COMMISSIONE XIV

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

LXVIII.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 20 APRILE 1967

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **DE MARIA**

INDICE

PAG.

Disegno di legge (*Seguito della discussione e rinvio*):

Trapianto del rene tra persone viventi (*Approvato dal Senato*) (3694) 749

PRESIDENTE 749, 756
BARBA 754
CORTESE, *Relatore* 751
ROMANO 749, 751

Disegno di legge (*Discussione e approvazione*):

Modificazioni alla legge 9 febbraio 1963, n. 132, istitutiva di un collegio di revisori dei conti presso l'ONMI (*Approvato dalla XI Commissione permanente del Senato*) (3860) 756

PRESIDENTE 756, 757
BARBERI 756
VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 757

Proposta di legge (*Discussione e approvazione*):

MANCINI ANTONIO: Istituzione in Pescara di un Istituto sperimentale per l'igiene ed il controllo veterinario della pesca (*Modificata dalla XI Commissione permanente del Senato*) (869-*B*) 757

PRESIDENTE 757, 758
CORTESE, *Relatore* 758
VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 758

Votazione segreta:

PRESIDENTE 758

La seduta comincia alle 9,50.

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

(*È approvato*).

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

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge: « Trapianto del rene tra persone viventi », già approvato dal Senato.

Come gli onorevoli colleghi ricorderanno, nella precedente seduta è stata svolta la relazione.

Dichiaro aperta la discussione generale.

ROMANO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, desidero brevemente ricordare che questo disegno di legge, approvato dal Senato il 21 dicembre 1966, era stato presentato dal ministro Mariotti a quella Camera fin dal 15 luglio 1965. Circa 18 mesi ha impiegato il Senato per approvarlo; altri 4 mesi sono passati da allora fino ad oggi, cioè fino al momento in cui noi lo abbiamo preso in esame.

Questo lungo *iter* del provvedimento sta a significare evidentemente che si tratta di problema che ha aspetti complessi sotto il profilo tecnico-biologico, sotto il profilo morale e sotto quello giuridico; ma sta anche a significare che questo problema giunge a noi sufficientemente approfondito, esaminato in tutti questi aspetti, sviscerato e corredato da

pregevolissime relazioni fatte al Senato dal senatore Samek Lodivici e qui dal collega Cortese, nonché da un patrimonio di interventi e di contributi che costituiscono oggi per noi — diciamolo con tutta franchezza — una rilevante agevolazione perché ci permettono di poter arrivare a delle conclusioni, non facendo trascorrere mesi, ma, mi auguro, rapidamente.

L'approvazione del Senato è sopraggiunta dopo quasi 18 mesi, durante i quali questo provvedimento è rimasto in discussione in quella Camera, e con una posizione differenziata dello stesso relatore, il quale in un primo tempo espresse delle riserve in ordine alla opportunità di approvare il disegno di legge, ritenendo che fosse prematuro esprimere un consenso legislativo al trapianto del rene da vivente, mentre nella seduta del 30 marzo 166 alla Commissione igiene e sanità del Senato egli propose, in seguito a varie considerazioni (tra cui le comunicazioni nel frattempo intervenute del VII Congresso internazionale svoltosi a New York sul trapianto del rene, circa il perfezionamento dei metodi biologici per la determinazione della incompatibilità mediante ricerche sugli antigeni leucocitari), di accogliere il principio della donazione del rene da vivente, limitando la deroga all'articolo 5 del codice civile solamente al trapianto tra stretti consaguinei.

Questo travaglio rispettabilissimo del relatore al Senato sta un po' anche a significare, a mio avviso, l'evoluzione che in questi due anni in cui si è discusso il problema ha subito la materia di cui ci si sta occupando in tutto il mondo.

In realtà la remora fondamentale (penso di interpretare il motivo che ha indotto Samek Lodovici a questa rimeditazione del suo pensiero) che gli si presentò all'inizio era l'aspetto morale del problema. Cioè il quesito era se fosse lecito, in sostanza, di fronte ad una tecnica che oggi, all'inizio di questa discussione, sembra aprire buone prospettive, ma che ancora due anni fa era contrastata in un certo senso negli effetti positivi dalla tecnica in atto della dialisi, autorizzare (cosa che dal punto di vista del problema di coscienza sembrava prematuro) legislativamente una grave mutilazione in un vivente, sia pure generosamente offerta, se non vi fossero sufficienti garanzie che questo sacrificio e questa mutilazione potessero essere rivolti ad un fine utile per colui che ne era il destinatario.

Evidentemente in questi due anni il progresso scientifico ha dimostrato, attraverso ricerche, studi, documentazioni, statistiche, congressi (come diceva giustamente il collega Cortese, è difficile seguire ormai nel suo complesso l'intera materia, ma è preferibile rivolgersi alle indagini ed agli studi che ciascun centro e ciascuna scuola sta svolgendo in tutto il mondo in questo campo) che gli studi sono rivolti ad aprire prospettive sempre più sicure di sopravvivenza del trapianto (per ora limitate al prolungamento del tempo di attecchimento). Tutto questo ci fa esaminare oggi la situazione sotto una luce diversa rispetto a quella in cui il problema veniva esaminato 18 mesi fa al Senato, e molto vicina a quella che ha suggerito le riconsiderazioni fatte (è una mia opinione, ma penso di interpretare questo problema di coscienza correttamente) dal relatore Samek Lodovici. Infatti l'evoluzione della materia in questo9 periodo ha indotto lo stesso relatore Samek Lodovici a rivedere le sue opinioni sull'argomento e permettere altresì di presentare il problema al nostro esame sufficientemente maturato per scavalcare di slancio, direi, quelle che sono state viceversa le preoccupazioni che i nostri colleghi del Senato, nella prima fase dell'*iter* di questo provvedimento, si sono trovati a dover affrontare.

Bisogna qui (mi sia consentito aprire una parentesi) dare atto al ministro della sanità di aver presentato, certo meditatamente (infatti, fu sua cura sottoporlo preventivamente al Consiglio superiore della sanità, che nella seduta del 14 maggio 1965 espresse il suo parere favorevole), ma anche coraggiosamente, questo disegno di legge all'esame del Parlamento. Vale anche la pena di sottolineare che il Consiglio superiore della sanità, nel corso del suo esame preventivo, compì un notevole passo avanti rispetto alla situazione allora esistente, perché nel suo voto ritenne che il consenso legislativo si dovesse estendere non soltanto al trapianto del rene, ma anche a quello degli altri organi trapiantabili, tenendo proprio presente il dinamismo del progresso tecnico e scientifico che nel frattempo si andava affermando e che in questi due anni ha conseguito notevoli progressi.

È una soddisfazione per noi esprimere questa gratitudine al ministro della sanità per un coraggioso provvedimento, che si attesta su frontiere nuove della tecnica medica e chirurgica (e gli anni che verranno diranno quanta importanza esso potrà assumere) e ci consente oggi di adeguare la nostra legislazione a quella già esistente in altri paesi, come gli Stati Uniti d'America, l'Unione Sovietica, la Gran Bretagna e la

maggior parte dei paesi europei, i quali già da tempo hanno sperimentato questa tecnica (sappiamo, infatti, che la tecnica del trapianto renale è iniziata da circa dieci anni, con risultati in verità, all'inizio, assolutamente scoraggianti), non esistendo in più paesi alcun divieto di carattere legislativo. Soltanto in Francia pare che esista un simile divieto, ma anche là vi sono centri che ufficialmente praticano la tecnica del trapianto renale.

Con questa iniziativa del ministro della sanità, quindi, noi adeguiamo la nostra legislazione a quella dei paesi che, in questo campo, sono più avanti di noi. Facendo oggi il punto della situazione, dobbiamo dire che indubbiamente questo disegno di legge può prestarsi ad osservazioni particolari e anche alla tentazione di proporre emendamenti. Io stesso ne parlavo ieri sera con l'onorevole Cortese, per esempio per quanto concerne la parte assicurativa, sia nei confronti dei rischi cui vanno incontro, anche se in misura modesta, i donatori, sia nei confronti dei soggetti passivi del trapianto.

Già al Senato è stato rilevato che bisognava essere un po' più espliciti in questa materia ed è stato votato un ordine del giorno, accettato dal Governo.

Su questo, come su altri punti del disegno di legge, potrebbe dunque venire la tentazione di proporre emendamenti, nel nobile sforzo di migliorare questo provvedimento legislativo. Devo però ricordare che nei 21 mesi che sono trascorsi da quando il Senato ne iniziò l'esame e nei 24 mesi trascorsi da quando il Consiglio superiore della sanità espresse il proprio voto favorevole sullo schema di disegno di legge presentato dal ministro della sanità, nel nostro paese sono purtroppo decedute alcune migliaia di persone per insufficienza renale. Se le statistiche sono attendibili, si tratta di oltre 4 mila persone all'anno decedute appunto per questa grave malattia.

CORTESE, *Relatore*. In realtà sono 7 mila.

ROMANO BRUNO. Questo fatto deve preoccuparci anche sotto il profilo morale, considerando che nel frattempo si continua a discutere di abrogare il divieto che l'articolo 5 del codice penale pone ai nostri studiosi e ai nostri ricercatori al fine di operare un trapianto renale tra viventi.

Il presidente della nostra Commissione, a conclusione della relazione fatta dall'onorevole Cortese nel corso della precedente seduta, ha invitato tutti noi (mi pare di avere avvertito appunto questa sua ansia) a tenere conto di questa situazione, in modo che non si debba ripetere quanto afferma un vecchio e trito proverbio, che mentre il medico studia, l'ammalato muore!

Ho voluto dunque fare questa premessa in ordine a valutazioni sui tempi dell'*iter* parlamentare, rilevando anche che in questi due anni in cui il problema è stato agitato nel paese grandi progressi tecnici sono stati conseguiti (per cui oggi siamo in condizione di servirci di studi e valutazioni che i nostri colleghi del Senato non hanno avuto a suo tempo a disposizione), per arrivare alla conclusione che questa discussione dovrebbe essere rapidamente conclusa, anche perché le lacune di questo disegno di legge non mi sembrano eccessive. Sarà sempre possibile, in ogni caso, per certi aspetti attraverso il regolamento di esecuzione, e per altri attraverso la normale attività legislativa, correggere o integrare particolari aspetti della legge. In fondo, nessuna legge è perfetta, e la verifica della sua validità scaturisce da un lungo periodo di esperienza.

Non penso, però, che si debba indugiare oltre i limiti di una doverosa e ragionevole discussione nell'approvare questo provvedimento. Nè, ripeto, indulgere al desiderio, pur legittimo, di apportare, attraverso emendamenti, modifiche che possano essere ritenute utili, ma che non sembrano di importanza sostanziale in questo momento. Modifiche che potrebbero far perdere altro tempo prezioso, richiedendo il riesame del provvedimento da parte del Senato, con la conseguenza di correre il rischio che nel frattempo altre persone rimangano vittime di ritardi che noi tutti certamente, in coscienza, non intendiamo provocare.

Darò l'esempio limitando questa mia esposizione, anche perché non mi sembra il caso di indugiare sugli aspetti tecnico-scientifici, che sono stati così egregiamente esposti e nella relazione al Senato e in quella alla Camera. Vi sono tuttavia alcuni punti che dobbiamo enucleare da tutto il contesto del discorso, per dare assicurazione a noi stessi, per convincerci cioè che siamo giunti ad una fase in cui possiamo, in serena coscienza, deliberare in questa materia.

Il primo punto che, a mio avviso, merita un'attenzione particolare è questo: non esistono, in pratica, altre possibilità di assicurare, per un tempo che ci auguriamo possa divenire illimitato, la sopravvivenza ad ammalati affetti da insufficienza cronica bilaterale dei reni, se non attraverso la prospettiva di fornire ad essi un altro organo funzio-

nante. Ciò è legato alla fiducia che, attraverso il progressivo perfezionamento della tecnica e dei mezzi biologici che coadiuvano la tecnica del trapianto, possa gradualmente prolungarsi il tempo di sopravvivenza (che attualmente, secondo le ultime statistiche e anche secondo i dati forniti dal relatore, si aggira intorno ai 4-5 anni) dei malati affetti da insufficienza renale irreversibile.

Con i sistemi di emodialisi, in pratica da molto tempo, si riesce ugualmente a prolungare la vita di questi ammalati.

Il relatore espose qui la volta scorsa quali sono le pesanti ipoteche di questo metodo; va praticato due volte la settimana, indefinitamente. E non è che con questo si riesca a prolungare la vita di questi pazienti oltre un certo limite di tempo, che in questo momento si può già giudicare inferiore ai risultati raggiunti (4 o 5 anni) con il trapianto di rene da vivo.

È un metodo prezioso quello dell'emodialisi. L'emodialisi, come la dialisi peritoneale, nei pazienti affetti da uremia acuta per lesione non irreversibile dei reni, ha salvato e salva numerose vite, ed indubbiamente si è rivelata un sussidio prezioso per superare una fase di avvelenamento, di insufficienza renale acuta provvisoriamente instauratesi, ma che non provoca evidentemente lesioni renali definitive.

L'emodialisi in soggetti affetti da uremia cronica da insufficienza renale bilaterale con lesioni irreversibili è un metodo che deve considerarsi validissimo per prolungare la vita degli infermi: ma sempre in misura minore (giustamente è stato rilevato che non tutte le funzioni renali possono essere sopperite dall'emodialisi). È una specie di tenda ad ossigeno renale.

Su questo punto mi pare che la discussione debba arrivare a provocare un grado di certezza nell'animo dei commissari. Perché questa è appunto la contrapposizione che si opera da parte di coloro i quali, nella massima buona fede e nel massimo rispetto da parte nostra per i loro problemi, ritengono ancora più valida l'emodialisi che non il trapianto renale da vivente. Sono metodi, comunque, che si integrano validamente e perfettamente, essendo impossibile concepire di operare il trapianto del rene da vivente con un infermo che non sia adeguatamente e lungamente sottoposto a depurazione attraverso emodialisi. Non è possibile, infatti operare di trapianto renale un individuo il quale abbia già nel suo organismo lesioni irreversibili provocate nel cuore, nel fegato, nel cervello, nei vasi, da uno stato di uremia cronica che non sia stata invece nel frattempo combattuto ed arginato. L'emodialisi è poi sussidio indispensabile nella fase immediatamente post-operatoria, ed ancora in una fase successiva, per aiutare il trapianto ad attecchire nel momento in cui la lotta dell'organismo tende ad esprimersi con una intensa reazione di rigetto; per aiutare in sostanza l'ammalato a superare la fase più delicata che segue all'intervento.

Quindi noi non dobbiamo pensare che si possano mettere oggi sullo stesso piano l'emodialisi e il trapianto del rene da vivo. I due metodi esprimono curve diverse, l'una assestatasi ad uno *standard* che conosciamo esattamente, l'altra in ascesa. Giorno per giorno, a mano a mano che nel mondo si moltiplica il numero degli interventi di trapianto del rene, a mano a mano che si estendono le ricerche, a mano a mano che aumentano i centri specializzati in questo settore, il trapianto renale, in felice sintesi con l'emodialisi, va assumendo sempre maggiore importanza in prospettiva.

Se a questo quesito si può, io ritengo, con tranquillità dare oggi una risposta positiva, vediamo un poco quali altri quesiti possono esserci sottoposti. Uno, importante, circa la scelta del donatore, intendendosi per donatore il soggetto al quale si preleva il rene: primate superiore, cadavere, vivente? Prima di autorizzare una mutilazione così importante in un vivo, non è proprio possibile che si attenda che i trapianti da cadavere o i trapianti da scimpanzé (visto che il babbuino ha dato risultati totalmente negativi) vadano avanti, cioè che le tecniche si affinino? È probabile – poiché non possiamo certamente escludere queste possibilità – che negli anni avvenire si possa affinare la tecnica del trapianto da cadavere, mentre io non credo di poter riporre eccessive speranze in quello che possa essere viceversa il destino del prelievo di organi da primati superiori.

È evidente che se le premesse biologiche del trapianto del rene (trapianto tra consanguinei, con il grado di massimo favore per i gemelli omozigoti od unicoriali; trapianto tra soggetti non consonguinei, con un grado di compatibilità che varia nelle statistiche delle diverse scuole in modo sensibilissimo a mano a mano che si scende lungo la scala biologica: gemelli, consanguinei, estranei, a seconda delle reazioni tissurali e dello stato più o meno marcato di compatibilità o di incompatibilità esistente tra donatore e rice-

vente) hanno la loro validità, come effettivamente l'hanno, non dobbiamo riporre eccessive speranze nel trapianto prelevato da primati superiori. Infatti queste scimmie, per quanto abbastanza simili a noi, evidentemente sono ancora piuttosto lontani nella scala biologica. Ripeto, nella scienza, nel progresso della tecnica, non c'è mai da porre la parola fine ad una ricerca. Sappiamo anche di esperimenti, che hanno destato l'interesse scientifico e la curiosità dell'opinione pubblica, pubblicati non molto tempo fa; ma sono fatti che ci lasciano almeno molto perplessi e che non aprono una prospettiva di una certa validità.

Il discorso è diverso per quanto riguarda il prelievo da cadavere. Teoricamente sarebbe il prelievo ideale, se fosse possibile ovviare a quelle difficoltà alle quali è stato fatto cenno dall'onorevole Cortese e che sono riportate da tutti gli studiosi della materia: la difficoltà di poter trovare un rene di cadavere che sia un rene sano al momento stesso in cui occorre; la difficoltà di mantenere questo rene oltre qualche ora senza afflusso sanguigno; perché in materia di conservativi potremmo anche pensare che di qui a qualche tempo si possa conservare un rene per mesi, ma la nutrizione biologica dovuta all'afflusso sanguigno, che ricompare soltanto dopo aver realizzato l'anastomosi, evidentemente non può essere interrotta oltre un limite di tempo brevissimo. Questa tecnica è pertanto, quanto meno, assai meno facile a realizzarsi, che non il trapianto del rene vivente.

L'onorevole Cortese nella sua relazione introduttiva ci ha parlato lungamente delle diverse fasi di ischemia che si realizzano nel distacco del rene. Noi dovremmo poter disporre di un cadavere sul quale siano stati fatti gli accertamenti per ciò che concerne la compatibilità; di un cadavere con rene perfettamente sano, compatibile con il ricevente e disponibile nel momento in cui ci occorre. Non è da escludere che queste condizioni possano realizzarsi, ma di fronte alle migliaia di casi di persone affette da uremia cronica, non è pensabile che si possa poter disporre sempre, comunque e a discrezione di tutte queste condizioni.

D'altra parte, il problema del trapianto del rene da cadavere o da vivente non è che offra differenziazioni circa la prognosi. Non ci troviamo, cioè, di fronte al fatto che un rene prelevato da cadavere – sia pure con tutte le garanzie del caso – offra maggiori possibilità ai fini dell'attecchimento. Quindi, sotto questo profilo, non esiste alcuna differenziazione.

Abbiamo dunque indicato le difficoltà di effettuare sempre il trapianto del rene da cadavere (poiché il fatto di non disporre al momento opportuno di un'idonea platea di cadaveri costituisce una grave difficoltà di carattere pratico e tecnico) e disponiamo, per converso, dei dati provenienti dagli studi e dalle statistiche, i quali dimostrano che il trapianto del rene da vivente, con l'affinamento delle tecniche histogiche e chirurgiche, presenta prospettive sempre maggiori. A questo punto mi pare che il problema sia sufficientemente chiarito.

Se riconosciamo che il trapianto del rene da vivente è quello che sta offrendo, sul piano scientifico, a distanza di tempo, i risultati più probanti; se riconosciamo che questi risultati, per il perfezionamento degli studi che si fanno sull'argomento, saranno con tutta probabiltà ancora migliori negli anni che verranno; se riconosciamo che il trapianto da vivente è quello più facile da eseguire, ebbene non dovrebbero sussistere dubbi circa la necessità di approvare questo disegno di legge, in modo da consentire anche nel nostro paese, con le dovute cautele giuridiche e morali che giustamente il disegno di legge pone; di intraprendere questa strada, in modo da rendere possibile il funzionamento in tutto il territorio di centri qualificati per il trapianto renale.

Ho premesso che non mi sarei dilungato troppo sulla parte scientifica e non desidero farlo. Dirò solo che bisogna sottolineare talune posizioni fondamentali su questo argomento, esposto in maniera brillantissima dal nostro relatore.

Quali sono i settori nei quali si deve agire per assicurare una lunga sopravvivenza del trapianto, e quindi dell'infermo?

Si agisce in primo luogo sulla tecnica. È chiaro che la possibilità della riuscita del trapianto è dovuta in primo luogo alla tecnica chirurgica con cui l'operazione è stata eseguita. Non è in questo settore che si vanno delineando i progressi, poiché presupponiamo e sappiamo che la tecnica è già perfetta. I progressi vanno registrati viceversa sull'inibizione della reazione di rigetto, inibizione che – come è stato rilevato – si ottiene con vari metodi: sia usando preparati ad azione farmacologica, sia usando irradiazioni, sia – secondo le ultime ricerche – con l'azione sugli antigeni linfocitari per bloccare il circuito antigeni-anticorpi che parte dal rene trapiantato.

È su questi punti che i progressi si stanno facendo registrare anno per anno, mese per mese. Sono dieci anni che ha avuto inizio la tecnica del trapianto renale; mentre i primi risultati erano assolutamente scoraggianti, negli ultimi anni abbiamo ormai statistiche di sopravvivenza di 4-5 anni che, a mio avviso, non avremmo potuto registrare con nessun altro sistema, il che ci lascia sperare in un ulteriore prolungamento della sopravvivenza.

Vi sono indubbiamente nel disegno di legge delle cose che andrebbero corrette. Ad esempio, la qualificazione dei sanitari che devono fare il trapianto renale è sottoposta ad una vera e propria supervisione del Ministero della sanità. Questo a me sembra un fatto veramente eccessivo, perché evidentemente siamo qui nel campo delle responsabilità anche personali, oltre che professionali, per cui potrei dire che all'art. 3 vi è usata, per così dire, una mano un po' pesante. Come pure, ripeto, andrebbero considerate nel giusto valore le maggiori garanzie sul piano assicurativo che dovrebbero offrirsi sia ai donatori che ai ricettori del trapianto.

Come ho detto prima però, non intendo proporre alcun emendamento. Ho ritenuto soltanto di chiarire i punti fondamentali sui quali potrebbero eventualmente aversi dei dubbi, sui quali potrebbero sorgere problemi di coscienza circa il consenso legislativo da dare all'attuazione della pratica di trapianto del rene.

Prescindendo, comunque, da ogni altra considerazione, devo dichiarare il mio parere favorevole all'approvazione sollecita, direi urgente, del disegno di legge al nostro esame.

BARBA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, la articolata e approfondita esposizione del relatore, al quale esprimo il più vivo apprezzamento, ha dato alla Commissione una chiara visione di insieme del problema dell'omotrapianto di rene nell'uomo.

È mio proposito svolgere solamente alcune considerazioni, utili, a mio avviso, a precisare alla nostra coscienza di legislatori ed alla pubblica opinione il fondamento e la portata del provvedimento legislativo al nostro esame.

A cominciare dai primi rudimentali tentativi sino alle modernissime applicazioni sperimentali e cliniche di questi ultimi anni, la possibilità di riuscire a trapiantare un organo ha costantemente affascinato la mente umana, nonostante che i risultati fossero stati negativi.

Al problema era stata data una impostazione prettamente chirurgica – espressione delle limitate conoscenze che si avevano in merito –; si pensava all'inizio fosse questione di ardimento e di raffinata tecnica.

Tale impostazione primitiva di ordine chirurgico pur non facilitando la soluzione del problema dei trapianti d'organo, merita certamente il riconoscimento di aver stimolata e mantenuta viva la questione e di aver determinato l'allargamento delle ricerche in campo biologico. Va certamente, pertanto, il merito, sia pure indiretto, ai chirurghi se gli studi su tale argomento hanno fatto rapidamente dei notevolissimi passi in avanti.

Ne sono derivate acquisizioni che sono frutto di collaborazione e di compenetrazione che costituiscono il metodo dell'avvenire della scienza tra genetica, immunologia, internistica e chirurgia.

Un reale progresso ha fatto seguito alla impostazione del problema su corrette basi biologiche ed è prevedibile il successo, pur attraverso una serie di gravi difficoltà che potranno essere superate solo con uno studio ampio e coordinato della materia.

Come ha riferito il relatore, vastissimo oggi è nel mondo l'interesse per un campo di studio che abbraccia contemporaneamente problemi biologici, farmacologici, tecnici, etici e giuridici. Basta pensare alle incertezze interpretative del meccanismo di eliminazione di un omotrapianto, alle scarse conoscenze che abbiamo sulla struttura degli isto-antigeni e sulla origine e la funzione delle cellule immunitarie, alla tolleranza verso l'omotrapianto ed ai mezzi attualmente impiegati per indurla artificialmente (i quali deprimono le difese biologiche alle infezioni quando non modificano anche lo sviluppo somatico e psichico, come avviene nei bambini) alla conservazione degli organi da trapiantare, alle questioni etiche che sono insite nella donazione di un organo, al prelievo di organi da cadavere.

Non è quindi il problema solamente di preparazione operatoria, di puro atto materiale esecutivo e, in definitiva, di buona manualità nel campo della chirurgia vascolare. Il fondamento della chirurgia dei trapianti di organo è biologico e solo attraverso la conoscenza e il superamento degli enormi problemi e difficoltà che pone la biologia sarà lecito aspettarsi il progresso certamente più spettacolare che la chirurgia abbia mai registrato.

Una considerevole somma di dati sperimentali che si sono andati accumulando rapidamente in questi ultimi anni nei labora-

tori di tutto il mondo vengono così drammaticamente introdotti nella clinica con l'omotrapianto di un rene nell'uomo per la sua alta finalità, per gli aspetti etici e giuridici che implica e per i vastissimi problemi economici che pone.

L'applicazione clinica degli omotrapianti sembrava dovesse ancora essere preceduta, per lungo tempo, dalla esigenza di definire la reazione immunitaria dell'omotrapianto fornita dai dati sperimentali. Ma l'applicazione pratica è la finalità primaria che dà ragione della nascita di qualsiasi problema medico e della sua progressiva evoluzione sperimentale che non consente che esso possa troppo a lungo rimanere confinato nei laboratori.

Uscendo dalla fase sperimentale ed affrontando la gran prova sull'uomo, un problema medico vasto ed impegnativo, come quello che forma l'oggetto del nostro esame, coinvolge talvolta, com'è nel nostro caso, gravi problemi morali che spesso turbano la coscienza del ricercatore.

Nel trapianto del rene il laboratorio definisce alcuni aspetti della questione, ne stabilisce l'ambito di azione, ne sancisce l'utilità pratica, ne affina la tecnica applicativa, ma lascia accanto alle zone di luce molte zone d'ombra che si manifestano solo nella traduzione clinica del problema.

Alla coscienza, quindi, alla cultura, alla preparazione del clinico tocca stabilire quando e come trasferire sul piano umano un problema biologico.

Se si fosse dovuto attendere l'estrapolazione all'uomo dei risultati ottenuti sugli animali inferiori, l'applicazione clinica dell'omotrapianto renale sarebbe stata ancora rinviata per lungo tempo.

Non è possibile infatti giudicare, (l'ha sostenuto anche il relatore) con un criterio generale le risposte immunologiche che variano troppo estesamente da una specie all'altra e sono influenzate facilmente da fattori contingenti, quali la dose e la via di somministrazione della antigene, il suo stato fisico, ecc.

I primi, audaci tentativi di omotrapianto di rene eseguiti sull'uomo già in epoca di affermazione della immunologia non smentiscono il concetto della varietà estesa delle risposte immunologiche, pur corrispondendo nei loro risultati sfavorevoli alle previsioni teoriche.

Tali tentativi, infatti, hanno portato a concludere (questa mi pare sia una cosa estremamente importante) che nell'uomo la reazione immunitaria ad un omotrapianto eseguito con anastomosi vascolari, esplode ed evolve più favorevolmente che negli animali di laboratorio, specie sul cuore, su cui erano state compiute quasi tutte le ricerche in proposito.

La fase sperimentale ha costantemente presentato la reazione di eliminazione, il cosiddetto fenomeno di « rigetto », come un fatto che diviene inarrestabile dopo il suo apparire ed evolve progressivamente e ineluttabilmente. L'omotrapianto di rene nell'uomo ha dimostrato che la reazione immunitaria si manifesta quasi sempre in forma acuta nei primi giorni, ma, se avvertita con tempestività e trattata opportunamente, può regredire anche per un tempo molto lungo. Inoltre, la reazione immunitaria può ripetersi anche più volte con le iniziali caratteristiche ed essere ancora controllata. A lungo andare, però, la azione del trattamento radiante o chemioterapico fa assumere alla reazione immunitaria caratteri particolari con manifestazioni di fibrosi progressiva dell'organo o di ispessimento fibroso delle pareti arteriolari con ipertrofia dell'entima vasale e conseguente restringimento ed obliterazione del lume: ne consegue un deterioramento progressivo della funzione renale fino all'anuria. Confrontando i dati sperimentali di laboratorio e i dati ottenuti nell'applicazione sull'uomo, mi pare si possa dire che i risultati dell'omotrapianto di rene nell'uomo fanno registrare, quindi, allo stato un miglioramento molto notevole rispetto ai risultati sperimentali. Ciò nonostante, non possono indurre ad un giudizio troppo ottimistico.

Di qui il grande problema etico che riguarda i donatori volontari. Per un ammalato affetto da pregressivo deterioramento della funzione renale in seguito a glomerulo-nefrite cronica o rene policistico bilaterale o ad altre gravi nefropatie, destinato ineluttabilmente a morire per uremia, può essere lecito ogni tentativo terapeutico, anche in tema di trapianto, in quanto che con i mezzi a disposizione gli si dà la possibilità di sopravvivere anche per molti mesi (allo stato delle conoscenze e delle statistiche) e spesso in condizioni generali abbastanza soddisfacenti.

Fino a che punto, invece, è lecito indurre donatori volontari a sottoporsi ad una importante mutilazione quando il risultato immediato può essere aleatorio e, anche se favorevole, è destinato a dare, almeno allo stato, un beneficio di carattere temporaneo?

Di fronte a tale interrogativo è stato autorevolmente proposto di ripiegare su donatori casuali, sottoposti a nefrectomia per altre ragioni, e sui cadaveri, almeno fino a quando i

mezzi a disposizione per rendere tollerabile un trapianto renale sono quelli attualmente in uso.

Purtroppo, questa indicazione limitativa in ordine alla provenienza dei reni da trapiantare aggrava il problema della tollerabilità, la quale è tanto più esaltata quanto minori sono le differenze genetiche, per cui i donatori dovrebbero essere scelti tra i membri della famiglia più affini al ricevente: essere, cioè, dei donatori correlati.

Numerosi e ardui problemi si pongono poi in ordine alla provenienza del rene da cadaveri (e già vi ha fatto qualche cenno il collega Romano): 1) non sempre può eseguirsi il prelievo immediatamente dopo la morte, in quanto è necessario il consenso dei familiari. Occorrendo poi in alcuni paesi, come l'Italia, il permesso dell'autorità giudiziaria, il prelievo diventa possibile quando certamente le condizioni dell'organo non rendono può attuabile il trapianto; 2) talvolta può trattarsi di reni già ischemici da un certo tempo prima della morte del donatore e perciò le pratiche di conservazione possono ulteriormente deteriorarsi; 3) se si escludono i gruppi sanguigni principali, non risulta sempre possibile il controllo preventivo della corrispondenza, tra ricevente e donatore, degli antigeni eritrocitari, dai quali può trarsi un elemento di giudizio, sia pure approssimativo, in ordine alle differenze genetiche individuali; 4) il prelievo del rene da cadavere non consente di impiegare il trattamento radiante preventivo, per motivi di tempo; 5) l'utilizzazione dei reni di cadavere pressupone un'organizzazione idonea, pronta ad entrare in funzione in qualsiasi momento, con apparecchiature di circolazione extracorporea da applicare sul cadavere prima di procedere al prelievo dell'organo.

Rinunziare allora — mi pare questo il dato fondamentale — ai donatori volontari correlati o consanguinei significherebbe allo stato non favorire e forse fermare la chirurgia dei trapianti, che già procede con difficoltà, perché deve affrontare e risolvere il problema della tollerabilità, uno dei più ardui della biologia.

Il disegno di legge nel testo al nostro esame, con le garanzie, i limiti e le cautele previste, è inteso a rendere possibile in Italia il progredire della scienza medica impegnata nel lenire e – speriamo – nel risolvere stabilmente dolorose situazioni umane. Esprimo, pertanto, parere favorevole per la sollecita approvazione di esso. C'è da augurarsi che in un prossimo avvenire possano essere anche affrontati i non lievi aspetti economici connessi con un problema di così elevato impegno scientifico, tecnico ed organizzativo.

PRESIDENTE. In considerazione dell'importanza dell'argomento, mi pare doveroso lasciare agli onorevoli colleghi ampia libertà e possibilità di intervenire. Pertanto, poiché sono all'ordine del giorno alcuni provvedimenti la cui discusisone impegnerà presumibilmente la Commissione per pochi minuti, se non vi sono obiezioni, proporrei di sospendere la discussione di questo disegno di legge per riprenderla in questa seduta stessa, se sarà possibile, o in una seduta prossima, e passare all'esame del disegno di legge di modifica della legge istitutiva di un collegio di revisori dei conti presso l'ONMI e della proposta di legge istitutiva in Pescara di un istituto sperimentale per l'igiene e il controllo veterinario della pesca.

Se non vi sono obiezioni, può rimanere così stabilito.

(*Così rimane stabilito*).

Discussione del disegno di legge: Modificazioni alla legge 9 febbraio 1963, n. 132, istitutiva di un collegio di revisore dei conti presso l'ONMI *(Approvato dalla XI Commissione permanente del Senato)* (3860).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: Modificazioni alla legge 9 febrbaio 1963, n. 132, istitutiva di un collegio di revisore dei conti presso l'ONMI.

Il disegno di legge è stato approvato dalla XI Commissione permanente del Senato nella seduta del 23 febbraio 1967.

Il Relatore, onorevole Barberi ha facoltà di svolgere la sua relazione.

BARBERI. Il disegno di legge al nostro esame reca una modifica alla legge che istituisce un collegio dei revisori dei conti presso l'OMNI. Si tratta di un articolo unico al quale si è pervenuti attraverso una serrata discussione in Senato, dove è stato modificato il disegno di legge presentato dal ministro della sanità. Infatti, l'articolo 1 del testo originario del disegno di legge prevedeva, a favore dei revisori dei conti in questione, oltre al gettone di presenza nella misura stabilita dal decreto presidenziale del 1956, un compenso annuo da determinarsi con decreto del ministro della sanità di concerto con il ministro del tesoro. L'articolo 2 stabiliva testualmente: « I revisori dei conti assistono alle riunioni del consiglio centrale e della giunta esecutiva ».

Al Senato è stato fatto presente – e la tesi è stata condivisa un po' da tutti i gruppi politici – come, in una questione non riguardante soltanto i revisori dei conti dell'ONMI, ma incidente sui problemi di carattere generale, non fosse opportuno stabilire legislativamente un compenso da determinarsi con decreto del ministro della sanità di concerto con quello del tesoro, perché – si è osservato – si avrebbe in tal modo una visione particolaristica del problema, laddove quel problema interessa tutti i ministeri.

A quella seduta era presente il sottosegretario Volpe, il quale si era anche impegnato – ma poi la legge fu approvata e probabilmente non vi è stato più un seguito – a rispondere alla richiesta del senatore Cremisini intesa a conoscere se i revisori dei conti, retribuiti come tali, dovessero avere un gettone annuo, sembrandogli ben strano sancire in via legislativa che un impiegato dello Stato dovesse a tal fine percepire un gettone a parte.

Sta di fatto che questa situazione sussiste, ma molto opportunamente si è convenuto di esaminare la situazione nel campo generale, anche sotto un certo profilo di ordine morale, prima di fissare legislativamente una siffatta situazione.

Per questa ragione il Senato ha deciso di sopprimere l'articolo 1 e di approvare la norma contenuta nell'articolo unico sottoposto al nostro esame che risponde in sostanza all'articolo 2 del testo governativo.

Condividendo in pieno le argomentazioni di ordine morale già espresse al Senato, sono dell'opinione che non sia opportuno assegnare agli impiegati dello Stato che esplicano un servizio per conto dello Stato, oltre lo stipendio, un compenso annuo, anche se ciò avviene per alcuni settori. Lasciamo quindi questa situazione impregiudicata per ciò che concerne l'aspetto generale, ma non formalizziamolo in una legge particolare.

Peraltro l'articolo unico, così come ci viene proposto, non è che la sanzione legislativa di uno stato di fatto che oggi è vigente, come del resto lo è sempre stato. Infatti il revisore dei conti, contrariamente a quanto stabilito nella legge 9 febbraio 1963, non partecipa soltanto alle sedute del consiglio centrale, ma anche alle sedute della giunta esecutiva. Questo è nei fatti. Ora si tratta di dare una sanzione legislativa a quello che è un fatto già operante dal 1963.

Desidero però che sia chiaro, allorquando si afferma che i revisori dei conti partecipano alle riunioni della giunta esecutiva oltre che del consiglio centrale, che soltanto un rappresentante del collegio e non tutti obbligatoriamente debbono assistere alle riunioni della giunta. Come si sa, la giunta non fa altro che rendere operante le decisioni di carattere generale adottate dal consiglio: cioè a dire, concedere l'aspettativa per motivi di famiglia o per motivi di salute e così via.

È veramente strano che alle sedute della giunta esecutiva debbano partecipare al completo i revisori dei conti. Ritengo quindi che la dizione della legge, che io lascerei così com'è, sia interpretata nel senso che alle riunioni del consiglio centrale e della giunta esecutiva devono partecipare uno, due o tre revisori a seconda dell'importanza dell'argomento in discussione. Ciò per evitare quell'inconveniente che si verifica quasi tutte le settimane e cioè che si distacchino dai loro alti compiti tre altissimi funzionari per la discussione di argomenti che a volte sono addirittura banali.

Con questa dichiarazione propongo che il provvedimento sia approvato nel testo pervenutoci dal Senato.

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la Sanità*. Il Governo è d'accordo con le considerazioni svolte dal relatore.

PRESIDENTE. Poiché nessun altro chiede di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

Passiamo all'esame dell'articolo unico. Ne do lettura:

ARTICOLO UNICO

A parziale modifica dell'ultimo comma dell'articolo 1 e del secondo comma dell'articolo 2 della legge 9 febbraio 1963, n. 132, i revisori dei conti presso l'ONMI assistono alle riunioni, oltre che del Consiglio centrale, anche della Giunta esecutiva.

Trattandosi di articolo unico, al quale non risultano presentati emendamenti, il disegno di legge sarà votato direttamente a scrutinio segreto, in fine di seduta.

Discussione della proposta di legge di iniziativa del deputato Mancini Antonio: Istituzione in Pescara di un Istituto sperimentale per l'igiene ed il controllo veterinario della pesca *(Modificata dalla XI Commissione permanente del Senato)* (869-*B*).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione della proposta di legge di iniziativa del deputato Mancini Antonio: « Istituzione in Pescara di un Istituto sperimentale per l'igiene ed il controllo veterinario della pesca ».

Come gli onorevoli colleghi ricorderanno, questo provvedimento era già stato approvato dalla Camera. La competente Commissione del Senato lo ha modificato soltanto per ciò che concerne la copertura, spostandola dall'esercizio 1966 a quello del 1967.

Dichiaro aperta la discussione sulla modifica introdotta dall'altro ramo del Parlamento.

CORTESE, *Relatore*. Il relatore è d'accordo sulla modifica apportata dal Senato.

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo è dello stesso avviso del relatore.

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione sulla modificazione introdotta dall'altro ramo del Parlamento.

Passiamo all'esame della modifica apportata dal Senato.

La Camera aveva approvato l'articolo 10 nel seguente testo:

ART. 10.

L'onere di lire 15 milioni derivante dalla applicazione della presente legge graverà su apposito capitolo da iscriversi nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità e sarà fronteggiato per l'anno 1966 mediante riduzione di pari somma dello stanziamento iscritto al capitolo 1283 dello stato di previsione della spesa di detto Ministero per lo stesso anno finanziario.

Il Ministro per il tesoro è autorizzato ad apportare, con proprio decreto, le occorrenti variazioni di biliancio.

Il Senato lo ha così modificato:

ART. 10.

All'onere annuo di lire 15.000.000 derivante dall'applicazione della presente legge, si farà fronte, per l'anno finanziario 1967, con riduzione, per pari importo, dello stanziamento iscritto al capitolo 1283 dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'esercizio suddetto e, per gli anni finanziari successivi, con riduzione del capitolo corrispondente.

Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Pongo in votazione l'articolo 10 nel testo del Senato.

(*È approvato*).

La proposta di legge sarà subito votata a scrutinio segreto.

Votazione segreta.

PRESIDENTE. Indico la votazione a scrutinio segreto sul disegno e sulla proposta di legge esaminati nella seduta odierna.

(*Segue la votazione*).

Comunico il risultato della votazione:

Disegno di legge

« Modificazioni alla legge 9 febbraio 1963, n. 132, istitutiva di un collegio di revisori dei conti presso l'ONMI ». (Approvato dalla XI Commissione permanente del Senato) (3860).

Presenti	26
Votanti	25
Astenuti	1
Maggioranza	14
Voti favorevoli	19
Voti contrari	6

(*La Commissione approva*).

Proposta di legge Mancini Antonio:

« Istituzione in Pescara di un Istituto sperimentale per l'igiene ed il controllo veterinario della pesca ». (Modificata dalla XI Commissione permanente del Senato) (869-B).

Presenti	26
Votanti	25
Astenuti	1
Maggioranza	14
Voti favorevoli	22
Voti contrari	3

(*La Commissione approva*).

Hanno preso parte alla votazione:

Alessi Catalano Maria, Balconi Marcella, Barba, Barberi, Bartole, Capua, Cattaneo Petrini Giannina, Cortese Giuseppe, De Maria, Di Mauro Ado Guido, Fada, Galluzzi Vittorio, Gasco, Gennai Tonietti Erisia, Lattanzio, Monasterio, Morelli, Palazzeschi, Romano, Sorgi, Spinelli, Tantalo, Urso, Usvardi, Zanti Tondi Carmen.

Si è astenuto:

Pasqualicchio.

La seduta termina alle 11.

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Dott. ANTONIO MACCANICO

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO