COMMISSIONE XIV

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

LXX.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 11 MAGGIO 1967

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE DE MARIA

INDICE

PAG.

Inversione dell'ordine del giorno:

PRESIDENTE 763
VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 763

Disegni di legge (*Discussione e approvazione*):

Rifornimento idrico delle isole minori (*Approvato dalla XI Commissione permanente del Senato*) (3992) 764
PRESIDENTE 764
SANTERO, *Sottosegretario di Stato per la difesa* 764
TANTALO, *Relatore* 764
VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 764

Modifica degli articoli 8, secondo e terzo comma, e 9, primo e terzo comma, della legge 6 agosto 1966, n. 625, concernente provvidenze in favore dei mutilati e invalidi civili (*Approvato dalla XI Commissione permanente del Senato*) (3991) 765
PRESIDENTE 765, 766, 768
ALBONI 766, 767, 768
MONASTERIO 766, 767
URSO, *Relatore* 766, 768
VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 767, 768

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

Trapianto del rene tra persone viventi (*Approvato dal Senato*) (3694) . . . 770
PRESIDENTE 770, 771, 772, 777

PAG.

BARBA 771
CORTESE, *Relatore* . . . 770, 773, 774, 775, 776, 777
D'ANTONIO 772
MONASTERIO 777
PASQUALICCHIO 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777
USVARDI 771
VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità* 770, 772, 776

Votazione segreta:

PRESIDENTE 777, 778

La seduta comincia alle 10.

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

(*È approvato*).

Inversione dell'ordine del giorno.

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Propongo un'inversione dell'ordine del giorno nel senso di discutere subito il disegno di legge n. 3992.

PRESIDENTE. Se non vi sono obiezioni, così può rimanere stabilito.

(*Così rimane stabilito*).

Discussione del disegno di legge: Rifornimento idrico delle isole minori *(Approvato dalla XI Commissione permanente del Senato)* (3992).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: Rifornimento idrico delle isole minori, già approvato dalla XI Commissione permanente del Senato.

Il Relatore, onorevole Tantalo ha facoltà di svolgere la relazione.

TANTALO, *Relatore*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, nella relazione che accompagna il disegno di legge presentato al Senato sono indicati in maniera estremamente esauriente i motivi che hanno indotto il Governo, a seguito di esigenze obiettivamente riconosciute, a presentare questo disegno di legge.

Ricordo agli onorevoli colleghi che il provvedimento fondamentale su questo problema è la legge 9 maggio 1950, n. 307, che ha regolamentato la prima parte della materia, lasciando in verità impregiudicati sia gli aspetti relativi al completamento dell'elenco dei comuni – elenco effettuato con il presente disegno di legge – sia anche gli aspetti relativi alla soluzione globale di queste esigenze. Purtroppo anche questo disegno di legge, nonostante la buona volontà del Governo, non può prendere in esame e risolvere nella loro interezza di tutti gli aspetti del problema, i quali non possono essere visti solo nell'ambito dell'attuale tipo di rifornimento idrico.

Purtroppo anche questo disegno di legge, pur se realizza un notevole passo avanti rispetto alla legge iniziale ed ai due provvedimenti successivi del 1956 e del 1959 che hanno esteso i benefici della legge del 1950 alle isole Tremiti (attraverso l'erogazione di un contributo) ed all'isola del Giglio, è costretto a rinviare, o per lo meno a non trattare, la soluzione globale del problema che può essere rappresentato dalla costruzione di impianti di desalinizzazione dell'acqua marina e dalla costruzione di acquedotti e di opere per la conservazione e la distribuzione dell'acqua.

Il relatore ritiene comunque che sia stato compiuto un notevole passo avanti in questo campo, in quanto tra l'altro si può accantonare la somma di 5 miliardi e 500 milioni per l'acquisto o la costruzione di navi cisterna, come previsto dall'articolo 7. Inoltre con l'articolo 3, a seguito della emergenza di particolari necessità (criterio che non va interpretato evidentemente in senso rigido) viene consentito che il Ministero della difesa, d'accordo con quello della marina mercantile, possa stipulare apposite convenzioni con enti privati o pubblici, anche per l'attuazione del servizio di provvista e trasporto dell'acqua; servizio che dovrà effettuarsi attraverso il nolo di navi idonee, indipendentemente dalle attrezzature del Ministero della difesa e della marina militare, così come rigidamente precisato nella legge 9 maggio 1950, n. 306. Quindi ritengo in sostanza che poter concludere questa mia brevissima sintetica relazione sottolineando questo carattere interpretativo dell'articolo 3, del provvedimento che non implica la rigidità della formula « particolare necessità » e la pacifica, direi intesa che quando si parla di convenzioni ci si riferisce soprattutto ai noli per il cui costo ci si riporta all'articolo 8 cioè all'apposito stanziamento del Ministero della sanità; ho posto, sollecito ai colleghi l'approvazione del disegno di legge.

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione generale.

Nessuno chiedendo di parlare la dichiaro chiusa.

Il Governo ha dichiarazioni da fare?

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo è d'accordo.

SANTERO, *Sottosegretario di Stato per la difesa*. Non ho niente da aggiungere.

PRESIDENTE. Passiamo all'esame degli articoli che, non essendo stati presentati emendamenti, porrò direttamente in votazione dopo averne dato lettura.

ART. 1.

L'allegato *A* della legge 9 maggio 1950, n. 307, contenente l'elenco delle isole minori il cui rifornimento idrico è a carico dello Stato, quale risulta modificato dalla legge 3 giugno 1959, n. 402, è sostituito dalla tabella *A* allegata alla presente legge.

(*È approvato*).

ART. 2.

L'acqua potabile necessaria al rifornimento delle isole indicate nella tabella *A* sarà fornita dalla rete di approvvigionamento idrico dei comuni indicati nella tabella *B* allegata alla presente legge.

In caso di emergenza il prefetto, su proposta del medico provinciale, disporrà che il prelevamento possa essere effettuato dalle reti idriche di altri comuni, ritenute idonee dal Ministero della difesa.

Nel provvedimento dovrà essere indicato il quantitativo di acqua potabile da prelevare in base alle richieste del Ministero della difesa, e la durata del prelevamento.

(*È approvato*).

ART. 3.

Quando ricorrano particolari necessità, il Ministero della sanità, sentito il Ministero della difesa, demanda al Ministero della marina mercantile la stipulazione di apposite convenzioni con enti pubblici o privati per l'attuazione di tutto o parte del servizio di provvista e trasporto dell'acqua.

(*È approvato*).

ART. 4.

Le amministrazioni comunali interessate devono assicurare che ai punti di approdo delle navi-cisterna o di altri mezzi di trasporto dell'acqua siano predisposti il personale tecnico e le attrezzature necessarie per un rapido ed idoneo immagazzinamento nei pubblici serbatoi dell'acqua trasportata.

Alle predette amministrazioni è fatto obbligo di gestire a proprie spese le opere e le attrezzature predisposte ai punti di approdo e di curarne la manutenzione.

Nei comuni dove non esiste una rete idrica di distribuzione le amministrazioni comunali sono tenute a mantenere in efficienza per la distribuzione dell'acqua alla popolazione un adeguato numero di bocche erogatrici di acqua.

(*È approvato*).

ART. 5.

Il Ministero della sanità può concedere contributi annui alle amministrazioni comunali delle isole indicate nella tabella *A* quando ricorrano condizioni deficitarie di bilancio e sia dimostrata l'impossibilità di ricavare integralmente dalla vendita dell'acqua distribuita agli utenti privati i mezzi finanziari per una regolare gestione e manutenzione delle opere ed attrezzature idriche esistenti.

All'uopo è autorizzata la spesa annua di lire 100 milioni da iscrivere nello stato di previsione del predetto dicastero a decorrere dall'anno finanziario 1967.

(*È approvato*).

ART. 6.

Qualora i comuni delle isole indicate nella tabella *A* vengano adeguatamente riforniti di acqua potabile mediante impianti che utilizzino eventuali risorse idriche locali od impianti autonomi di altro genere, l'approvvigionamento idrico, a carico dello Stato, è effettuato soltanto in casi eccezionali di emergenza a richiesta del prefetto, su proposta del medico provinciale.

(*È approvato*).

ART. 7.

È autorizzata la spesa complessiva di lire 5.500 milioni per l'acquisto o la costruzione di navi-cisterna.

La suddetta spesa, ripartita in ragione di 500 milioni per l'anno 1966 e 1.000 milioni per ciascuno degli anni dal 1967 al 1971, sarà iscritta nello stato di previsione del Ministero della difesa.

(*È approvato*).

ART. 8.

Alla spesa occorrente per la provvista ed il trasporto di acqua si provvede con l'apposito stanziamento dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

All'onere derivante dall'applicazione del precedente articolo 5 si provvede mediante riduzione del fondo speciale di cui al capitolo n. 3523 dello stato di previsione della spesa del iMnistero del tesoro per l'anno 1967.

All'onere di cui al precedente articolo 7 si farà fronte, relativamente alla prima ed alla seconda quota, mediante riduzione del fondo speciale iscritto al capitolo n. 5381 degli stati di previsione della spesa del Ministero del tesoro per gli anni 1966 e 1967.

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

(*È approvato*).

Il disegno di legge sarà votato a scrutinio segreto in fine di seduta.

Discussione del disegno di legge: Modifica degli articoli 8, secondo e terzo comma, e 9, primo e terzo comma, della legge 6 agosto 1966, n. 625, concernente provvidenze in favore dei mutilati e invalidi civili *(Approvato dalla XI Commissione permanente del Senato)* (3991).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge n. 3991, approvato dalla XI Commissione permanente del Senato: Modifica degli articoli 8, secondo e terzo comma, e 9, primo e terzo comma, della legge 6 agosto 1966, n. 625, concernente provvidenza in favore dei mutilati e invalidi civili.

Il Relatore, onorevole Urso, ha facoltà di svolgere la relazione.

URSO, *Relatore*. Il disegno di legge apporta modifiche ad alcuni articoli della legge 6 agosto 1966, n. 625, concernente provvidenze in favore dei mutilati ed invalidi civili. In particolare queste modifiche riguardano i commi secondo e terzo dell'articolo 8 e primo e terzo dell'articolo 9.

Le modifiche si rendono necessarie innanzitutto per la preoccupante carenza del personale presso gli uffici dei medici provinciali e per il conseguente ritardo nella speditezza delle commissioni (al momento, secondo dati ufficiali le pratiche di riconoscimento di invalidità ferme in 50 province sono circa 133 mila e i loro numero totale può essere valutato in circa 200 mila), nel senso di dare la possibilità al medico provinciale di delegare altri funzionari.

In particolare l'articolo 1 stabilisce rispetto alla vecchia legge che il medico provinciale può designare in sua sostituzione a far parte della commissione, con funzioni di presidente, un funzionario medico dell'ufficio del medico provinciale o un ufficiale sanitario o un altro medico dell'ufficio comunale di igiene.

Anche per quanto riguarda le funzioni di segretario il nuovo testo stabilisce che esse sono esercitate, su designazione del medico provinciale, da un funzionario del ruolo della carriera direttiva amministrativa o da un impiegato del ruolo della carriera di concetto dei segretari tecnici del Ministero della sanità o da un funzionario del ruolo della carriera direttiva dell'amministrazione civile del Ministero dell'interno o da un funzionario della carriera direttiva dell'ufficio provinciale del lavoro e della massima occupazione o dal segretario del comune presso il cui ufficio sanitario ha sede la commissione.

Le modifiche invece che si vogliono introdurre con l'articolo 2 riguardano le commissioni sanitarie regionali cui si può ricorrere contro il giudizio delle commissioni sanitarie provinciali. Il testo della legge 6 agosto 1966, n. 625, stabiliva la presenza di un professore titolare di medicina legale e delle assicurazioni. Si è visto che questi titolari sono troppo pochi, per cui molte volte non è facile riunire la commissione.

MONASTERIO. Avevate respinto il nostro emendamento.

URSO, *Relatore*. Il nuovo testo estende pertanto la partecipazione ad un docente universitario di medecina legale e delle assicurazioni o ad un medico specialista di medicina legale e delle assicurazioni.

In genere le variazioni che si sono apportate sono tali da dare speditezza alle commissioni. Solo che a questo punto dobbiamo rimandare il disegno di legge nuovamente al Senato, perchè il secondo comma dell'articolo 8 proseguiva: « Il medico provinciale è tenuto ad effettuare tale designazione » (cioè la sua delega) « nel caso in cui egli faccia parte della commissione sanitaria regionale di cui al successivo articolo ». Può darsi infatti il caso che il medico del capoluogo di regione faccia parte della commissione di primo grado ed anche della commissione di appello. Il Senato ha creduto che questo fosse un altro comma. Noi dovremmo aggiungere a questo secondo comma il periodo che ho riportato.

Del pari poi al primo comma del vecchio articolo 9 si è saltato il rappresentante designato dall'Istituto nazionale della previdenza sociale, dopo quello designato dall'INAIL. Anche per questo il disegno di legge deve essere rinviato all'altro ramo del Parlamento.

Colgo l'occasione per sottolineare questa preoccupante carenza di personale che per questi compiti marginali di istituto comporta la necessità di queste modifiche. Immaginiamoci quando si va alla riforma ospedaliera e via di seguito come mai potranno questi uffici periferici del Ministero della sanità svolgere le loro funzioni. Siamo di fronte a quel grosso problema che è stato toccato diverse volte dallo stesso nostro presidente quando ha detto che questi concorsi vanno deserti o che i vincitori non si presentano a prendere servizio, oppure che si dà luogo alla migrazione verso le soprintendenze degli ospedali: fenomeni di fuga che rendono sempre più precaria la situazione periferica del Ministero della sanità.

Diciamo che tutto deve essere accertato, ma non sappiamo come ciò possa esser fatto, se mancano gli strumenti idonei.

PRESIDENTE. I colleghi senatori purtroppo sono caduti in una svista, perchè hanno soppresso commi che erano indispensabili. Per aggiungere nella designazione il medico dell'ufficio comunale di igiene hanno saltato l'obbligo del medico provinciale di ricorrere alla delega per la commissione provinciale quando fa parte della commissione regionale; così pure hanno saltato il medico designato dall'INPS.

Dichiaro aperta la discussione generale.

ALBONI. Questo disegno di legge, che emenda parzialmente la legge n. 625, appro-

vata lo scorso anno, conferma la giustezza delle critiche che noi abbiamo fatto in sede di discussione su quella legge per questa parte, critiche che sottolineano la necessità di una maggiore snellezza delle commissioni e quindi di una maggiore capacità delle stesse ad affrontare l'enorme mole di lavoro iniziale relativo all'esame delle numerosissime domande per il riconoscimento della qualifica di mutilato ed invalido civile.

Non non abbiamo in questa sede alcuna volontà di presentare emendamenti diversi da quelli proposti dal collega relatore perchè consideriamo assolutamente urgente che almeno queste modifiche paraziali vadano in porto e quindi consentano alle commissioni sanitarie provinciali di funzionare con la massima rapidità. Vogliamo soltanto raccomandare al Governo che la disposizione della legge n. 625, che prevede la possibilità di istituire più commissioni provinciali laddove se ne ravvisi la necessità per la mole delle domande giacenti, venga applicata, che si determini, cioè, un maggiore decentramento nel lavoro di esame delle domande attraverso la istituzione di molteplici commissioni sanitarie.

Certo, si tratta di un lavoro che solo inizialmente richiede l'impegno sottolineato, proprio per la mole iniziale delle domande. Successivamente, mano a mano che queste verranno smaltite, non sarà più indispensabile avere tutte le commissioni funzionanti. Ma, ripeto, inizialmente si richiede questo impegno: se vogliamo smaltire con rapidità il lavoro che sta di fronte a tutti, moltiplichiamo intanto le commissioni da istituire in sede provinciale.

Mi consenta poi, onorevole sottosegretario, di richiamare la sua attenzione su una duplice necessità: quella cioè che si diano disposizioni precise per quanto riguarda l'accertamento sanitario nei confronti degli invalidi civili che sono inamovibili e non possono quindi essere spostati dal loro domicilio. La legge n. 625 non prevede che la commissione o delegati della commissione si rechino al domicilio del malato per l'accertamento sanitario, per cui si ravvisa in questo momento l'assoluta impossibilità per centinaia di invalidi civili che sono a letto di presentarsi alla sede della commissione provinciale.

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Le posso garantire – e posso anche documentarlo – che in parecchie provincie spesso la commissione si reca al domicilio del malato.

URSO, *Relatore*. È esatto: questo avviene già in parecchie province.

ALBONI. Mi riferisco alla situazione che esiste per esempio a Milano, dove parecchi invalidi civili hanno segnalato che la loro richiesta di essere esaminati a domicilio non trova accoglimento.

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Segnalino il loro caso e vedranno che sarà provveduto.

ALBONI. La seconda questione che mi permetto di sottolineare è quella della precedenza nell'esame delle domande. Viene esercitata un po' da tutte le parti una pressione per dare la precedenza nell'esame delle domande a certe categorie di invalidi civili piuttosto che ad altri. Per esempio, si chiede che vengano esaminati innanzitutto gli invalidi civili che sono attualmente occupati presso le aziende: si vuole dunque dare la precedenza assoluta all'esame di queste situazioni. Ora, a me non pare assolutamente corretta questa impostazione. L'esame deve essere fatto secondo l'ordine cronologico, quindi seguendo l'ordine di presentazione delle domande, e dalle commissioni sanitarie si debbono dare disposizioni precise perchè non si facciano favoritismi in un senso o nell'altro.

Un altro rilievo devo fare. Il lavoro di queste commissioni avviene in modo abbastanza laborioso e incontra serie difficoltà. Ora, io non so se le difficoltà siano solo di ordine tecnico o riferibili anche al modesto compenso che viene erogato a favore dei medici e dei funzionari incaricati di compiere questi accertamenti sanitari. Certo è che le sedute di queste commissioni sono molto poche nel tempo, le domande esaminate giornalmente sono in numero ridottissimo, per cui anche con gli accorgimenti previsti dagli emendamenti presentati non si possono dare per scontati un esame ed una definizione relativamente rapidi della mole di domande che giacciono presso gli uffici del medico provinciale. Ritengo quindi che debba essere considerato anche questo aspetto di carattere tecnico ed economico per far sì che le sedute di queste commissioni siano sedute intense, tali da consentire lo smaltimento il più rapido possibile delle domande giacenti: altrimenti tra tre anni staremo ancora ad esaminare le domande presentate fino ad oggi alle commissioni provinciali. Anche questa è una raccomandazione vivissima che io rivolgo all'onorevole sottosegretario e quindi al Ministero, perchè queste questioni di carattere pratico siano esaminate ed i suggerimenti del Mini-

stero concorrano a rendere molto più snello l'esame delle domande.

Concludo ricordando che un aspetto del malcontento attuale della categoria, malcontento che sta montando in modo abbastanza serio, è proprio riferibile a questa situazione assolutamente inaccettabile: vi è gente che aspetta ancora l'assegno mensile di invalidità totale assoluta. Questo assegno, praticamente non è stato erogato quasi a nessuno, se si eccettuano poche decine di invalidi civili colpiti da invalidità assoluta, proprio in conseguenza di questa situazione che deve essere rimossa il più rapidamente possibile.

Noi abbiamo presentato una proposta di legge che mira a rivedere un po' tutta la materia, e chiediamo che essa venga messa all'ordine del giorno. Ci auguriamo anche che, sulla base della nostra proposta e di altre proposte che verranno avanti, tutta questa materia possa essere riesaminata e rielaborata alla luce delle effettive esigenze del momento. Però, a prescindere da quello che sarà l'*iter* dell'esame di tutta questa materia, auspichiamo che con i provvedimenti che vengono ora proposti dal Governo e con gli accorgimenti di carattere amministrativo e tecnico che il Ministero vorrà suggerire alle commissioni, questo primo aspetto delle rivendicazioni degli invalidi civili possa trovare l'accoglimento più rapido possibile.

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione generale.

URSO, *Relatore*. Desidero solo rispondere all'onorevole Alboni che proprio la designazione da parte del medico provinciale di un medico dell'ufficio comunale d'igiene è prevista per consentire la nomina di commissioni anche, diciamo, circondariali. Aggiungo che già ora questo avviene in molte province; per esmpio in quella di Lecce il medico provinciale ha già provveduto alla nomina di due commissioni periferiche proprio per accelerare l'espletamento delle domande.

ALBONI. Questo è stato fatto anche a Milano, ma queste commissioni si trovano nella impossibilità materiale di funzionare, proprio perché il medico provinciale non può essere contemporaneamente in due o tre commissioni.

URSO, *Relatore*. Con questo disegno di legge si vuole appunto ovviare all'inconveniente perché c'è la delega al medico dell'ufficio comunale d'igiene.

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il Governo è d'accordo con il relatore. Desidero anche far presente all'onorevole Alboni che quanto egli ha raccomandato è stato in parte già attuato: egli stesso del resto lo ha riconosciuto.

PRESIDENTE. Passiamo all'esame degli articoli.

Do lettura dell'articolo 1:

« Il secondo e il terzo comma dell'articolo 8 della legge 6 agosto 1966, n. 625, sono sostituiti dai seguenti:

« Il medico provinciale può designare in sua sostituzione a far parte della commissione, con funzioni di presidente, un funzionario medico dell'ufficio del medico provinciale o un ufficiale sanitario o un altro medico dell'ufficio comunale d'igiene ».

« Le funzioni di segretario della commissione sono esercitate, su designazione del medico provinciale, da un funzionario del ruolo della carriera direttiva amministrativa o da un impiegato del ruolo della carriera di concetto dei segretari tecnici del Ministero della sanità o da un fuzionario del ruolo della carriera direttiva dell'amministrazione civile del Ministero dell'interno o da un funzionario della carriera direttiva dell'ufficio provinciale del lavoro e della massima occupazione o dal segretario del comune presso il cui ufficio sanitario ha sede la commissione ».

A questo articolo il relatore ha proposto di aggiungere al primo capoverso, dopo le parole: « o un altro medico dell'ufficio comunale d'igiene », le parole: « Il medico provinciale è tenuto ad effettuare tale designazione nel caso in cui egli faccia parte della commissione sanitaria regionale di cui all'articolo successivo ».

Pongo in votazione il primo capoverso.

(*È approvato*).

Pongo in votazione l'emendamento proposto dal Relatore.

(*È approvato*).

Pongo in votazione il secondo capoverso.

(*È approvato*).

A seguito delle modificazioni introdotte, l'articolo 1 risulta così formulato:

ART. 1.

Il secondo e il terzo comma dell'articolo 8 della legge 6 agosto 1966, n. 625, sono sostituiti dai seguenti:

« Il medico provinciale può designare in sua sostituzione a far parte della commis-

sione, con funzioni di presidente, un funzionario medico dell'ufficio del medico provinciale o un ufficiale sanitario o un altro medico dell'ufficio comunale d'igiene. Il medico provinciale è tenuto ad effettuare tale designazione nel caso in cui egli faccia parte della Commissione sanitaria regionale di cui all'articolo successivo ».

« Le funzioni di segretario della commissione sono esercitate, su designazione del medico provinciale, da un funzionario del ruolo della carriera direttiva amministrativa o da un impiegato del ruolo della carriera di concetto dei segretari tecnici del Ministero della sanità o da un funzionario del ruolo della carriera direttiva dell'amministrazione civile del Ministero dell'interno o da un funzionario della carriera direttiva dell'ufficio provinciale del lavoro e della massima occupazione o dal segretario del comune presso il cui ufficio sanitario ha sede la commissione ».

Lo pongo in votazione nel suo complesso.

(*È approvato*).

Do lettura dell'articolo 2:

« Il primo e il terzo comma dell'articolo 9 della legge 6 agosto 1966, n. 625, sono sostituiti dai seguenti:

« Contro il giudizio delle commissioni sanitarie provinciali, l'interessato può ricorrere entro trenta giorni dalla ricevuta comunicazione alla commissione sanitaria regionale, costituita presso l'ufficio del medico provinciale del capoluogo della regione e composta dal medico provinciale, che la presiede, da un professore titolare di medicina legale e delle assicurazioni o da un docente universitario di medicina legale e delle assicurazioni, o da un medico specialista di medicina legale e delle assicurazioni, preferibilmente residenti in un comune della regione, da un ispettore medico del lavoro o da un altro medico designato dal capo dell'Ispettorato regionale del lavoro, da un medico designato dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, da un medico designato dall'Opera nazionale invalidi di guerra e da un medico designato, per il tramite dell'Ufficio regionale del lavoro, dall'Associazione nazionale mutilati e invalidi civili ».

« Le funzioni di segretario sono esercitate da un funzionario del ruolo della carriera direttiva-amministrativa del Ministero della sanità ».

Al primo capoverso di questo articolo, il relatore propone di aggiungere, dopo le parole: « da un medico designato dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro », le parole: « da un medico designato dall'Istituto nazionale della previdenza sociale ».

Pongo in votazione la prima parte dell'articolo primo alla parola « infortuni sul lavoro ».

(*È approvato*).

Pongo in votazione l'emendamento proposto dal Relatore.

(*È approvato*).

Pongo in votazione quanto rimane dell'articolo.

(*È approvato*).

A seguito della modificazione introdotta, l'articolo 2 risulta così formulato:

ART. 2.

Il primo e il terzo comma dell'articolo 9 della legge 6 agosto 1966, n. 625, sono sostituiti dai seguenti:

« Contro il giudizio delle commissioni sanitarie provinciali, l'interessato può ricorrere entro trenta giorni dalla ricevuta comunicazione alla commissione sanitaria regionale, costituita presso l'ufficio del medico provinciale del capoluogo della regione e composta dal medico provinciale, che la presiede, da un professore titolare di medicina legale e delle assicurazioni o da un docente universitario di medicina legale e delle assicurazioni o da un medico specialista di medicina legale e delle assicurazioni, preferibilmente residenti in un comune della regione, da un ispettore medico del lavoro o da un altro medico designato dal capo dell'Ispettorato regionale del lavoro, da un medico designato dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, da un medico designato dall'Istituto nazionale della previdenza sociale, da un medico designato dall'Opera nazionale invalidi di guerra e da un medico designato, per il tramite dell'Ufficio regionale del lavoro, dall'Associazione nazionale mutilati e invalidi civili ».

« Le funzioni di segretario sono esercitate da un funzionario del ruolo della carriera direttiva amministrativa del Ministero della sanità ».

Lo pongo in votazione nel suo complesso.

(*È approvato*).

Il disegno di legge sarà votato a scrutinio segreto al termine della seduta.

Seguito della discussione del disegno di legge: Trapianto del rene fra persone viventi *(Approvato dal Senato)* (3694).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge n. 3694, concernente il trapianto del rene tra persone viventi.

Gli onorevoli colleghi ricorderanno che, per quanto riguarda questo provvedimento, noi avevamo ripetutamente sollecitato il parere della Commissione giustizia, parere che oggi ci è pervenuto, ed è del seguente tenore: « Onorevole Presidente, la Sottocommissione per i pareri della IV Commissione Giustizia, iniziando l'esame del disegno di legge n. 3694 sul trapianto del rene fra persone viventi ha manifestato il proprio parere favorevole al concetto ispiratore del provvedimento ed agli istituti contemplati nei vari articoli.

Ha dovuto, invece, constatare che la formulazione dei vari articoli presenta assoluto bisogno di una profonda revisione – se non di rielaborazione – e ciò al fine di adattarla alla usuale espressione tecnico legislativa (tanto più necessaria per l'espresso riferimento al codice civile) e soprattutto per la stessa efficacia applicativa del provvedimento che dalla formulazione medesima appare certamente condizionata.

Chiedo pertanto a codesta onorevole Commissione, di voler concedere un congruo termine per la revisione del testo ».

Non voglio fare delle osservazioni di merito, ma certamente è strano che la Commissione Giustizia pensi di rielaborare un testo che è stato formulato di concerto tra vari ministeri, compreso quello della giustizia, e che è già stato approvato dal Senato. Ci lascia perplessi il fatto che la Commissione Giustizia abbia detto che la formula del testo non è assolutamente accettabile dal punto di vista legislativo; però, siccome siamo molto deferenti verso tutte le altre Commissioni, e soprattutto verso queleche per la loro specifica competenza in fatto di tecnica giuridica hanno il diritto di esprimere uno specifico parere, rivolgo una preghiera al relatore perché il congruo periodo di tempo richiesto dalla Commissione Giustizia venga concesso. Ascolteremo ora il parere dell'onorevole sottosegretario e, se non vi sarà niente in contrario, rinvieremo ad altra seduta il seguito della discussione.

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la Sanità*. Signor Presidente, onorevoli colleghi, la richiesta della Commissione Giustizia ci lascia veramente perplessi, perché una cosa è chiedere un rinvio per avere la possibilità di esprimere un parere, ed un'altra cosa è chiederlo perché si intende addirittura rielaborare, mutando totalmente un testo già concordato ed approvato da un ramo del Parlamento.

Quindi, pur senza entrare nel merito della questione, mi permetta signor Presidente di manifestare la perplessità del Ministero della sanità. Per quanto riguarda il rinvio, mi rimetto alla sua sensibilità ed a quella della commissione, pur sottolineando ancora una volta i nostri dubbi per quanto si prefigge di fare la commissione giustizia.

Concludendo io la pregherei, signor Presidente, di manifestare al Presidente della Commissione giustizia, pur con il nostro deferente rispetto nei confronti della competenza specifica della Commissione stessa, le perplessità del governo e, nel caso specifico, del ministero della sanità.

CORTESE, *Relatore*. Innanzi tutto condivido in pieno le perplessità espresse dal rappresentante del Governo, perché penso che una legge che è stata profondamente studiata ed esaminata al Senato (la discussione è durata ben 18 mesi) ed alla quale, prima ancora che il testo fosse presentato al Senato, il Ministro della sanità apportò delle modifiche (a tre articoli) dietro suggerimento del Ministro di grazia e giustizia, debba essere considerata pressocché definitiva nella sua formulazione.

Oltre tutto rielaborare un testo significa modificarlo anche nello spirito, e se questo avviene per un provvedimento già così lungamente ed attentamente studiato, discusso ed esaminato, io credo senz'altro che il tutto si riduca ad una pericolosa e nociva perdita di tempo. Infatti, una volta rielaborato il testo, dovremo ricominciare da capo il nostro lavoro. In secondo luogo i commissari dovranno rivedere tutti i loro orientamenti e convincimenti, senza dire che a me non pare che ci siano tutte queste anomalie di linguaggio giuridico tali da dover procedere a una rielaborazione del testo.

Bisogna inoltre prevedere che questo testo rielaborato e da noi discusso tornerà ancora una volta al Senato, dove sorgeranno nuove posizioni critiche o polemiche nei confronti di un testo che il Senato aveva già esaminato per ben 18 mesi.

Pur con la massima deferenza verso il parere della Commissione giustizia, la quale riconosce che lo spirito informatore del provvedimento risponde alle esigenze reali, ritengo che occorra continuare nella discussione di questo testo portandola a termine. Non si può nemmeno dimenticare che questo testo è

pervenuto all'esame della Camera il 27 dicembre 1966, ed essendo trascorsi altri sei mesi, si rischia di superare il limite di due anni nel quale presumibilmente un testo di legge viene approvato dal Parlamento.

Aggiungo, per mia conoscenza diretta, che ci sono ammalati che attendono da anni di essere sbloccati da questa situazione. Tanto per citare un esempio, farò il caso di quel tale ammalato, di cui ha parlato la radio, che dopo sei mesi è deceduto perché non è stato possibile eseguire l'intervento chirurgico, sicché i familiari hanno ritenuto che la morte del loro congiunto sia avvenuta indirettamente per causa nostra. Altro caso è quello di quel tale ammalato che si è recato in Canadà, dove è stato felicemente operato e dove ora risiede con la propria famiglia.

Questi casi evidentemente turbano la nostra coscienza, il nostro prestigio e la nostra dignità di paese civile; la dignità di un paese civile dove esistono eminenti studiosi della materia, come il professor Cortesini, che sono ammessi ad operare in centri ospedalieri stranieri.

Questi ostacoli formali debbono essere da noi superati in quanto entra in gioco la nostra coscienza. Perciò, non essendo vincolante il parere della Commissione giustizia, senza mancare di deferenza verso quella Commissione, sono dell'avviso di proseguire ed affrettare la conclusione di questo dibattito.

PASQUALICCHIO. Mi associo alla tesi del relatore. Se si desidera rielaborare il testo, lo si potrà fare nel corso della discussione e attraverso la presentazione di emendamenti. Non vedo perciò la necessità di andare incontro al pericolo di una rielaborazione totale del testo.

BARBA. Esprimo il parere di proseguire nella discussione e di concluderla rapidamente, prendendo in considerazione come emendamenti, eventualmente, le proposte formulate dalla Commissione giustizia. Ciò anche in considerazione del fatto che dal *Bollettino delle commissioni* risulta che sostanzialmente è stato espresso parere favorevole di massima ai principi ispiratori della legge. Quindi molto probabilmente si tratterà di questioni di ordine formale e non sostanziale.

Per questi motivi vorrei vivamente pregare la Commissione di procedere sollecitamente alla conclusione della discussione generale, sollecitando nel contempo la Commissione giustizia perché ci ponga in condizione, da qui a sette giorni, quando cioè riprenderemo le nostre sedute, di prendere in considerazione i suggerimenti della Commissione giustizia in sede di discussione degli articoli.

USVARDI. Anche noi riteniamo che la proposta di continuare la discussione generale sia la più valida in quanto la Commissione giustizia, in sostanza, ha concordato con il disegno di legge. Pertanto i suoi rilievi saranno certamente di carattere meramente formale.

Se non proseguiremo nella discussione, ci troveremo di fronte ad un notevole ritardo, che, come è stato detto con estrema chiarezza dal relatore, potrebbe provocare gravi conseguenze e gravi danni.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, noi dobbiamo attenerci ai documenti ufficiali che ho loro testè letto.

Poiché però la Commissione ha espresso il parere di proseguire nella discussione generale, non posso che aderire a questa richiesta.

È iscritto a parlare l'onorevole Pasqualicchio. Ne ha facoltà.

PASQUALICCHIO. Signor Presidente, onorevoli colleghi, per quanto io abbia l'impressione che la discussione su un problema così importante come quello del trapianto del rene tra persone viventi si sia ridotta a una conversazione, ritengo opportuno intrattenermi esaurientemente sul problema.

Desidero però premettere una osservazione.

Nell'aprire questa discussione il nostro Presidente ebbe ad invitare i colleghi a evitare quanto più possibile di entrare in argomentazioni di natura prettamente tecnica, esortandoli a ricordare che si era in sede politica e non scientifica. Non mi sento però di essere del tutto d'accordo in ordine a questa raccomandazione, perché nell'esaminare un provvedimento come quello al nostro esame non possiamo prescindere da tutti gli argomenti positivi o negativi che militano a favore o contro la disciplina legislativa che ci accingiamo ad elaborare; argomenti che hanno un evidente fondamento tecnico e scientifico. È vero, come rilevava il collega Galluzzi, che dobbiamo discutere *de jure condendo;* ma lo *jus condendum* non si stabilisce astrattamente, poiché esso ha sempre una base a cui riferirsi, e la base alla quale dobbiamo richiamarci, nell'elaborare la nuova disciplina, non può essere costituita senza riallacciarsi alle nostre conoscenze scientifiche e sperimentali, alle quali dunque dobbiamo inevitabilmente riportarci.

Ringrazio l'onorevole relatore, che ci ha fornito un'ampia visione d'assieme del problema, che è oggi al nostro esame, e pongo

subito all'onorevole Cortese e a tutta la Commissione un primo problema. La questione che ci accingiamo a disciplinare è veramente sentita?

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Sentita da chi?

PASQUALICCHIO. Sentita dalla Commissione, dal Parlamento dalla società, perché un problema si impone all'attenzione e trova la sua definizione legislativa quando è veramente sentito e quando sono stati raccolti tutti gli elementi necessari per la sua soluzione. Ora nel caso presente non mi sembra che il problema sia veramente sentito, come dimostra il fatto che l'iniziativa di questo provvedimento non è venuta né dal popolo né dal Parlamento, bensì dal Governo, che si è fatto promotore di un disegno di legge.

D'ANTONIO. Vi sono problemi fortemente sentiti dal punto di vista strettamente medico e non invece dal punto di vista giuridico.

PASQUALICCHIO. Resta il fatto che a mio avviso il problema non è veramente sentito, come traspare indirettamente da alcuni dati contenuti nella relazione dell'onorevole Cortese. Risulta fra l'altro che si registrano ogni anno in Italia, su una popolazione di 50 milioni di abitanti, circa 7 mila decessi per uremia; moltiplicando questo indice per la popolazione del mondo intero, abbiamo un totale di decessi per uremia che oscilla fra le 400 mila e le 500 mila unità all'anno. Di fronte a questo dato, quanti sono stati in tutto il mondo in sei anni i trapianti? Appena un migliaio, o poco più. Se dunque è sentita la esigenza di eliminare questa grave malattia che è l'uremia, restituendo a questi organismi malati la sanità, dobbiamo tuttavia rilevare che il problema può essere sentito dal punto di vista scientifico e sperimentale, ma non terapeutico, perché troppo modesto è il rapporto fra il numero dei trapianti effettuati e quello dei morti uremici.

Partendo da questo rilievo preliminare desidero ora procedere ad una revisione critica di alcuni concetti contenuti nella relazione dell'onorevole Cortese, che peraltro mi sarà di guida in questo mio intervento e che mi trova su molti punti sostanzialmente consenziente.

Dobbiamo innanzi tutto domandarci: quando muore un uremico? Mi permetterete di fare, onorevoli colleghi, questa osservazione, perché non vi è bisogno di addentrarsi sul terreno tecnico (disattendendo così la raccomandazione del Presidente prima ricordata), perché la morte è un fatto che tutti quanti possiamo osservare.

PRESIDENTE. Altro è, onorevole Pasqualicchio, la morte biologica, altro la morte clinica, altro ancora la morte medico-legale.

PASQUALICCHIO. Sta di fatto che, osservando questi decessi, si constata che essi sopravvengono quando la funzionalità renale è ridotta al 10 o al 5 per cento. In questa eventualità la vita non è più possibile, perché i rifiuti del metabolismo che si formano nell'organismo non possono essere eliminati e determinano conseguentemente il decesso del malato. Dal punto di vista scientifico, dunque, il problema consiste nel ricercare la terapia opportuna e conveniente al fine di consentire la ripresa della funzione renale. Ora un'ormai lunghissima esperienza rivela che la terapia alimentare e quella igienica non sono sufficienti; nessuna terapia medicamentosa è efficiente, in quanto si riduce ad aiuti momentanei che non riescono a ristabilire definitivamente l'equilibrio del metabolismo, restituendo così la sanità all'organismo malato. La terapia alimentare e quella igienica, dunque, sono insufficienti.

Si tratta di eliminare dall'organismo i matobalitici tossici da esso stesso prodotti. Per questo si è ricorsi alla dialisi curativa, fatta settimanalmente o bisettimanalmente.

Non mi soffermerò sul metodo e sul processo tecnico perché sono già stati ampiamente trattati dall'onorevole Cortese, mi riferirò semplicemente al risultato della dialisi, sia peritoneale, sia extracorporea. Noi siamo in possesso di dati molto importanti che non bisogna trascurare, perché anche per il trapianto del rene si ricorre alla dialisi, per cui non dobbiamo minimamente – non dico scartare – ma nemmeno attenuarne l'importanza.

Desidero ora brevemente darvi lettura di alcuni risultati raggiunti con il perfezionamento della dialisi. Il professor Monasterio ci dice: « Col perfezionarsi della tecnica della dialisi, i risultati sono diventati più soddisfacenti fino ad ottenersi la riabilitazione completa dei pazienti ed il loro ritorno alle normali occupazioni durante periodi anche lunghi di tempo (i primi tre casi trattati da Cribner vivono ancora dopo 7 anni !) ».

Per la brevità del tempo a mia disposizione, non posso soffermarmi sugli altri dati, ma voglio sottolineare che anche la casistica dello Shaldon è molto confortante, e ripeto che assolutamente queste casistiche non possono essere scartate. È pur vero che l'onorevole Cortese non ha inteso scartarle, bensì

inserirle nella tecnica del trapianto del rene; io ho fatto questo riferimento solamente dal punto di vista terapeutico. Desidero sottoporvi alcuni dati che ritengo di estrema importanza, e che riguardano i risultati del trattamento dialitico ripetuto mediante le metodologie razionali: al Royal Free Hospital, per un totale di 26 casi trattati, si è avuta una sopravvivenza del 100 per cento in un anno, con una durata massima di 40 mesi di trattamento, ed i riabilitati sono stati addirittura l'85 per cento. Invece al Seattle Artificial Kidney Center, per un totale di 22 casi trattati, si è avuta in un anno la sopravvivenza del 95 pe rcento, e tutti sono stati riabilitati.

Siamo quindi in presenza di un dato di fatto terapeutico di notevole importanza, e da non trascurare anche per quanto riguarda la formulazione della legge che stiamo discutendo.

CORTESE, *Relatore*. In questo caso bisogna vedere se si tratta di malati con il rene completamente distrutto, oppure con ancora un capacità funzionale del 5 per cento. Infatti nessun chirurgo si sogna di operare un trapianto renale con una funzionalità del 20-25 per cento. Ma è opinione degli emodialitici stessi che ad un certo punto, o si sostituisce l'organo, o non è possibile continuare indefinitivamente a praticare l'emodialisi, perché in questo caso non si verificherebbero i casi di sopravvivenza per 7-8 anni. Bisogna dire che tutti i trapiantatori vantano una sopravvivenza di oltre 7 anni, però bisogna ricordare che i trapianti nella tecnica attuale non sono stati inseriti prima del 1962, per cui non possiamo sapere se i malati che sopravvivono oggi a quattro o cinque anni dal trapianto, sopravviveranno in modo da superare i fatidici 7 anni.

Sono anch'io in possesso dei dati dello Scribner e dello Shaldon da lei menzionati, onorevole Pasqualicchio, che certamente sono molto importanti sia per i trapianti che per l'emodialisi, dal momento che si tratta di malati che ancora sopravvivono.

Possiamo quindi concludere che non esiste contrasto, bensì necessità di collaborazione.

PASQUALICCHIO. Ho già affermato questo concetto, però le statistiche sono insufficienti, in quanto non sono stati forniti dati di sopravvivenza fra gruppi di casi a trattamento terapeutico diverso e senza alcun trattamento.

Purtroppo, per mancanza di tempo, il mio intervento è stato ridotto ad una semplice contestazione, perdendo gran parte della sua importanza, ma non sembra superfluo ricordare che l'umanità ha sempre pensato alla simbiosi. Quando non conosceva lo svolgimento dell'organismo umano *ab ovo*, vi ha pensato mitologicamente creando i centauri, le sirene, le chimere e le sfingi, quindi una combinazione di diversi animali e diversi organi. Nella letteratura, nella mitologia, nell'arte, questo problema è sempre presente. Quanto ho or ora detto sulla tendenza alla simbiosi, risponde forse negativamente alla domanda da me posta all'inizio, se cioè questo problema desti o no l'interesse della società.

Chi non ricorda (è necessario ricordare) dopo la prima guerra mondiale, la sorpresa e il movimento scientifico provocati dall'annunzio del ringiovanimento dell'essere umano con i trapianti Voronoff, per cui si organizzavano trasporti e allevamenti di scimmie?

Adesso i trapianti hanno assunto una posizione terapeutico-scientifica molto più avanzata, diventando pratica ancora ristretta, ma più efficiente, determinata dal progresso della tecnica operatoria. Recentemente – come molti di voi sanno – la casistica è notevolmente migliorata proprio in virtù del miglioramento della tecnica operatoria. Ma le statistiche sono sufficienti?

Il trapianto del rene viene effettuato attraverso il prelievo dell'organo da individuo vivo o da individuo morto? A questo interrogativo possiamo rispondere facendo alcune considerazioni importanti a questo proposito.

Il trapianto renale di morto è possibile ed è stato praticato con parziale successo. Esso impone il problema della sua vitalità. Io non voglio ripetere la bella esposizione fatta dal relatore sulla tecnica del prelievo da morto, sulla conservazione dell'organo e sui suoi stadi di ischemia, che conducono progressivamente alla dissoluzione del rene; ma posso fare alcune osservazioni sulla possibilità di conservazione, evitando la morte dell'organo.

Qui è opportuno considerare il concetto di morte per poterci addentrare nell'argomento del prelievo di detto órgano.

Come ho altre volte detto, si ritiene in genere che un individuo sia morto irreparabilmente quando sono scomparse le sue funzioni di relazione: sensibilità e motilità, per cui non risponde al alcuno stimolo. Ma, poiché le funzioni di sensibilità e di motilità sono connesse alla integrità del sistema nervoso centrale, le cui cellule hanno un continuo bisogno di ossigeno – tanto è vero che, mancando anche per pochi istanti il suo afflusso, esse perdono la loro funzione e muoiono, si può

affermare che la morte coincide quasi con la cessazione della circolazione del sangue e della respirazione.

Però noi sappiamo che non tutti gli organi muoiono contemporaneamente: ce ne sono alcuni che continuano a sopravvivere. Un esempio lo abbiamo avuto nel cuore di Carrel che è stato tenuto in attività per circa 30 anni. Quindi, onorevole relatore, ecco una indicazione: se noi riusciamo a prelevare gli organi dei morti in periodo vitale e riusciamo a conservarli, possiamo risolvere in parte il problema del trapianto del rene. Il problema consiste tutto in questo. Infatti sappiamo che esiste una differenza tra i tessuti a cellule fisse ed i tessuti parenchimatosi, i quali ultimi vanno incontro facilmente alla dissoluzione. E non mi dilungo più su questo aspetto del problema.

CORTESE, *Relatore*. Il problema da risolvere, onorevole Pasqualicchio, non è quello della conservazione dell'organo, ma piuttosto quello del suo prelievo, perché sappiamo che, attraverso le tecniche sempre in continua evoluzione, si riuscirà in futuro certamente a mantenere vitale l'organo prelevato per 24,48 ore ed anche più. Tutto consiste cioè nella possibilità di mantenere vitale il rene prelevato nella prima fase di ischemia calda.

Per quanto riguarda il problema della conservazione, sappiamo tutti il caso, di cui si è occupato il professor Stefanini, del rene prelevato ad un individuo abitante in un paese dell'Abruzzo e trasportato a Roma dopo una percorrenza di 150 chilometri, mantenendo ciononostante intatte le sue qualità di organo vitale.

In altri termini, il vero problema consiste nel mantenere vitale l'organo nella prima fase (ischemia a caldo - catalessi) e nella seconda e terza fase, cioè in quella del trapianto. A tutto questo bisogna aggiungere la considerazione che, come dimostrano le esperienze clinich, nello stato preagonico e con una ipotensione elevatissima il rene muore. Senza contare poi che, per quanto riguarda il problema della conservazione, arriveremo anche in questo caso alla istituzione di vere e proprie banche del rene.

PASQUALICCHIO. Su questo siamo d'accordo.

Ma senza diffonderci su queste considerazioni, consideriamo ora l'aspetto dei trapianti renali fra vivi. In questi casi, che cosa avviene nel donatore? Avviene – si dice – una ipertrofia renale compensatoria. Ciò è vero, ma sappiamo anche che tale ipertrofia compensatoria si verifica solo quando si tratta di soggetto giovane.

È ormai provato che la nutrizione di un organo, di un tessuto è connessa al lavoro che esso compie, sicché vi è un rapporto fra assimilazione e funzione. La funzione, il lavoro, il maggior lavoro sono causati da stimoli fisiologici determinati dai prodotti del ricambio materiale che circolano nel sangue. Ma poiché l'azione di questi prodotti si esercita su un solo rene, è evidente che l'organo mutilato sopporta conseguentemente il doppio del lavoro di prima e quindi si ipertrofizza. Un fatto quasi analogo si ha per l'utero gravido. L'ipertrofia si pronunzia prevalentemente nei giovani. Quindi tale ipertrofia compensatoria è sempre relativa, mai assoluta.

La verità è che, nei donatori, ci troviamo di fronte ad un organismo mutilato, mancante cioè di un rene. Che cosa contempla la legge in questi casi? Tutti sappiamo che, quando accade un infortunio qualsiasi e si verifica nei lavoratori industriali una perdita di capacità lavorativa dell'11 per cento e nei lavoratori agricoli una perdita del 15 per cento, la legge riconosce a questi infortuni un corrispondente trattamento pensionistico.

Cosa stabilisce il testo unico sugli infortuni? Stabilisce che la perdita di un rene (rimanendo sano l'altro), comportando una diminuzione del 25 per cento della capacità lavorativa, dà diritto ad una adeguata pensione. In altri termini, diminuendo la capacità lavorativa, al lavoratore viene assicurata una pensione. Questa necessità è stata talmente sentita che anche il disegno di legge, di cui ci occupiamo (articolo 5), stabilisce che il donatore debba rientrare nella categoria di coloro che debbono usufruire di un trattamento pensionistico. Tutto questo dimostra che donare un rene provoca non solo una menomazione vitale, ma incide anche sulla funzionalità dell'organismo nel suo complesso.

Cerchiamo quindi di evitare che, per salvare un organismo condannato a finire a più o meno breve scadenza, venga compromessa la salute di un individuo sano. Tanto più che la Costituzione ci dice che è interesse della collettività recuperare la salute del cittadino. E noi, in questo modo, certo non la tuteliamo perché poniamo il cittadino sano in una condizione di inferiorità. Anche questa è una necessità? È discutibile, perché in linea di libertà si può ammettere che ef-

fettivamente uno possa cedere una parte della sua sanità ad un altro organismo, ma non si può legislativamente non tener presente questo dato fondamentale, che noi provochiamo nel donatore una diminuizione di capacità lavorativa che incide sulla sua salute fortemente, per quel 25 per cento già contemplato dalla legge.

CORTESE, *Relatore*. Ella ha detto che bisogna distinguere tre aspetti: un aspetto biologico, uno assicurativo ed uno morale. Ora l'aspetto biologico della ipertrofia renale conseguente all'esportazione di un rene non coincide con quello assicurativo. Innanzitutto bisogna sapere, che biologicamente, il cuore, il fegato ed altri organi unici posseggono una riserva funzionale che è 5 volte quella richiesta per le comuni funzioni. È dimostrato che si possono asportare quattro quinti del fegato e che il quinto rimanente riesce a sopperire alla funzione quotidiana dell'organo. Analogamente il cuore ha una determinata forza di riserva, la quale viene messa in opera fino all'esaurimento: quando si ha lo scompenso cardiaco significa che il cuore ha consumato anche quella forza di riserva.

Lo stesso accade per il rene, pur trattandosi di organo pari.

Questo fatto funzionale e biologico non corrisponde a quello assicurativo, per il quale sono stati fatti calcoli differenti da quelli funzionale e biologico. L'asportazione del rene è una mutilazione che si è ritenuto di calcolare al 25 per cento della capacità lavorativa, su quale base non si sa. Ella mi deve portare gli elementi medico-legali per cui si è calcolata questa diminuzione.

PASQUALICCHIO. Allora dobbiamo rimettere in discussione tutto quello che è già stato osservato?

CORTESE, *Relatore*. Sono valutazioni fatte da differenti punti di vista. Questa è la questione.

Poi c'è l'aspetto morale, per cui si dice che la Costituzione difende l'integrità fisica. Questo è giusto e doveroso. Ma qui ci sono delle altre considerazioni: se l'organismo può privarsi senza danno gravissimo, potendo svolgere tutte le sue funzioni, e si può nel contempo salvare una vita, si può ben legittimare un gesto di generosità.

PASQUALICCHIO. Già sono arrivato a contemplare l'aspetto affettivo e l'aspetto morale, che contribuiscono a dare un parere favorevole al disegno di legge.

Comunque messo in evidenza lo stato del donatore, passiamo al trapianto tra vivi.

La statistica di Starzi – ce l'ha riferita il relatore – dimostra ampiamente che i trapianti tra consanguinei sono i più favorevoli, mentre quelli tra estranei danno una mortalità molto elevata, quindi ci troviamo di fronte ad una controindicazione.

Qui entriamo nel campo della difesa biologica. Perchè si verifica il rigetto che è il principale ostacolo al trapianto?

Le manifestazioni del rigetto sono l'anafilassi e l'immunità, aspetti connessi di uno stesso processo biologico. Tralascio quanto mi ero proposto di esporre in proposito, ma non posso fare a meno di porre a noi stessi, perchè vogliamo giudicare scientemente, la domanda: perchè ci sono queste difese organiche? Noi sappiamo che l'organismo ha delle leggi che sono sue proprietà e una di queste è la omeostasi, ossia la conservazione di uno stato umorale e cellulare che rappresenta la vitalità dell'organismo. « L'omeostasi in biologia è la capacità degli esseri viventi di mantenere costanti le condizioni dell'ambiente interno nonostante gli influssi dell'ambiente esterno. Per ambiente interno (o mezzo interno) s'intendono le strutture in intimo contatto con le cellule viventi, e precisamente per l'uomo il sangue, la linfa e liquidi interstiziali dei tessuti. L'omeostasi è condizione indispensabile alla vita... in sua assenza gli organismi viventi finirebbero per soccombere rapidamente di fronte al variare delle condizioni dell'ambiente esterno. L'omeostasi è legata all'eccitabilità e alla irritabilità degli organismi viventi, cioè alla capacità di reagire agli stimoli provenienti dall'esterno... Le funzioni omeostatiche sono sotto il dominio del sistema nervoso vegetativo... Turbata l'emeostasi, con le vegetative, risultano alterate anche le funzioni superiori psico-intellettive. Di qui l'affermazione di Claude Bernard, che riporta all'omeostasi la possibilità di una vita libera indipedentemente dalle condizioni ambientali » (*Enciclopedia Motta*, pagina 4549).

Questo è il nocciolo della questione. Non solo dobbiamo avere riguardo ma attenzione a non arrivare a delle deliberazioni che potrebbero portare a dei fatti in contrasto con le stesse scoperte scientifiche.

Le omeostasi potrebbe essere riassunta con una formula politica: se consideriamo gli organismi *in toto*, l'organismo umano non è solo un qualsiasi organismo fra i tanti animali e vegetali, è una grande ed efficiente

democrazia, con solidarietà funzionale degli organi e dei miliardi e miliardi di cellule. Il male di un organo o anche di una cellula si ripercuote su tutto l'organismo. Qui siamo di fronte ad una democrazia naturale. Se vogliamo costruire una democrazia veramente sociale dobbiamo l'esempio dell'organismo, di qualsiasi organismo.

L'omeostasi non è una legge: sono delle relazioni che si sono constatate nelle funzioni degli organi stessi e delle cellule. Quindi siamo di fronte a questa realtà.

In questo consistono l'immunità e l'anafilassi. Il concetto di immunità indica la capacità di ogni organismo a difendere la sua integrità strutturale e funzionale da qualsiasi offesa che proviene dall'esterno; ed anche dall'interno, perchè sappiamo che c'è perfino una autoinmmunità quando qualche cellula o anche un organo vanno in decomposizione, i cui prodotti diventano antigeni, che provocano una risposta anticorporale.

CORTESE, *Relatore*. Questo non sia mai, perché c'è l'unità dell'organismo. L'organismo non tollera l'estraneo, ma il proprio organo sì. Ora, se il rene dà dei prodotti di decomposizione, questo non può essere causa di malattia, semmai di intossicazione di altro genere.

Poi vorrei ricordare che l'omeostasi non è un aspetto statico dell'organismo: è un aspetto dinamico per cui viene turbata in ogni attimo; anche mentre stiamo sforzando il nostro cervello, l'omeostasi riceve dei turbamenti, ma l'organismo cerca sempre di rimetterla a posto. L'omeostasi, quindi subisce sempre degli insulti, che vengono superati.

PASQUALICCHIO. Questo nel caso di malattia. Ma quando vi sono i prodotti di degenerazione, di denaturazione, questi diventano antigeni.

Sicché l'organismo ha la capacità di distinguere il proprio da quello che non è proprio, e di distruggere quest'ultimo.

Ora il problema è questo: la capacità di produrre anticorpi è acquisita o geneticamente ereditaria?

Questa è una lunga questione. La risposta recente data dagli esperimenti scientifici ci dice che questa capacità di produrre anticorpi è geneticamente ereditaria, non semplicemente proveniente dalla presenza degli antigeni. Il dottor Burnet a Melbourne ultimamente ha fatto delle comunicazioni molto interessanti al riguardo.

Il fatto è che la non ricezione del rene non è un puro capriccio dell'organismo ricevente, ma risponde ad una esigenza vitale dello stesso organismo, in quanto che questo rene trapiantato è pur sempre estraneo; per quanto omologo, è pur sempre un corpo estraneo che ha un suo metabolismo, una sua assimilazione, e i suoi prodotti possono essere nocivi all'organismo del ricevente. Quindi, oltre ad avere una proprietà di tessuti, di cellule differente da quella dell'organismo ricevente, ha anche questa sua proprietà di funzioni che non può non essere nociva all'organismo nel quale lo deponiamo.

Tralascio altre considerazioni, sul come avviene la cosiddetta informazione della formazione delle cellule, l'informazione della formazione degli anticorpi attraverso i nuclei proteidi, i cromosomi, ecc.: questa è scienza acquisita.

Noi parliamo molto di D.N.A., di R.N.A. informatore e di R.N.A. trasportatore, cioè di quei principi attivi dell'acido nucleinico che danno l'informazione per la struttura delle proteine. E se questa informazione per la formazione delle proteine è una proprietà dell'acido nucleinico, e questo acido nucleinico è proprietà di ogni organismo, noi ci rendiamo conto del contrasto fondamentale che esiste tra l'innesto di un organo e l'organismo in cui è stato innestato.

Quello che prima accettavamo solo come dato, adesso l'accettiamo in quanto conosciamo il meccanismo di come avviene l'informazione formativa delle proteine e quindi della vita stessa del rene.

Per questo dicevo che non possiamo procedere a cuor leggero, e che forse molto opportunamente il rappresentante del Governo ha ritenuto di fare delle osservazioni al riguardo e di dover rielaborare il disegno di legge: non so se sotto il punto di vista legale.

VOLPE, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Occorrerà sentire la Commissione giustizia.

PASQUALICCHIO. Certo è che noi siamo a questo punto della scienza: essa non può trascurare la sua attività, ma nello stesso tempo è guardinga nel dare una risposta positiva o negativa. Noi dobbiamo perciò in campo legislativo considerare questo; e quando vi saranno dei risultati, dovremo tenerli presenti.

Tralascio tutto il resto, anche se sarebbe opportuna al riguardo una lunga discussione.

Dice il relatore che i risultati sono stati positivi. Aggiunge anche che « mediante il loro impiego si è raggiunto lo scopo di pre-

venire il rigetto, sia rendendo il tessuto trapiantato non antigenico, sia prevenendo il contatto tra gli antigeni tessutali con le cellule linfoidi immunocompetenti, sia distruggendo o alterando le cellule immunocompetenti, sia infine che le cellule immunocompetenti raggiungano il trapianto o lo danneggino ».

Questo stesso argomento avrebbe bisogno di una lunga critica: critica non nel senso di contrasto, di opposizione, ma nel senso di approfondimento al fine di vedere chiaro nel contenuto dell'affermazione. Forse, gli antimetabolici, il cortisone, sono innocui? Ella stessa, onorevole relatore, ha fatto presente che non lo sono, e quindi ledono l'organismo...

CORTESE, *Relatore*. Credo di averlo detto.

PASQUALICCHIO. ...perché interferiscono nella formazione degli anticorpi, così come interferiscono specialmente nella formazione delle proteine.

Noi sappiamo, che nelle cellule si ha la costruzione delle proteine essenziali per l'organismo stesso; mentre gli antimetabolici – lo dice la parola – impediscono il metabolismo delle cellule e impediscono nello stesso tempo questo processo vitale delle cellule stesse di formazione delle proteine. Per questo dicevo che si tratta di un problema vasto e specificamente importante, criticabile nel senso che richiede una più avanzata considerazione.

Per quanto riguarda il cortisone, noi sappiamo che il cortisone è un ormone che viene usato in numerose affezioni con risultati positivi, insperabili una volta. Ma non diminuisce forse il cortisone il potere di difesa? L'organismo che ha avuto una cortisoneterapia non va forse incontro facilmente a delle infezioni piogene specialmente? Quindi noi con tutte queste terapie immunosoppressive, antimetaboliche, cortisoniche produciamo una diminuzione vitale dell'organismo che ha ricevuto il rene per continuare a vivere. Possiamo trascurare questi elementi? Certamente no.

CORTESE, *Relatore*. Ma non li ho trascurati neanche io.

PASQUALICCHIO. Vi è poi il problema delle reazioni tardive, ecc.

Arriviamo così alla conclusione. Ho tralasciato completamente quelle che dovevano essere le considerazioni che effettivamente ci avrebbero condotto a considerare sotto un aspetto molto più concreto il disegno di legge; ma credo di averne dato qualche ragguaglio.

La mia conclusione personale, come medico e come indagatore, conclusione che può anche divergere da quella del mio partito, è questa:...

MONASTERIO. Sulle questioni scientifiche i partiti non c'entrano.

PASQUALICCHIO. Prescindendo da considerazioni eminentemente etiche (minorazione organica da una parte per migliorare un altro organismo in pericolo di morte dall'altra), affettive (soccorso volontario da parte di parenti organicamente efficienti a un parente carente) e strettamente terapeutiche, ci troviamo di fronte alle esigenze della scienza che, attraverso le sue generalizzazioni, le ipotesi di lavoro provvisorie, ricerca il mezzo più adatto a far fronte a una calamità patologica inesorabile.

Perciò anche noi troviamo opportuno agevolare la ricerca scientifica eliminando gli ostacoli giuridici e sapendo che la scienza non abusa e non fa spreco della vita.

Per queste esigenze è necessario che concorrano le seguenti condizioni: 1) devono essere istituiti centri di trapianto di organi strettamente qualificati; 2) il trapianto deve essere esteso a tutti gli esseri umani, dopo aver fatto le preventive ricerche che permettano una prognosi approssimativamente favorevole; 3) l'intervento operatorio, previa la preparazione, e l'assistenza post-operatoria debbono essere gratuiti.

PRESIDENTE. Il seguito della discussione è rinviato alla prossima seduta.

Votazione segreta.

PRESIDENTE. Indìco la votazione a scrutinio segreto sui due disegni di legge esaminati nella seduta odierna.

(*Segue la votazione*).

Comunico il risultato della votazione:

Disegno di legge: « Modifica degli articoli 8, secondo e terzo comma, e 9, primo e terzo comma, della legge 6 agosto 1966, n. 625, concernente provvidenze in favore dei mutilati e invalidi civili » (*Approvato dalla XI Commissione permanente del Senato*) (3991):

Presenti e votanti	30
Maggioranza	16
Voti favorevoli	30
Voti contrari	0

(*La Commissione approva*).

Disegno di legge: « Rifornimento idrico delle isole minori » (*Approvato dalla XI Commissione permanente del Senato*) (3992):

Presenti e votanti	30
Maggioranza	16
Voti favorevoli	30
Voti contrari	0

(*La Commissione approva*).

Hanno preso parte alla votazione:

Alboni, Balconi Marcella, Barba, Barberi, Bartole, Berretta, Buffone, Cattaneo Petrini Giannina, Cortese Giuseppe, D'Antonio, De Maria, Di Mauro Ado Guido, Fada, Gallúzzi Vittorio, Gasco, Lattanzio, Messinetti, Monasterio, Morelli, Palazzeschi, Pasqualicchio, Pierangeli, Savoldi, Scarpa, Sorgi, Spinelli, Tantalo, Urso, Usvardi, Zanti Tondi Carmen.

La seduta termina alle 11,40.

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Dott. ANTONIO MACCANICO

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO