COMMISSIONE XIV

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

LXXII.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 18 MAGGIO 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) . . . 779

PRESIDENTE 779

CORTESE, *Relatore* 780, 783, 789

CAPUA 780

D'ANTONIO 781

DI MAURO 784

MARIOTTI, *Ministro della sanità* 781, 788, 789

MONASTERIO 786

La seduta comincia alle 9,45.

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

(*È approvato*).

Seguito della 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 », numero 3694, già approvato dal Senato, per cui è richiesto il parere della IV e dell'VIII Commissione.

Prima di riprendere la discussione, desidero mettere i colleghi al corrente della lettera inviata ora dal Presidente della Sottocommissione per il parere della Commissione giustizia, che è piuttosto preoccupante. Essa dice testualmente:;

Onorevole Presidente
della XIV Commissione (Sanità)
S E D E

Onorevole Presidente,

la Sottocommissione per i pareri della IV Commissione giustizia, iniziando l'esame del disegno di legge n. 3694 sul trapianto del rene tra 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 elaborazione – e ciò al fine di adattarla alla uguale espressione tecnico-legislativa (tanto più necesaria per l'espresso riferimento al codice civile) e soprattutto per la stessa efficacia applicativa del provvedimento che dalla formulazione medesima appare certamente condizionata.

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

Con tutta cordialità.

(Uberto Breganze)

Mi è pervenuto un nuovo testo, formulato dalla Sottocommissione suddetta, che, per altro, non risulta sia stato sottoposto all'approvazione di tutti i componenti la IV Commissione)...

Riterrei pertanto opportuno di esaurire intanto oggi la discussione generale, per pregare quindi il Governo – se l'onorevole relatore è della stessa opinione – di prendere visione del nuovo testo proposto, per rendersi conto delle differenze esistenti tra le due versioni, e tentare di uscire da questo *impasse*.

Ricordo che il disegno di legge è già stato approvato dal Senato, e che quindi ogni ulteriore modifica comporterebbe un ritardo dell'*iter* legislativo. Tale problema, ad ogni modo, verrà risolto quando si esaminerà, in altra sede, il contenuto del nuovo testo proposto.

CORTESE, *Relatore*. Signor Presidente, io ho dato una scorsa al nuovo testo predisposto dalla Sottocommissione della IV Commissione giustizia, esso si compone dello stesso numero di articoli, e si limita a cambiare delle parole, lasciando immutati i concetti. Ad esempio, invece, di dire « fratelli germani o non germani del paziente » dice « fratelli germani o unilaterali del paziente ».

Nella sostanza, però, nulla viene mutato. La deroga rimane nei limiti già stabiliti nel testo governativo. A me pare che se accettassimo questo consiglio di modificare il testo soltanto, diciamo così, per una linguistica giuridica, non arriveremmo mai ad approvare la legge. Io sono testimone di sciagure in molte famiglie, che da tempo attendono l'approvazione di questa legge.

Con tutta la deferenza nei confronti della Commissione giustizia, io ho i miei dubbi sull'opportunità di una modifica. Quella Commissione, inoltre, non dice che il testo governativo non sia corretto nella sostanza, ma semplicemente suggerisce una formulazione magari giuridicamente più corretta. Se però modificassimo il testo del disegno di legge, questo dovrebbe tornare nuovamente al Senato, il quale magari potrebbe trovare che il nuovo testo non è migliore del precedente.

Di questo problema discuteremo ancora, non appena esaurita la discussione generale; ma io desidero fin da adesso esprimere questa mia opinione in proposito.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare l'onorevole Capua. Ne ha facoltà.

CAPUA. Il gruppo liberale in linea di massima non è contrario all'approvazione del provvedimento; abbiamo solamente alcune perplessità. Una di indole generale: cioè, l'aver voluto regolare per legge tutto questo, se da una parte risponde ad un intento lodevole, crea anche delle preoccupazioni. Fino a questo momento nessuno è stato processato per aver effettuato un trapianto; stabilire per legge che lo stesso può avvenire solamente tra consanguinei, può creare nell'ambiente familiare delle situazioni angosciose.

Ho ascoltato la lunga relazione fatta dal collega Cortese, e mi congratulo con lui per il suo lavoro minuzioso di ricerca, ma non sono certamente rimasto entusiasta dei successi visti sotto il profilo del tempo.

Fra le varie cose che vorrei far osservare vi è quella che si riferisce all'autorizzazione. Cioè: « Il prelievo e il trapianto del rene possono essere effettuati in Centri per i trapianti di organi, in istituti universitari, ed in ospedali ritenuti idonei anche per la ricerca scientifica. I centri, gli istituti e gli ospedali predetti devono disporre di sanitari particolarmente qualificati... e devono essere autorizzati dal ministro della sanità... ». Ella sa, onorevole ministro, che, a parte le divergenze politiche, siamo tutti pronti a difendere i giusti diritti del Ministero della sanità; ma non mi pare che, in questo caso, il Ministero della sanità abbia il diritto di autorizzare, o di valutare la preparazione tecnica di un gruppo di medici; esso potrà valutare l'idoneità tecnica dell'ambiente, ma non la preparazione tecnica di un gruppo operatorio.

C'è da considerare che con questa legge veniamo a stabilire un principio nuovo, che per me ha la sua importanza; e cioè che, per determinati tipi di interventi, occorre un ulteriore giudizio espresso dal Ministero della pubblica istruzione e da quello della sanità. Ogni medico è autorizzato dalla legge italiana a fare – nell'ambito delle specificazioni della legge – il medico, o il chirurgo, come vuole. Partendo dalla legge oggi in esame, si potrebbe domani arrivare a richiedere, magari, un'autorizzazione speciale per fare, per esempio, il dentista. Si viene, cioè, a creare un precedente.

Ma dal punto di vista tecnico, signor Presidente, presenta difficoltà molto maggiori tutta quella meravigliosa chirurgia che si effettua sul cuore: oggi un trapianto valvolare, una sutura di un forame sono molto più difficili di un trapianto del rene; eppure nessuno si è mai sognato di dire che per fare della chirurgia vascolare occorre una speciale autorizzazione. Lo stesso dicasi per altri tipi di chirurgia cranica, di chirurgia vascolare (per esempio, il trapianto dell'aorta), che sono enormemente più difficili, dal punto di vista tecnico, del trapianto del rene.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Con la differenza, però, che nel caso in esame si tratta del trapianto di un organo da una persona vivente, che pone in pericolo di invalidità permanente due persone!

CAPUA. Io sono d'accordo che ella si premunisca giuridicamente contro questa eventualità, ma non con l'affermazione che il Ministero della sanità possa giudicare dell'idoneità tecnica dei chirurghi; altrimenti costituiremmo un pericoloso precedente.

Vorrei poi fare un'ultima osservazione. L'articolo 5 del disegno di legge dice testualmente: « Per l'intervento chirurgico del prelievo del rene, il donatore è ammesso a godere dei benefici previsti dalle leggi vigenti per i lavoratori autonomi o subordinati in stato di infermità; è altresì assicurato contro i rischi immediati e futuri inerenti all'intervento operatorio e alla menomazione subìta ».

Ora, non mi preoccupa la prima parte, quella relativa alla spesa dell'intervento, perché la legge in esame copre, praticamente, tutta la cittadinanza italiana; e quindi il problema non si pone.

Si pone però il secondo problema, perché inevitabilmente, checché si dica, colui che perde un rene è menomato, e ha quindi diritto non a un indennizzo *una tantum*, ma ad uno stato pensionabile. Chi si preoccuperà di questa forma di assicurazione? Mi sembra che la legge non provveda in merito. Si potrà magari discutere sull'entità della menomazione, e quindi sulla somma da corrispendere; ma è fuori dubbio che una menomazione vi sarà. È un quesito che mi permetto di formulare, per evitare di fare una legge che non risponda poi a determinate esigenze.

D'ANTONIO. Signor Presidente, onorevole Ministro, onorevoli colleghi, lungi da me l'idea di fare una dissertazione di natura scientifica sulla brillantissima relazione del professor Cortese, che, per me, oltre ad essere il collega Cortese è anche il maestro, professor Cortese, dal quale tante volte io vado per completare la mia preparazione chirurgica, per assistere ai suoi interventi, specialmente di chirurgia addominale, avente stretta attinenza con la chirugia urologica. Per questo gli sono particolarmente grato.

L'onorevole Cortese, però, mi consentirà, nella sua veste di relatore, di fare alcune osservazioni modeste, con tutto il rispetto che continuo a portargli.

Più che di osservazioni, vorrei dire che si tratta di alcune precisazioni.

Il professor Cortese sa che io vivo molto da vicino questi problemi, insieme con il mio maestro, professor Bracci, fin da quando, nel 1964 si fu costretti a mandare a Richmond un assistente dell'Istituto di urologia dell'Università di Firenze. Con le borse di studio del Ministero della pubblica istruzione non potevamo nemmeno permetterci di pagare neanche per un giorno la permanenza di un assistente perché potesse studiare da vicino i problemi del trapianto del rene, che già allora si ponevano alla nostra attenzione.

I colleghi ricorderanno che tre anni fa fui interrotto brillantemente dal collega Messinetti mentre sostenevo che il Ministero della sanità doveva avere una veste tutta sua propria perché cominciavano ad apparire all'orizzonte problemi di grande importanza dal punto di vista scientifico. Fu in quella occasione che preannunciai la necessità di una legge sul trapianto del rene.

Mi sembra adesso sia necessario fare alcune osservazioni, e puntualizzare alcuni argomenti.

Mi permetto di osservare che se l'onorevole Cortese avesse fatto una relazione scientifica ad un congresso, egli sarebbe stato costretto, molto probabilmente, ad entrare in maggiori particolari scientifici, e a sorvolare invece su altri argomenti.

Molti colleghi hanno parlato dell'uremia; ma il problema da risolvere è quello dell'insufficienza renale. A mio parere, noi siamo partiti facendo qualche confusione.

Innanzi tutto, perché denominare questa nostra legge « Trapianto del rene tra persone viventi »? Io mi permetterei di suggerire invece di limitare la definizione a « Trapianto del rene ». Non vorrei, infatti, che ci affrettassimo a fare una legge che tra non molto potremmo essere costretti a modificare, se non a rifare completamente.

Il grave problema dell'insufficienza renale è una entità clinica la quale ha duplice origine: prettamente medica, o prettamente chirurgica.

Mi pare che questa distinzione non sia stata toccata dai colleghi; dal Relatore, sì, in diversi punti, anche se non approfonditamente. Secondo la nostra esperienza e secondo quanto si è stabilito ultimamente nell'ampio dibattito che abbiamo tenuto nel simposio di Fiuggi, nel novembre 1966, relatore il professor Valdoni, il professor Bracci per la parte strettamente urologica, il professor Monasterio, e per la parte giuridica il professor Giovanni Leone e per la parte etico-sociale monsignor Angelini, noi riuscimmo a stabilire dei princìpi.

Il confronto di idee che si è avuto in questi ultimi anni è stabilito da una parte dai nefrologi medici e dall'altra dai nefro-chirurghi; da parte di alcuni si affermava – capo scuola il professor Monasterio – che era assolutamente da scartarsi l'ipotesi di superare tutti i gravi problemi che si presentavano. Dobbiamo tener presente, onorevoli colleghi, che la grave malattia renale, di cui ci occupiamo, conduce alla morte più i giovani che gli anziani.

Vorrei dire al collega Pasqualicchio che, non è tanto il problema dell'uremia quello che preoccupa, quanto il problema dell'insufficienza renale! l'uremia può dipendere da tante altre cause e non è strettamente legata alla causa renale. È ormai dimostrato chiaramente che il grado di insufficienza renale non determina l'*exitus* per un fatto, strettamente legato all'insufficienza dell'organo di cui ci occupiamo, ma è un quadro generale per tutti i disturbi che ne derivano, e in primo luogo quelli cardiaci.

Il problema, pertanto, non è quello dell'uremia, ma bensì quello di superare la grave insufficienza renale. A questo punto iniziano i contrasti. Sono convinto che per l'insufficienza renale, pertinenza medica, sorgano alcuni interrogativi: quando effettueremo il trapianto? e quando lo stesso sarà effettuato quali vantaggi ne otterrà il malato? *Nessuno, a mio parere.* Quando verrà effettuato un trapianto in un grave insufficiente renale, l'organo trapiantato è destinato, fatalmente, ad ammalarsi di nuovo.

Noi tutti consigliamo il trapianto nelle gravi affezioni chirurgiche come il rene policistico, le agenesie, il megauretere e nelle gravi asportazioni o mutilazioni; ma, nell'insufficiente renale, per il quale noi ancora non siamo in condizioni di individuare la causa della malattia, noi non riusciremo mai a trapiantare, in quanto il trapianto è destinato a fallire, non solamente per il fenomeno del rigetto, ma anche per fenomeni secondari che finiscono per ammalare il rene trapiantato.

Per la verità, lo stesso professor Monasterio, nella sua relazione a Fiuggi, ha cominciato a rivedere la sua posizione; in sostanza, unico sostenitore della cosidetta dieta aproteica e dell'emodialisi è arrivato ad una fase di conciliazione delle due grosse impostazioni; pertanto, da una fase di netta opposizione al trapianto del rene, egli si è portato su di un'altra posizione, affermando che, secondo me giustamente, possono coesistere le due posizioni terapeutiche.

È noto, onorevoli colleghi, che prima di procedere ad un trapianto, la correttezza impone una reflectomia bilaterale. Bene ha detto l'onorevole Relatore, quando ha affermato che il trapianto non offre alcuna difficoltà a chi abbia una certa esperienza di sutura vasale; a mio parere è difficile soltanto la scelta del chirurgo, in quanto come sappiamo si può essere bravi in un determinato campo della chirurgia ed essere meno bravi in un altro.

Tutto questo però non è considerato nella legge che noi abbiamo al nostro esame; qui, si afferma che quando ci si trova di fronte ad una grave causa di insufficienza renale si deve attuare il trapianto.

Mi permetto di dissentire da questa impostazione: perché il trapianto del rene noi dobbiamo effettuarlo soltanto come *extrema ratio.*

A proposito dell'intervento, il professor Cortese ha parlato brillantissimamente dei tre momenti che preoccupano maggiormente. È infatti fuori discussione che l'ipotesi migliore sarebbe quella del trapianto da cadavere a vivente. Certo, vi sono dei gravi problemi, che il professor Cortese ha descritto scientificamente: l'ipotensione, l'ischemia, eccetera. Il Relatore sa però meglio di me che a Zurigo si stanno già svolgendo studi avanzati in materia. Innanzi tutto, bisogna stabilire che cosa si intende quando si parla di « morte »: vi è la morte biologica, la morte medico-legale, la morte clinica, e così via. Ebbene, il caso è risolto con la presenza di tre primari che si trovano in permanenza nell'istituto per il trapianto; nel momento in cui, per esempio, arriva un traumatizzato in gravissime condizioni, sono questi tre primari che stendono l'atto di morte, anche prima che il traumatizzato sia finito, e, attraverso particolari accorgimenti di natura scientifica, che non è qui il caso di illustrare, per non infastidire i colleghi, effettuano il trapianto.

In sostanza, cosa hanno detto tutti gli illustri clinici che si sono occupati del trapianto? Che la difficoltà maggiore consiste nel tempo impiegato per trasportare il rene dal cadavere al vivente, perché se questo periodo è troppo lungo il rene potrebbe non servire più a niente. Secondo il professor Valdoni, non si dovrebbe superare la mezz'ora; secondo altri, il limite sarebbe di tre quarti d'ora.

Ma questo problema sorge perché noi manchiamo delle attrezzature adatte. A Richmond, per esempio, esiste un centro aperto in permanenza, pronto ad eseguire il trapianto nell'eventualità che arrivi il soggetto.

Ella giustamente, nella sua relazione, onorevole Cortese, ha detto che quando si tratta di trapiantare il rene da una persona vivente è possibile studiare l'organo, è possibile scegliere un soggetto giovane, per evitare fatti arteriosclerotici; così pure è possibile scartare chi abbia già un tumore in fase iniziale; è possibile tener conto di chi abbia il diabete. Ma bisogna anche tenere presente che possono esistere malformazioni renali misconosciute, clinicamente impossibili a diagnosticarsi; ed ecco, allora, che neanche il rene del vivente sarà più adatto per il trapianto. Del resto, ella stesso ha detto che per lo meno il 28-30 per cento dei reni non sono in condizione da essere trapiantati.

CORTESE, *Relatore*. Questa era la proporzione: su cento cadaveri solo il 20 per cento avevano reni trapiantabili.

D'ANTONIO. Io mi permetto di dissentire da quato ha affermato il professor Tonelli, e che è frutto della sua esperienza, ma non dell'esperienza degli altri trapiantatori. Cosa hanno detto altri coleghi? Ci si è chiesti se, di fronte a 500 mila morti ogni anno per gravi insufficienze renali, 1000 o 1050 trapianti effettuati, con alcuni successi, e certamente moltissimi insuccessi, ci autorizzino a fare il discorso legislativo del trapianto. Ebbene, anche l'onorevole relatore, giustamente, ha dato all'interrogativo una risposta affermativa, perché il cammino della scienza è sempre stato cosparso anche da insuccessi.

Quando si parlò per le prime volte di questa legge, i professori Valdoni e Monasterio dissero che noi dobbiamo essere i pionieri: nel Far est si camminava a cavallo, mentre adesso si attraversa il Texas sugli aviogetti; perché dobbiamo partire in diligenza, quando ci incamminiamo sulla strada che ci porterà a ridare a questi infelici la salute? Ebbene, io sono d'accordo per le forme chirurgiche, ma sono nettamente contrario per le forme mediche. Ma nel momento in cui legiferiamo in materia, noi non possiamo specificare che il trapianto è ammissibile soltanto per determinati gruppi di malati.

Mi permetterò allora soltanto di fare alcune oservazioni; dopo di che il Relatore, che è molto più competente di me (ho già detto che è il mio maestro) giudicherà se tali osservazioni possono avere per lo meno un fondo di validità.

Arrivati a questo punto, si pone il problema: da chi effettuare il trapianto? Tra viventi, dice la legge. Ma io sono convinto che tra qualche anno saremo allora costretti a midificare la legge. Ci si preoccupa del mercimonio, e si tenta di usare accorgimenti volti ad impedirlo: ma fatalmente, il giorno in cui la legge sarà aprovata, avrà inizio questo tipo di compravendita.

Si è poi parlato della consanguineità. Ebbene, neanche a farlo apposta, a quanto dice la statistica di Starlz, i trapianti meglio riusciti sono quelli effettuati tra cugini; e si immagini quanto sarà difficile ottenere il rene dal cugino.

MONASTERIO. Ma che casistica è quella? (*Commenti*).

D'ANTONIO. Esiste una spiegazione scientifica di questo fatto.

Ma il punto più grave è un altro. Insieme con il professor Bracci – uno dei massimi rappresentanti della urologia italiana – ci siamo trovati di fronte al caso del padre che si rifiuta di offrire il proprio rene, perché è costretto a lavorare e non può permettersi di rimanere menomato. Vorrei dire che non è facile che si possa arrivare a questo discorso.

Le statistiche dimostrano che i reni che attecchiscono meglio, nella percentuale del 100 per cento, sono quelli trapiantati tra cugini, mentre la percentuale scende addirittura al 20-24 per cento quando si opera il trapianto tra genitori e figli. Questo fatto ci lascia veramente molto perplessi; non vorrei che questa legge nascesse così monca. Tutti si aspettano questa legge; purtroppo, come spesso avviene, noi siamo gli ultimi quando invece potremmo essere all'avanguardia.

Vi è poi il problema del rigetto nell'operazione di trapianto.

CORTESE, *Relatore*. Dobbiamo tener presente che il trapianto viene effettuato nella sede più distante da regioni linfo ghiandolari. Molti chirurghi, trapiantando nella fossa iliaca destra, se si trovano di fronte a delle ghiandole, asportano le ghiandole regionali, proprio per evitare un rigetto precoce.

PRESIDENTE. Vorrei chiedere alla cortesia dei colleghi di evitare al massimo l'uso di vocaboli tecnico-operatori e di sintetizzare il problema.

D'ANTONIO. Questo fatto comporta delle notevoli discussioni dal punto di vista della tecnica del trapianto.

Inoltre, e ne sono convinti tutti da Valdoni, a Monasterio, a Bracci, a Condorelli che sarebbe più conveniente, più serio, più idoneo effettuare il trapianto del rene da un cadavere, sempre che, naturalmente, fossero superate quelle fasi di cui, giustamente, si è preoccupato il Relatore. Cioè, la ipotensione cui è sottoposto il rene del morto e la circolazione del sangue che non deve arrestarsi

più del tempo necessario perché possa effettuarsi il trapianto e le fasi conseguenti al trapianto stesso. Naturalmente questo trapianto non può essere affidato ad un gruppo medico qualsiasi; è necessario che vi siano delle *equipes* altamente specializzate e dei chirurghi veramente all'altezza dell'importante compito come è quello del trapianto del rene. L'onorevole Relatore ha ricordato che a Parigi, lo specialista consiglia il trapianto del rene, ma chi effettua materialmente l'intervento è un chirurgo specializzato.

Di fronte a queste perplessità, la coscienza di chi vive accanto a questi ammalati impone che questa legge venga approvata al più presto, anche se la stessa dovrà essere sottoposta a delle modifiche.

Comunque, ella, onorevole relatore, è convinto dell'opportunità di tentare il trapianto quando nei gravi insufficienti renali di natura medica, a un certo momento l'emodialisi non dà più alcun risultato? Questo è l'interrogativo grave che mi pongo.

Io ritengo possibile trapiantare addirittura il cuore, che non è un organo ma funzione paragonabile per importanza a quella del rene. Il rene non ha solo funzione escretoria e secretoria. Qualche anno fa, in omaggio a un illustre chirurgo italiano, abbiamo fatto un congresso sulla ipertensione nefrogena, per scoprirne le cause; ebbene, abbiamo visto che basta un piccolo ostacolo, una stenosi di una qualunque piccola arteria: e sono centinaia! perché si abbia una ipertensione. Noi conosciamo, grosso modo, tutto ciò che le ghiandole a secrezione interna mettono in circolo, ma non conosciamo il *quantum* della funzione endocrinologa del rene.

Onorevole relatore, io ritengo che questi trapianti siano destinati all'insuccesso. Si può arrivare all'emodialisi; si può arrivare alla nefrectomia bilaterale; il paziente può resistere un mese, due, anche un anno; dopo di che muore per il trapianto. Su questo argomento non si discute.

Ringrazio, quindi, il professor Cortese della sua meravigliosa relazione scientifica, e gli chiedo scusa se mi sono permesso di fare alcune osservazioni, dettate, più che altro, dalla esperienza che mi viene dal vivere soltanto questa branca specialistica della medicina.

Ritengo che il disegno di legge vada approvato al più presto, senza tenere conto della mia osservazione sul titolo, che sarebbe più corretto, dal punto di vista scientifico, nella dizione da me suggerita.

Direi, però, di non modificare la legge, ma di approvarla come ci è pervenuta dal Senato, perché è stata studiata con molta attenzione; a giudicare dalla relazione Sameck-Lodovici e da quelle di altri, quei parlamentari si sono comportati con grande senso di misura, di discrezione e di correttezza anche nell'applicazione delle norme etico-morali che il provvedimento tocca.

Occorre fare presto, perché c'è tanta gente che si può salvare. Pensate quanti reni policistici sono in circolazione, quanti reni a ferro di cavallo, a spugna; quanti sono destinati a soccombere per calcolosi. Sono questi i casi in cui si deve effettuare il trapianto. È vero che può avvenire il processo immunologico, il fenomeno del rigetto; ma sono problemi che la scienza ha il dovere di affrontare, in questi casi.

Sono queste le posizioni che dobbiamo tenere presenti. È da evitare il facile entusiasmo su un problema che è ancora in fase di studio scientifico più che di applicazione pratica. In questo modo potremo veramente preparare dei giovani capaci, negli ospedali, nelle cliniche universitarie, negli istituti specializzati, in grado di effettuare i trapianti; ma limitando questi ai casi che effettivamente possono trarne beneficio, perché per il grave insufficiente renale medico il trapianto non serve a niente: si può prelevare un rene sano da chi si vuole, ma quel rene è fatalmente destinato ad ammalarsi dello stesso male.

Ben venga, dunque, la legge proposta dall'onorevole ministro, così com'è stata formulata; però, se è possibile, con qualche correzione.

DI MAURO ADO GUIDO. Io mi asterrò dall'entrare i particolari di carattere scientifico, soprattutto perché non è questo il nostro compito. Noi siamo legislatori: possiamo tenere conto della messe di studi scientifici portati dal relatore e dagli altri colleghi intervenuti; ma la nostra preoccupazione deve essere di natura diversa.

Mi sembra che tutti gli oratori intervenuti hanno dimostrato di essere favorevoli a che si cominci anche in Italia la sperimentazione su questo nuovo tipo di trattamento terapeutico mediante trapianto di organi.

Qual'è la preoccupazione che ci muove? Si tratta di una preoccupazione che non è soltanto nostra; il motivo del lungo *iter* di questo provvedimento al Senato non era costituito da una opposizione dei colleghi senatori all'introduzione di tale terapia, ma dal timore che si potessero determinare casi di mercimonio. Sono preoccupazioni non estranee allo stesso Governo, che nel presentare il disegno

di legge tenta di fornire determinate garanzie in questo senso.

Quindi vi è un'unità nel paventare questi pericoli. Il dissenso nato al Senato, ed in misura più ridotta, in questa sede verte, semmai, sull'efficacia. Ma, su due questioni e cioè di autorizzare rapidamente l'inizio di questa terapia e di preoccuparsi che non si verifichino fenomeni negativi, vi è l'accordo completo.

Una domanda che io pongo è questa: questo testo così come è stato stilato è idoneo a garantirci al massimo possibile? Dopo che avremo avuto una risposta potremo decidere se votarlo immediatamente oppure se rinviarlo per apportarvi qualche variazione.

Una delle barriere frapposte dal Senato è stata quella di modificare il testo del provvedimento governativo consentendo il trapianto del rene solamente tra consanguinei.

CORTESE, *Relatore*. Non dimentichiamo che il trapianto tra consanguinei ha maggiori probabilità di riuscire.

DI MAURO. Nella sua relazione, però, è anche detto che in questi ultimi anni sono stati fatti notevoli progressi nella ricerca sulla tipizzazione dei tessuti; proprio questi progressi ci fanno presupporre che ci avviamo verso un domani in cui si potrà allargare la cerchia dei donatori. Diventa, pertanto, contraddittorio che venga inserita questa barriera nel momento in cui la scienza ci dimostra che possiamo anche ricorrere ad accertamenti preventivi nella cosiddetta tipizzazione dei tessuti.

Pertanto, nel momento in cui ci avviamo ad utilizzare elementi estranei al gruppo familiare, poniamo una condizione, molto forte, di ricatto morale nell'ambito di quella famiglie che hanno la disgrazia di avere un congiunto malato. Dobbiamo, perciò, sostituire a questa barriera un'altra ed allargare – se possibile, pensando al futuro – a tutti i livelli la possibilità di donare il proprio rene.

Noi ci troviamo ancora oggi in una promettente fase sperimentale e pertanto le cautele debbono essere massime; a questo proposito mi ha meravigliato non poco l'intervento dell'onorevole Capua, il quale contesta al Ministero della sanità il diritto di limitare, inizialmente, i centri per l'effettuazione dei trapianti.

Si tratta di una nuova tecnica chirurgica e come tale vi sono dei rischi; ma, al contrario di tutte le altre tecniche, qui si tratta di intervenire anche su soggetti sani; pertanto, le cautele debbono essere maggiori e più estese. Infatti, oltre a valutare l'utile che viene apportato al soggetto malato, dobbiamo considerare il danno che deriva al soggetto sano.

Dobbiamo andare verso due direzioni; la prima è di far sì che presto nei centri italiani si possa cominciare a sperimentare; la seconda, è di evitare che fra i vari ospedali italiani ci sia una corsa per fregiarsi di questo titolo di onore. Sono naturalmente delle ambizioni accettabilissime, ma trovandoci in fase sperimentale non ritengo che sia opportuno allargare il numero dei centri. Come ci ha fatto presente il Relatore, il numero dei centri in Inghilterra è di 3 come in Francia, mentre in America, dopo tanti anni di esperimenti, si raggiunge appena il numero di 25; in Italia, se non poniamo delle garanzie, raggiungeremo il numero di 30 od addirittura di 40.

Anche noi siamo sensibili all'argomentazione che si sta perdendo tempo e che vi è gente che aspetta con impazienza questa legge. Desidero però invitare i colleghi ad una riflessione; anche in quei paesi, ove da anni è attuata questa terapia, si procede con i piedi di piombo. Dobbiamo renderci conto, quando si parla dei 51.000 moribondi che attendono, che noi non possiamo certamente salvarli tutti, considerando che nel mondo, in un anno e mezzo, sono stati effettuati solo 600 trapianti su 500 mila ammalati.

Ritengo, pertanto, che non pregiudichiamo nulla se apportiamo a questa legge alcune modifiche che potranno essere rapidamente approvate dal Senato.

Ho già dato un suggerimento fondamentale; quello cioè di allargare la possibilità di donare il rene anche ai non consanguinei; tutto ciò è anche giustificato dal punto di vista del progresso scientifico.

Qual è inoltre l'altro consiglio che noi vorremmo permetterci di proporre alla Commissione? Lasciare all'articolo 3 invariata la prima parte, ove è previsto che il prelievo e il trapianto del rene può essere effettuato in centri per il trapianto di organi, in istituti universitari in ospedali di primo grado, eccetera, e questo per evitare che domani si debba procedere all'approvazione di un'altra legge quando, come certamente accadrà, questo procedimento di trapianto sarà divenuto una pratica medica normale, tale da non richiedere l'intervento di centri particolarmente attrezzati. Come cautela però, proprio per la delicatezza di questi interventi e dei loro possibili sviluppi, l'autorizzazione dovrebbe essere concessa dal Ministro della sanità, su parere del Consiglio superiore della sanità e del Consiglio nazionale delle ricerche, in mo-

do da sganciare il Ministro della sanità da eventuali e possibili pressioni di varia natura.

Inoltre noi proponiamo che nella fase iniziale della sperimentazione gli interventi siano gratuiti e posti a carico dei centri, i quali potranno eventualmente essere a loro volta rimborsati dal Ministero della sanità. Tale gratuità infatti permetterà a nostro avviso di erigere un'ulteriore barriera alla speculazione, permettendo allo stesso tempo la tranquilla ed ordinata organizzazione dei centri. Noi vogliamo credere, ed effettivamente lo crediamo, che gli scienziati che in tuti questi mesi si sono battuti per questa legge non siano mossi da desiderio di lucro, anche perch in ben altri campi hanno possibilità ingenti di guadagno, come d'altra parte è giusto che sia dopo una vita spesa al servizio della scienza.

Ed è partendo da questi presupposti che noi pensiamo essi non abbiano nulla da obiettare al fatto che si dica loro: voi siete animati dal sacro fuoco della scienza e per esso cominciate a lavorare, nell'interesse dell'umanità.

MONASTERIO. Desidero innanzi tutto ringraziare il relatore dell'ampia relazione che ci ha presentato e particolarmente dell'ampia disamina da lui compiuta delle questioni scientifiche in cui il disegno di legge si inquadra ed anche di certi episodi patetici con i quali ha voluto colorire, se così si può dire, le conclusioni cui è pervenuto.

Non oserò evidentemente addentrarmi nei problemi di carattere scientifico. Sarebbe la mia, infatti, un'irriverenza nei confronti degli illustri medici che fanno parte di questa Commissione, ma, per quanto profano di medicina, ho chiamato a raccolta le modeste reminiscenze di biologia e di fisiologia dei miei studi universitari ed ho reputato doveroso sforzarmi – e temo di non esservi riuscito – di rendermi conto delle questioni di ordine scientifico che presuppone un giudizio sereno ed obiettivo sul disegno di legge in discussione.

D'altra parte non è il nostro un consesso di scienziati, ma un organo squisitamente politico che, come tale, deve piuttosto approfondire le implicazioni di carattere giuridico e morale (oltre che quelle politiche) del disegno di legge stesso. Ma vi è di più; non mi è parso vi siano tra gli studiosi del complesso problema del trapianto, sia in Italia che all'estero, contrasti veramente essenziali. È infatti comune opinione – e mi riservo di citare autorevoli giudizi in tal senso – che ci troviamo in questo campo ancora in una fase di ricerca e di terapia sperimentale. Questo, secondo me, è il dato fondamentale di ordine scientifico che basta avere presente per una retta valutazione degli altri problemi, molto delicati anche sul piano morale, che il disegno di legge pone a noi legislatori.

Del resto non mi è parso che le appassionate discussioni che, in Parlamento e fuori, hanno accompagnato l'*iter* non agevole di questo disegno di legge siano vertite soprattutto sui problemi di carattere scientifico. Le maggiori difformità di parere, infatti, si sono manifestate sulle questioni di ordine morale, giuridico e, sotto certi aspetti, anche politico.

A proposito delle accennate discussioni, non credo abbiano giovato al sereno esame di un problema di tanta rilevanza certe iniziative, che hanno trovato ospitalità presso la televisione e giornali di ogni colore, le quali hanno assunto, con il pretesto della divulgazione, toni propagandistici di dubbio gusto e forme discutibili di pressione sul Parlamento. Alle famiglie degli infermi ed a larga parte della pubblica opinione, il carattere apertamente suggestivo delle predette iniziative ha fatto spesso credere che la salvezza dei cinquemila uremici che annualmente muoiono nel nostro paese fosse nelle nostre mani. Eppure quando si svolgeva tale campagna erano stati praticati in tutto il mondo, ed in oltre 10 anni, meno di 700 interventi non molti dei quali valsi a salvare la vita degli infermi.

Pareva che gran parte dei fumi sollevati da quella campagna si fossero dissipati e credevamo quindi di poter oggi affrontare la discussione del disegno di legge in un'atmosfera più consona alla serietà del problema, ma proprio in questi giorni sono riprese le suggestioni di stampa. Ho qui sott'occhio l'articolo aparso su un giornale di sinistra il cui titolo è indicativo: « *Il trapianto verrà effettuato al Policlinico. Viene a Roma per donar un rene al figlio malato. Si attende l'approvazione della legge che consenta l'intervento. È la sola speranza di salvezza per Massimo Scaglia, di 33 anni* ». La vita di questo Massimo Scaglia quindi sarebbe legata alla rapida approvazione della legge da parte di questa Commissione!

Non mi sembrano vi siano tra noi sostanziali differenze di vedute, dicevo, circa le finalità che il disegno di legge si propone: rimuovere gli ostacoli contenuti nell'articolo 5 del codice civile, che hanno finora limitato il contributo che la scienza italiana è in grado di dare in un campo della ricerca – quale è quello del trapianto degli organi – che si fa sempre più suggestivo e promettente.

Non vi è dubbio che la soluzione di una serie di problemi di carattere biologico e medico con i quali si stanno misurando ricercatori di paesi più avanzati può comportare una vera rivoluzione nel campo della medicina e della terapia. Così come al Senato, noi comunisti siamo quindi pienamente d'accordo sulla necessità inderogabile di rimuovere gli accennati ostacoli. E poiché valutiamo a pieno l'importanza delle ricerche in tale settore, reputiamo occorra prendere tutte le misure perché il contributo della scienza a tali ricerche sia quanto mai serio e fruttuoso.

Su tale questione – che è ovviamente anche di carattere politico – si è anzitutto soffermata e si sofferma la nostra attenzione.

In pari tempo non ci sono sfuggiti i connessi problemi di carattere giuridico e morale. Ho ripetutamente parlato, e non a caso di ricerca, perché, se ho ben compreso quanto ho letto ed ascoltato, presenziando anche ad alcuni dibattiti a livello essenzialmente scientifico, il problema dei trapianti è posto oggi da tutti gli studiosi – come ho accennato – in termini di ricerca e di terapia sperimentale.

Così, tra gli altri, il professor Fineschi, nel corso della tavola rotonda svoltasi l'8 maggio 1966 per iniziativa della Democrazia cristiana: « Il procedimento del trapianto... deve considerarsi tuttora in fase sperimentale ».

Il professor Cassano si è espresso in termini analoghi nel corso della seduta della Commissione igiene e sanità del Senato in data 24 novembre 1966. Cito testualmente dal resoconto di tale seduta: « L'oratore osserva che il problema del trapianto del rene si presenta estremamente delicato, in quanto il trapianto stesso, allo stato attuale delle conoscenze, serve non a salvare la vita, bensì, nel migliore dei casi, a prolungarla per qualche tempo, e contribuisce soprattutto a raggiungere quel perfezionamento scientifico che consentirà la salvezza di vite future.

L'oratore ribadisce che si tratta di una terapia sperimentale; ma ciò non ci deve scoraggiare; occorre anzi che l'Italia si adegui in questo campo alle altre nazioni civili, beninteso con le necessarie cautele e con i limiti che la sperimentazione comporta, in primo luogo autorizzando al trapianto renale soltanto uno o due centri idonei e particolarmente attrezzati. Il senatore Cassano dichiara quindi di concordare, nell'odierna situazione di fatto, sulla limitazione della cessione ai soli consanguinei, per le ragioni che sono già state illustrate, e in primo luogo per evitare un mercato di organi ».

Né mi pare abbia un senso sostanzialmente diverso quanto affermava (nella conferenza tenuta all'Istituto di medicina sociale di Roma il 28 aprile 1966) il professor Paride Stefanini (ho tratto il seguente brano testualmente dall'opuscolo in cui era riportato il testo della conferenza): « Il trapianto del rene – a parte le obiezioni che si possono fare dal punto di vista biologico e tuti i problemi di altra natura che porremo in discussione – una volta che fosse realizzabile su scala abbastanza vasta e che fossero superate le barriere biologiche che ancora oggi lo rendono a volte aleatorio, sebbene molto meno di qualche tempo fa, è chiaro che diventa un trattamento terapeutico definitivo ».

Mi pare che, nella sostanza, questi giudizi – almeno, così come li ho tratti dalle affermazioni che ho citato – non divergono.

È però da discutere – potrebbe osservare il relatore, onorevole Cortese – il significato da attribuire alla « sperimentazione ». Ella, onorevole Cortese, ci ha esposto nella sua relazione alcune opinioni in merito. Non mi permetto, per i motivi precisati all'inizio di questo mio intervento, di discutere opinioni sulle quali non sono assolutamente in grado di pronunciarmi. Mi consenta però il collega Cortese un'osservazione da « uomo della strada », come si suol dire; e pertanto forse un po' semplicistica.

Nei casi di sperimentazione che il Relatore ha citato, il rischio ed i connessi benefici concernono solo l'infermo. Nel caso del trapianto, la sperimentazione, invece, comporta una minorazione sicura (valutata dall'INAIL nella misura del 25 pe rcento) ed un rischio limitato per terze persone, persone sane, che nessun vantaggio (a parte quelli, apprezzabilissimi, di carattere morale) potranno trarre dalla sperimentazione stessa. La sperimentazione assume, quindi, in questo caso (del resto, l'ha già accenato il collega Di Mauro), carattere ben diverso ed impone necessariamente cautele di gran lunga maggiori.

Acquisito, così, il carattere sperimentale del trapianto del rene (non è, del resto, per caso che il Senato abbia cassato dal primitivo disegno di legge governativo le parole « al fine di salvare la vita »), riteniamo che compito principale di questa Commissione sia quello di giudicare se il testo sottoposto al nostro esame risponda o meno sufficientemente alle finalità che si propone.

Tale nostro giudizio non può, evidentemente, prescindere da alcune questioni giuridiche di ordine generale. Noi esprimeremo la nostra opinione sulle proposte formulate

dalla Commissione giustizia in sede di discussione degli articoli. Né io sono in grado di addentrarmi in questioni sottili di carattere giuridico: ecco perché ho accennato soltanto a considerazioni « di ordine generale ».

Ho qui sotto i miei occhi il riassunto del dibattito svoltosi alla tavola rotonda della Democrazia cristiana; e vi leggo un'opinione espressa dal giudice Ernesto Eula: « Premesso che la funzione del diritto normativo, del legislatore, rispetto ai fenomeni nuovi non sia quella di costruire discipline astratte per fenomeni ancora in fase iniziale o sperimentale, ma quella di intervenire in secondo tempo, quando il fenomeno abbia già raggiunto una sua maturazione, ... ».

Del resto, mi pare che l'opinione del professor Savatier, qui citata dal collega Cortese, non sia difforme da quella del professor Eula. Lo stesso Relatore mi pare abbia concordato e con l'una e con l'altra opinione. (Non occorre qui citare il parere del professor Savatier, in quanto già consacrato agli atti nella relazione dell'onorevole Cortese).

Compito, quindi del legislatore, compito nostro, è quello di adeguare la norma giuridica alla nuova realtà. Sono questi i limiti del nostro operato. Ebbene, a noi sembra che alcune disposizioni del disegno di legge vadano oltre i limiti della realtà nuova, quale è stata determinata dagli sviluppi della ricerca e della sperimentazione. Mentre il disegno di legge ci sembra sottolinei l'aspetto sanitario della questione, noi riteniamo invece necessario sottolineare, più realisticamente, quello della ricerca e della sperimentazione.

Ciò ci induce a pensare che la scelta e l'autorizzazione dei centri, degli istituti universitari e degli ospedali ritenuti idonei anche per la ricerca scientifica, nei quali potranno essere effettuati i trapianti, richiedano la collaborazione dei tre ministeri interessati (Sanità, Pubblica istruzione e Ricerca scientifica); che non si possa prescindere dal parere del Consiglio nazionale delle ricerche; e che sia necessario assegnare un valore più impegnativo, vincolante, alle decisioni dei consigli superiori chiamati ad esprimere il loro giudizio.

Quando gli sviluppi della ricerca conferiranno al trapianto il carattere di una vera e propria terapia, la legislazione potrà essere adeguata alla nuova realtà.

Divenuto il trapianto una terapia, esso potrà ovviamente essere praticato, come una qualsiasi altra operazione, in tutti gli ospedali che dispongono delle necessarie attrezzature e dei medici capaci di effettuarlo. Ma verosimilmente, nel frattempo (questa è, magari, un'opinione personale) sarà mutato il quadro complessivo della situazione. La ricerca nel campo della conservazione dei reni e degli altri organi prelevati da cadaveri, e l'utilizzazione di essi, potrà aver fatto tali passi innanzi, da risultare superfluo l'impiego di reni tratti da viventi. Io non precluderei questa prospettiva. Non è detto, cioè, che la ricerca scientifica debba procedere soltanto nella tecnica del blocco del processo di rigetto del rene; ma verosimilmente, come ho detto, la scienza procederà anche nel campo della conservazione e dell'utilizzazione dei reni prelevati da cadaveri.

In tal modo non si dovrà più affrontare il problema del trapianto tra viventi, in quanto la soluzione si sarà trovata per l'altra, più acettabile via.

È per questo che io insisto sulla necessità di un adeguamento della legislazione alla realtà, che potrà mutare in vari versi, inducendo il legislatore, domani, a una diversa valutazione della situazione.

Da questa impostazione discendono, così, due conseguenze: primo, che l'operazione di trapianto sia gratuita e tutte le spese connesse restino a carico dei centri, istituti ed ospedali in cui venga eseguita, così come si conviene ad ogni intervento chirurgico che abbia carattere di ricerca e di sperimentazione.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. In regime di sicurezza sociale, mi sembra questa sia cosa acquisita.

MONASTERIO. Intanto il regime di sicurezza sociale dovrà venire, mentre questa legge diviene operante subito.

Così come si conviene ad ogni intervento chirurgico che abbia carattere di ricerca e di sperimentazione, gli interventi in esame devono essere gratuiti, come sono gratuite le ricerche e le sperimentazioni.

Questa nostra impostazione riteniamo contribuisca a dissipare le troppe speranze che certe iniziative divulgativo-propagandistiche (troppo affrettate, a nostro giudizio) hanno suscitato ed a prevenire il pericolo che la legge possa aprire la strada per un verso al mercato del rene, per l'altro a deleterie ricerche di lucro. Questa non è una preoccupazione solo nostra, ma anche di colleghi dell'altro ramo del Parlamento.

Nella discussione avvenuta in una tavola rotonda ad iniziativa della democrazia cristiana il senatore Samek Ludovici metteva in rilievo « il pericolo di disumane speculazioni di carattere economico ». Mentre il professor

Eula asseriva legittimo il trapianto a condizione di introdurre alcuni emendamenti restrittivi in modo da limitare la possibilità della donazione, consentendo di escludere il fine di lucro con maggiori garanzie di successo per il trapianto.

Riporterò ora una parte dell'intervento del professor Luigi Condorelli al Simposio su « La chirurgia dei trapianti in rapporto alla legislazione italiana e straniera », tenuto a Roma il 16 maggio 1964 ad iniziativa della Accademia italiana di scienze biologiche e morali: « Vi sono poi altri aspetti umani e giuridici che non possono essere ignorati dal clinico.

La inopportuna pubblicità nei giornali pilitici l'esibizionismo che purtroppo qualche volta non risparmia chi per magistero della sua professione dovrebbe avere comportamento austero, possono creare uno stato di attesa ansiosa nei profani che vorrebbero salva la vita del proprio congiunto che presserebbero i sanitari ad interventi destinati a fallire per non oculata indicazione, oltre che per le grandi incertezze attuali in questo tipo di terapia che è " chirurgica " solo per " gli aspetti tecnici ".

Codesto tipo di terapia dovrebbe pertanto essere consentito solo in particolari ambienti medico-chirurgici altissimamente qualificati e severamente selezionati.

Dal punto di vista etico e credo anche giuridico, deve esesre assolutamente impedito che possa nascere un mostruoso mercato di carne umana ».

È quest la linea che hanno sostenuto al Senato i colleghi della nostra parte politica. Ci stupisce che tale linea non sia stata condvisa dalla maggioranza e dal Governo e, prima ancora, dai più appassionati fautori del trapianto tra vivi.

È un orientamento il nostro, infatti, che mentre rimuove gli ostacoli che oggi si frappongono nel nostro Paese alla ricerca in questo campo, consente di adottare tutte le cautele di ordine morale e giuridico, che la delicata questione impone alla coscienza del legislatore.

Difficile quindi sostenere che questo nostro orientamento precluderebbe a molti di poter accedere al trapianto del rene.

Le preclusioni sono ben altre. Vi è la difficoltà di disporre dei centri e delle *equipes* di scienziati necessari a fronteggiare l'esigenze di quegli uremici cui non resterebbe che il ricorso al trapianto per tentare di sopravvivere. Vi è poi l'enorme costo del trapianto, cui potrebbero accedere solo gli uremeci molto ricchi.

Dal numero 13 di Minerva Medica del 14 febbraio 1965 cito una frase del professor Stefanini: « Le altre difficoltà sono di ordine economico, perché le ricerche preliminari al trapianto nell'uomo richiedono costose apparecchiature, il trattamento dei malati è inoltre complesso ed impegnativo, in quanto è necessario disporre di un apposito reparto clinico, costituito da una camera sterile con una serie di laboratori particolarmente attrezzati e di una numerosa e qualificata *equipe* sanitaria ed infermieristica. A ciò si deve aggiungere l'elevato costo del trattamento depurativo con rene artificiale o con dialisi peritoneale, terapia sostitutiva del rene, che costituisce una tappa preliminare al trapianto. Negli Stati Uniti è stato calcolato che i primi casi di trapianto renale sono costati circa venti milioni di lire ciascuno, considerando globalmente le spese degli impianti e del trattamento ».

Quindi due sono i motivi che ci inducono a chiedere la gratuità dell'intervento: uno di ordine morale, che si preoccupa di precludere la corsa alle operazioni di trapianto; un secondo di carattere sociale che vuole evitare che il trapianto del rene venga limitato ad una ristretta categoria di malati in condizioni economiche particolarmente privilegiate.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Questo discorso è già stato fatto nell'ambito del ministero della sanità prima che venisse presentato al Parlamento questo disegno di legge. Probabilmente occorrerà esaminare se nell'ambito dello sviluppo degli interventi dello Stato, il ministero potrà avere la possibilità di fare convenzioni direttamente con questi centri ed istituti specializzati. Bisogna stare però attenti che la gratuità non scoraggi coloro che affrontano questa nuova scienza sia pure in via sperimentale.

Se si dovesse pensare alle iniziative dei singoli, si darebbe in questo settore il monopolio a poche persone con onorari molto gravi.

MONASTERIO. Innanzitutto non si può non convenire che all'inizio saranno pochissimi i centri attrezzati per ragioni obiettive di quadri medici. Questo è un dato di fatto dal quale non si può prescindere. In secondo luogo, dobbiamo tener presente che presso l'Istituto di patologia chirurgica dell'Università di Roma già funziona un centro finanziato dal Consiglio nazionale delle ricerche.

CORTESE, *Relatore*. Il Consiglio nazionale delle ricerche è intervenuto finanziando la ricerca non solamente verso l'Istituto di patologia ma anche verso l'Istituto di clinica chi-

rurgica di Pavia, la clinica chirurgica di Palermo ed altri istituti che adesso non nomino.

Il Consiglio nazionale delle ricerche ha, pertanto, una funzione di collegamento fra i vari istituti che svolgono le ricerche.

Vi sono dei centri già esistenti, come quelli cardio-vascolari, che godono di convenzioni particolari anche con l'INAM; certamente queste convenzioni non sodisfano quella che è la spesa, ma si avvicinano sufficientemente.

MONASTERIO. Ciò che il Relatore dice non contraddice in sostanza quanto io ho affermato. Ritengo che, senza apportare delle modifiche al bilancio si possa finanziare interventi di questo genere. Difficilmente, inoltre, i centri per il trapianto potranno iniziare la loro attività in questo esercizio; pertanto, nei singoli bilanci, del 1968, dei ministeri della sanità e della pubblica istruzione noi potremo trovare degli stanziamenti per risolvere i problemi di questo ordine. Avremmo così, veramente, le garanzie necessarie ad allontanare qualsiasi sospetto di speculazione. Evidentemente, onorevoli colleghi, se questa nostra impostazione non venisse accettata, il problema della modifica, apportata dal Senato all'articolo 1, con la quale si limita il prelievo soltanto ai consanguinei, diverrebbe preoccupante. La possibilità di allargare il prelievo anche per i non consanguinei, come era nel testo originario del Governo, è condizionata alle misure cautelative che abbiamo suggerito, altrimenti, sarà bene limitare il prelievo del rene ai soli consanguinei.

Siamo, per concludere, l'accordo con le finalità del disegno di legge, ma, siamo convinti che lo stesso non sia molto coerente e che pertanto debba essere sottoposto ad alcune modifiche.

Le modifiche che proporremo, in sede di discussione degli articoli, ritengo che possano mettere in condizione i ricercatori e gli sperimentatori italiani di dare un contributo disinteressato al progresso in questo campo; e di essere al riparo di sospetti di ogni sorta, cosa che viceversa accadrebbe se il disegno di legge rimanesse senza modifiche.

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione generale. Se non vi sono obiezioni può rimanere stabilito che il seguito dell'esame del disegno di legge è rinviato al altra seduta.

(*Così rimane stabilito*).

La seduta termina alle 11,45.

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Dott. ANTONIO MACCANICO

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO