la pressione sanguigna e la patologia vascolare, la eritropoiesi, la regolazione dei volumi liquidi, il riassorbimento selettivo di numerosissimi prodotti organici ormonali ed altri, che non possono essere influenzate e sostituite dal rene artificiale.

Può essere ragionevole, dice Hamburger, di pensare che si giungerà a rimpiazzare un cuore insufficiente molto prima di saper rimpiazzare un rene distrutto, perché gli effetti meccanici del cuore sono in definitiva molto più semplici delle responsabilità metaboliche del rene.

Questa situazione si è fatta ormai strada tra i nefrologi, e da una fase critica e polemica si è passati ad un atteggiamento di collaborazione. Il Fieschi, patologo medico di Genova, auspica infatti la costituzione di gruppi di lavoro insieme con chirurgi, e Monasterio, mi pare di capire, sembra aver ormai abbandonato la primitiva posizione che era decisamente avversa ai trapianti.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. È vero o no?

MONASTERIO. I colleghi esprimeranno il pensiero del mio gruppo.

CORTESE, *Relatore*. Il Monasterio due anni fa ha pubblicato un editoriale sul *Minerva medica* nel quale respingeva in modo assoluto che si potesse parlare di trapianto; ora la sua posizione è diventata più conciliativa. È da ricordare, del resto, che l'Hamburger non è un chirurgo, è il direttore della clinica di metabolismo all'ospedale Necker di Parigi: non è lui che fa il trapianto, lui lo propone e si serve di chirurgi di grande valore per l'operazione.

In diverse università degli Stati Uniti si stanno organizzando centri associati per la dialisi e i trapianti. Infatti, la maggior parte dei malati tenuti in vita con la dialisi cronica presenta dopo alcuni anni di trattamento, tali complicazioni di ordine medico psicologico, economico ed etico-sociale, da rendere indispensabile un trapianto renale.

Lo stesso Scribner, il pioniere e propugnatore più autorevole della emodialisi cronica sta creando una *Transplant clinic* accanto al suo centro emodialitico, che è il più grande del mondo con 36 reni artificiali, ed ha chiamato a dirigerla l'aiuto del dottor Starzl, il dottor Macchioro, uno studioso e chirurgo molto noto per le ricerche sui trapiani da vivente. Un paziente di Scribner, operato da Murray, Boston (USA), dopo un anno di emodialisi notò che la presenza di un rene ben efficiente gli procurava un incomparabile senso di benessere, egli si sentiva di nuovo *clean*, pulito, schietto o, se vogliamo ,purificato. E questo conferma che la dialisi cronica non agisce su tutte le funzioni renali. Il paziente, in seguito al trapianto, osserva Murray, diventa più sveglio, ha più vigore ed è infine libero dal cordone ombellicale che lo lega indefinitivamente (cioè fino alla morte) alla macchina, due volte alla settimana, per 8-12 ore ogni volta.

È indiscutibile dunque che quando un trapianto renale funziona in modo sodisfacente esso offre all'ammalato un *comfort* di sopravvivenza assai migliore della emodialisi cronica; ma i due metodi non sono in contrasto, essi si completano a vicenda, e la loro associazione, anche se i trapianti si svilupperanno con risultati favorevoli crescenti, è indispensabile; l'emodialisi sarà sempre necessaria sia per preparare il trapianto quando l'ammalato ha raggiunto uno stato troppo grave, sia per riprendere eventualmente il paziente quando il trapianto è rigettato, sia per superare il periodo anurico assai frequentemente notato nel trapianto da cadavere.

Per quanto riguarda il terzo punto prospettato da monsignor Sabattani, che, cioè si tratti di soccorrere ad una necessità fisica esterna del prossimo, non pare che una condizione senza alternativa e senza speranza quale è quella presentata dalla insufficienza renale cronica terminale possa non indicarsi per tale.

Non credo che su questo punto possa nascere un disagio morale che debba turbare la serenità del nostro giudizio e della nostra coscienza.

Quanto al punto quarto, cioè se si può dare una solida probabilità di riuscita, sembra ormai abbastanza evidente che si possa rispondere, sia pure con la necessaria cautela suggerita dalla onesta valutazione dei dati finora raccolti, che non solo la probabilità di riuscita esiste ed è solida, ma che esistono le premesse sicure che questa probabilità aumenti in conseguenza della rapida acquisizione di nuove conoscenze.

Mettere in dubbio la legittimità del dono di un organo necessario alla vita di un altro essere umano, afferma Constant Bouchard, professore di teologia al Seminario di San Sulpicio, può sembrare paradossale ed anche scandaloso a chi professa una morale militante e più ancora dalla parte di chi aderisce all'Evangelo; non è forse una forma eminente di carità questo atto con cui non si dona soltanto ciò che si possiede, ma qualche cosa di se stessi? È vero che agli occhi della Chiesa cattolica, se ci si attiene alla lettera dei principi un'amputazione non può essere effettuata se non per il bene della persona che la subisce, perché l'uomo non è il proprietario del suo corpo. Ne ha solo l'usufrutto. Non può dunque toglierne parte nemmeno per donarla. Ma questa è evidentemente la condanna di una mutilazione inutile; quando però essa si trasforma in un dono per salvare la vita altrui, è moralmente lecita. Ecco allora le condizioni necessarie secondo il Bouchard: 1) il dono deve promuovere la vita umana. Correre un rischio sproporzionato in relazione al bene sperato sarebbe forse generosità; almeno il responsabile del trapianto deve assicurare la razionalità dell'impresa: ciò suppone che il rischio cui si espone il donatore sia debole nei confronti della speranza di sopravvivenza del ricevente; 2) l'atto del donatore deve conservare il carattere di un dono di amore. Deve essere libero, compiuto con cognizione di causa, motivato da un vero amore personale.

All'ospedale Necker l'*équipe* si attiene al seguente principio: « solo può essere ritenuto... un donatore volontario, spontaneo, ragionevole, equilibrato e sano, completamente informato dei rischi che corre e delle incertezze del trapianto, infine scelto tra i parenti del ricevitore ».

Strettamente connesso al problema morale e parte integrante di esso è quello giuridico. La chirurgia dei trapianti pone il medico di fronte ad una duplice responsabilità: quella di curare l'ammalato, che nel nostro caso è il ricevente e quello di asportare l'organo da trapiantare ad una persona sana, il donatore. Ora se nei riguardi del ricevente il suo atto è pienamente regolato dalle norme di diritto che disciplinano l'esercizio corrente della medicina, non altrettanto può dirsi dell'operazione, per altro mutilante, praticata sul donatore. È a questo punto che il medico si domanda ansiosamente quali sono le regole imposte dalla società in tali situazioni: egli sa che il suo dovere è di curare impiegando tutti i mezzi che la scienza mette a sua disposizione, ma sa anche che, nell'adempimento di questo suo compito, trattandosi di trapianti, egli esce dai limiti delle norme abituali della sua professione e teme di essere condannato per aver voluto salvare. Pertanto egli chiede che la sua passione di salvare e di curare gli ammalati che a lui si affidano trovi la sicurezza in norme giuridiche precise, il cui rispetto lo metta al riparo di ogni azione penale.

Allo stato attuale il nostro diritto positivo non solo non contiene norme giuridiche concepite in funzione dei problemi nuovi creati dai trapianti di organo, ma al contrario condanna decisamente l'atto del prelievo secondo determinate condizioni che presto esamineremo. Si tratta, è vero, di problemi nuovi che appena 10 anni orsono non si ponevano, ed era allora possibile affermare che l'omotrapianto vero, e *a fortiori* l'eterotrampianto, è allo stato attuale delle cose una impossibilità biologica assoluta anche per i più prossimi parenti dell'ammalato, ad eccezione del solo caso, felice ma eccezionale, di un gemello omozigota.

Ma ora questi limiti della scienza e dell'arte medica sono stati largamente superati ed in tutto il mondo si praticano trapianti con un ritmo tale che, in meno di un anno, i casi operati fino al marzo 1965 si sono raddoppiati, con una sopravvivenza che nei casi più favorevoli ha superato i 4-5 anni, con prospettive sempre più favorevoli di risultati pienamente sodisfacenti.

Si operano trapianti a Parigi (Hamberger e Kuss) a Lione (Traeger) a Londra (Shackmann), Leeds (Parson), Edimburgo (Woodruff), Cambridge (Calne), a Berlino (Brosig), a Bruxelles (Govaerts) a Lovanio (Alexandre), a Leyden, a Varsavia, a Mosca (Petrowski e Pirogoff) nella Repubblica giorgiana (Gzirishvili) a Tel Hashorner in Israele, a Madrid (Clinica della Conception), a Stoccolma

(Giertz), a Zurigo (Senning), nella Nuova Zelanda, nell'Australia a Melbourne (Kincaid e Smith) e a Woodville (Kneigt), a London nell'Ontario (Reese) e a Montreal (Dossetor) a Tokio alla scuola di medicina dell'università.

Negli Stati Uniti si contano per ora 25 centri per trapianti noti in tutto il mondo.

È evidente che in tutti i paesi citati non esiste un serio ostacolo di ordine giuridico all'attuazione della chirurgia dei trapianti con il prelievo da vivente, mentre da noi l'impedimento è perentorio in base all'articolo 5 del Codice civile, per il quale « 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 ed al buon costume ».

Ciò vuol dire che un individuo sano, il datore, non può cedere un organo del suo corpo se in seguito a questa operazione ricorrono circostanze tali da diminuirne permanentemente l'integrità fisica, da costituire atti contrari alla legge, all'ordine pubblico ed al buon costume. In tal caso anche il suo consenso è nullo poiché esso è subordinato, dall'articolo 50 del Codice penale a due condizioni: che il consenso si riferisca a un diritto e che di questo diritto si possa validamente disporre. Ora è evidente che nella fattispecie bisognerebbe accertare che questa disponibilità risulti possibile in base al dettato dell'articolo 5. Invero si potrebbe dimostrare che la cessione di un rene ad un'altra persona che ne ha bisogno non impedisce all'individuo cedente il compimento dei doveri impostigli dagli ordinamenti politici e giuridici. Egli può sottostare agli obblighi delle pubbliche prestazioni, può crearsi famiglia sana e numerosa, secondo gli interessi dello Stato; può esercitare i suoi doveri civili in rapporto al nucleo familiare ed infine non viola la legge morale poiché questa legge consente il sacrificio del corpo per l'utilità di un bene superiore di quello perduto. Ma occorre bene riconoscere che tutte queste dimostrazioni non basterebbero a riparare il terreno dei trapianti dalla minaccia di tempeste giudiziarie nel momento in cui non sarebbero più giustificabili di fronte al progresso scientifico ed alla evoluzione sociologica.

« Se vi è una classe di scienziati che oppone al progresso delle idee una tenace resistenza, questa è la classe dei giuristi. Ma questo loro modo di essere ha le sue profonde ragioni, cioè la sua necessità, nella funzione stessa del diritto ». Così si esprimeva il Carnelutti allorché si discuteva ancora, appena 30 anni orsono, sulla liceità della trasfusione di sangue.

GALLUZZI. Poi però cambiò completamente parere.

CORTESE, *Relatore*. Più esplicitamente il professore Savatier esprime press'a poco lo stesso concetto a proposito dei trapianti di organo: « Non bisogna rimproverare al diritto di essere sempre in ritardo sulle evoluzioni tecniche e sociologiche. Ciò è conforme alla sua natura. La regola del diritto esprime una reazione della coscienza sociale di fronte ai dati di fatto che esistevano al momento della sua elaborazione. Quando questi dati si sono evoluti e soprattutto quando le innovazioni sono troppo recenti per essere chiaramente percepite dalla coscienza sociale e per aver sollevato un contenzioso giudiziario, la regola del diritto non si adatta immediatamente alla situazione nuova. Spetta allora ai giuristi di costruire, a partire da testi sovente superati, ma in funzione di principî generali del sistema giuridico, il diritto applicabile alle relazioni umane di un tipo nuovo dinanzi alle quali essi si trovano ».

Ora non vi è dubbio che ci troviamo di fronte ad un tipo nuovo di relazioni umane e che necessita costruire la norma giuridica adeguata alla realtà di un progresso che in pochi ani ha sconvolto le basi tradizionali dei rapporti tra i medici, gli ammalati e le persone capaci di venire in aiuto di questi ultimi. Si tratta di una situazione che pone il medico di fronte a nuove responsabilità, per cui il diritto positivo può ritenerlo colpevole di lesione personale nei confronti del donatore, in base agli articoli 582 e 583 del Codice penale. È per questi motivi che il medico chiede ansiosamente di non essere paralizzato nei suoi sforzi, per il timore di essere condannato, nel tentativo di salvare la vita del suo paziente. È una preoccupazione legittima che pesa però anche sulla vita di ammalati altrimenti votati alla fine, sull'angoscia delle famiglie che non saprebbero rassegnarsi alla perdita di un caro senza aver sperimentato tutte le risorse della scienza, sul progresso della scienza stessa nel nostro paese ed infine sul prestigio della medicina italiana e dei suoi insigni cultori, della cui attività ho qui allegato che vi posso mostrare.

Onorevoli colleghi, temo, anzi sono certo, di avervi annoiato; eppure ho cercato di portare a vostra conoscenza soltanto alcune notizie che ritengo utili ai fini di formulare un giudizio sulla legge che è sottoposta al vostro esame.

Il disegno di legge consta di 8 articoli e risponde al concetto di limitare la deroga all'articolo 5 del Codice civile ai genitori, ai figli, ai fratelli germani e non germani del paziente che siano maggiorenni sani psichicamente, consapevoli dei limiti della terapia del trapianto e delle conseguenze del loro sacrificio. L'atto di donazione deve essere gratuito e disinteressato, accompagnato da un giudizio tecnico favorevole al trapianto e revocabile sino al momento dell'intervento chirurgico. Tale atto di disposizione e destinazione del rene in favore di un determinato paziente è ricevuto dal pretore del luogo in cui risiede il donatore o ha sede l'istituto autorizzato al trapianto. Il pretore stesso dà il nulla osta all'esecuzione del trapianto.

Con l'articolo 3 si stabilisce la necessità di eseguire il prelievo e il trapianto in appositi centri per il trapianto d'organo, in istituti universitari e in ospedali ritenuti idonei anche per la ricerca scientifica. L'idoneità del donatore viene stabilita da un collegio medico riunito dal direttore che intende fare il trapianto con la partecipazione del medico di fiducia del donatore: si redige il verbale della riunione attestante l'idoneità del donatore anche sotto l'aspetto della istocompatibilità, nonché della indicazione clinica al trapianto nel paziente. Si esige il consenso di quest'ultimo. Nell'articolo 5 il donatore è ammesso a godere dei benefici previsti dalle leggi vigenti per i lavoratori autonomi o subordinati in istato di malattia ed è assicurato contro i rischi immediati e futuri inerenti all'intervento operatorio e alla menomazione subita. Qualsiasi pattuizione in contrario è nulla. La mediazione è punita (articolo 7). Il regolamento di esecuzione della legge sarà emanato entro sei mesi dalla sua entrata in vigore dal ministro della sanità, di concerto con il ministro del lavoro e della previdenza sociale.

Questo in breve il contenuto del disegno di legge, che attende da voi, onorevoli colleghi, il contributo di competenza che vi è propria; a me pare che esso rispecchi nel modo migliore e nella misura più completa i principî etici che il problema del trapianto renale da vivente pone alla nostra coscienza di legislatori. Prima ancora della garanzia offerta al medico, che si assume una sì grande responsabilità morale, la legge garantisce sotto tutti gli aspetti la personalità umana del donatore, che vuole spontaneo e disinteressato, libero fino all'ultimo momento di disporre della sua volontà, psicologicamente equilibrato ed immune da complessi emotivi che possano influenzare la decisione; vuole la legge che tutti i mezzi a disposizione della diagnostica medica siano adoperati nell'interesse del donatore affinché il suo generoso sacrificio trovi la massima ricompensa morale nel beneficio arrecato al paziente e perciò, fra l'altro, esige, giustamente, che siano praticate anche le prove di istocompatibilità; affida opportunamente a un collegio medico, e non al solo chirurgo operatore, il compito di valutare la idoneità del donatore e la indicazione clinica al trapianto, chiamandovi a far parte il medico di fiducia del donatore stesso. La partecipazione di quest'ultimo alla redazione del verbale conclusivo non può non essere giudicata assai opportuna in quanto egli conferisce al collegio medico un senso di umanità che si identifica spiritualmente, per la consuetudine di una relazione di fiducia, con la persona stessa che egli rappresenta. Esige, la legge, che il medico provinciale, in possesso del verbale conclusivo con un giudizio tecnico favorevole, lo trasmetta al pretore non prima però di aver accertato che il prelievo e il trapianto del rene vengano effettuati in centri, istituti e ospedali autorizzati dal ministro della sanità, sentito il parere del Consiglio superiore di sanità, e per gli istituti universitari anche il parere della I sezione del Consiglio superiore della pubblica istruzione; ammette il donatore a godere dei benefici previsti dalle leggi vigenti per i lavoratori autonomi o subordinati in stato di infermità e lo assicura contro i rischi immediati e futuri inerenti all'atto operativo e alla menomazione subita; respinge qualsiasi pattuizione e punisce ogni mediazione.

Io mi auguro che tutti questi elementi, contenuti nella legge, trovino in voi il convincimento che ne ha tratto il vostro relatore: che cioè essa risponda al momento alle prime esigenze che il problema del trapianto di rene ha posto anche al nostro paese; mentre noi discutiamo probabilmente la cifra dei casi operati nel mondo non è più calcolabile con esattezza: 1.150 trapianti erano noti al principio di quest'anno, ma il ritmo degli interventi si è accelerato considerevolmente e le notizie che si riesce a raccogliere non possono più essere complete; d'altra parte i contributi sperimentali e le osservazioni cliniche sparse nelle riviste mondiali costituiscono una così imponente letteratura che nessuno può ormai illudersi di poter conoscere appieno tutto ciò che si fa e si scrive intorno ai trapianti di rene. In questa imponente letteratura l'Italia, pur comparendo con grande onore e grande prestigio per la produzione sperimentale, risulta ancora assente o quasi

sul piano applicativo. È convincimento del vostro relatore che essa, con la nuova norma che approveremo, sarà con i suoi uomini migliori all'altezza, come sempre, delle più recenti manifestazioni del progresso medico.

PRESIDENTE. Ringrazio anzitutto l'onorevole Cortese per l'originale, completa e interessante relazione svolta, nella quale ha portato materiale di cui io stesso ero all'oscuro.

Vorrei rivolgere a questo punto qualche preghiera agli onorevoli colleghi. La materia è appassionante, ma vorrei pregare la loro cortesia di volere, nella discussione, limitare il più possibile argomenti strettamente di natura tecnica. Bisogna ricordare anzitutto che non tutti i colleghi della Commissione sono medici, e poi che siamo in sede parlamentare e non in sede di congresso scientifico, e perciò dobbiamo guardare sopratutto agli aspetti sociali e politici del problema.

Vorrei inoltre pregare gli onorevoli colleghi di essere brevi, perché desidererei che non avvenisse alla Camera quanto è avvenuto al Senato, dove la discussione si è trascinata per un anno intero. Abbiamo ascoltato dall'onorevole relatore che ogni giorno di ritardo nell'approvazione di questa legge fa diminuire la possibilità di vita per un certo numero di pazienti.

Vorrei augurarmi che, anche se vi sono osservazioni da fare di diversa natura, soprattutto giuridica, per alcune improprietà ed inesattezze di linguaggio, il disegno di legge non sia modificato, in modo che, dopo una sollecita approvazione e la pubblicazione sulla *Gazzetta ufficiale*, la legge possa entrare in vigore con la maggiore tempestività. Naturalmente, il mio è soltanto un auspicio, in quanto non intendo assolutamente menomare la libertà di giudizio e di discussione dell'organo deliberante.

LATTANZIO. Vorrei chiedere all'onorevole Presidente, poiché penso che ora la seduta sarà aggiornata, se non ritiene di provvedere subito alla stampa della relazione dell'onorevole Cortese, in modo che noi possiamo avere a disposizione non soltanto il sommario, ma il testo integrale.

PRESIDENTE. La stessa preghiera mi era stata rivolta dall'onorevole Monasterio, a nome dei colleghi comunisti, i quali si sono dovuti allontanare avendo in corso una riunione di gruppo. Ho già dato disposizione perché la relazione dell'onorevole Cortese sia al più presto stampata e distribuita ai colleghi.

ROMANO. Se vogliamo discutere questo provvedimento, come credo, la prossima settimana, pregherei l'onorevole Presidente di farci pervenire la bozza di stampa della relazione entro uno o due giorni, nel caso spedendola ai nostri indirizzi privati.

PRESIDENTE. Le do assicurazioni in merito.

D'ANTONIO. Riservandomi di intervenire nella discussione del provvedimento, vorrei fare un rilievo sul quale non so se saranno d'accordo l'onorevole relatore e l'onorevole ministro.

Vorrei osservare che la dizione « Trapianto del rene tra persone viventi » non la ritengo la migliore. È chiaro che il trapianto non può avvenire fra morti e quindi si è voluto distinguere che il trapianto avviene tra vivente e vivente. Io proporrei di dire semplicemente: « Trapianto renale ».

PRESIDENTE. Onorevole D'Antonio, in questo momento stiamo discutendo sul rinvio della discussione.

CAPUA. Se siamo d'accordo che la relazione sarà distribuita ai componenti della Commissione, non entriamo nel merito della discussione.

Desidero soltanto, per atto di lealtà verso il collega relatore, associarmi nella maniera più ampia alle congratulazioni che il Presidente ha espresso all'onorevole Cortese, che ha svolto una relazione veramente pregevole, da considerare una vera e propria monografia. A nome del mio gruppo esprimo i sensi della nostra stima e del nostro apprezzamento.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Ringrazio l'onorevole relatore per l'ampia disamina attraverso la dotta relazione, pari a quella che è stata svolta al Senato.

CAPUA. Noi presumiamo che quella presentata oggi alla nostra Commissione è superiore.

LATTANZIO. Non dimentichiamo che il ministro è senatore.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Detto questo, vorrei pregare di sollecitare la discussione del disegno di legge riguardante gli ottici e gli odontotecnici.

CAPUA. Siamo d'accordo.

Per evitare la prossima volta una discussione, vorrei domandare all'onorevole ministro da chi è coperto l'onere finanziario previsto dall'articolo 5 del disegno di legge.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Dagli enti mutualistici.

CAPUA. Se è mutato. E se non lo è?

PRESIDENTE. È materia di regolamento.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Il donatore che riceve una menomazione o per lo meno una diminuzione della capacità lavorativa gode dei benefici previsti dalla legge vigente.

CAPUA. Lo si dichiara invalido civile?

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Una recente disposizione di legge prevede che coloro che hanno una invalidità devono ricevere un corrispettivo. I donatori si faranno rientrare in questa categoria.

PRESIDENTE. Il seguito della discussione del disegno di legge, sul quale dichiaro aperta la discussione generale, è rinviato alla prossima seduta.

La seduta termina alle 11,45.

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Dott. ANTONIO MACCANICO

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO