COMMISSIONE XIV

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

LXXII.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 15 GIUGNO 1967

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE DE MARIA

INDICE

PAG.

Congedo:

PRESIDENTE . . . . . .

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

Trapianto del rene tra persone viventi (*Approvato dal Senato*) (3694) . . . 791

PRESIDENTE 791, 796, 798, 799, 800, 801, 804
BONAITI: 796, 797, 798, 799
CORTESE, *Relatore* . 791, 797, 799, 800, 802
DI MAURO ADO GUIDO 800, 801
GALLUZZI VITTORIO 799
LATTANZIO 800
MARIOTTI, *Ministro della sanità* . 796, 797 798, 800, 803, 804
MONASTERIO 799, 800, 802, 804
SCARPA 803, 804

Disegno di legge (*Discussione e approvazione*):

Modifica dell'articolo 1 della legge 26 aprile 1964, n. 308, concernente la misura dell'aiuto economico ai lebbrosi e relativi familiari a carico e per la modifica del terzo comma dell'articolo 286 del testo unico 27 luglio 1934, n. 1265, quale risulta modificato dall'articolo 1 del regio decreto-legge 13 febbraio 1936, n. 935, concernente il ricovero dei lebbrosi (*Approvato dalla XI Commissione permanente del Senato*) (4046) 805

PRESIDENTE 805
LATTANZIO, *Relatore* 805
MARIOTTI, *Ministro della sanità* 805

Votazione segreta:

PRESIDENTE 806

La seduta comincia alle 10.

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

(*È approvato*).

Congedo.

PRESIDENTE. Comunico che è in congedo il deputato Sorgi.

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 n. 3694, concernente il trapianto del rene tra persone viventi.

Come gli onorevoli colleghi ricorderanno, nel corso della precedente seduta era stata chiusa la discussione generale.

Il Relatore, onorevole Cortese ha facoltà di replicare.

CORTESE, *Relatore*. Signor Presidente, Onorevole Ministro, Onorevoli Colleghi, prima di rispondere alle osservazioni, assai interessanti, dei colleghi che hanno partecipato alla discussione, desidero esprimere la mia più viva e sincera riconoscenza a tutti i componenti di questa Commissione che hanno avuto la pazienza di ascoltare e la bontà di apprezzare la relazione: ho cercato in essa di esporre, nella maniera più semplice e nella

misura più breve possibile una materia assai complessa, che, anche senza voler indulgere alle molte suggestioni scientifiche di cui è abbondantemente ricca, meritava di certo una trattazione più ampia, minuziosa e, per certi aspetti, anche più esperta di quella che avete ascoltata.

Molte cognizioni sono state, difatti, omesse o taciute: alcune perché ancora in fase, sia pure promettente, di ricerca e di studio, altre perché incerte e limitate nella competenza del Relatore, e alludo specialmente agli aspetti giuridici della materia, altre infine per evitare il tedio di un discorso troppo lungo nel quale i molti riferimenti, specialmente quelli di ordine più strettamente biologico e tecnico sarebbero andati sicuramente a scapito della chiarezza.

Debbo tuttavia osservare, con vero piacere, che in sostanza l'esposizione è stata accolta favorevolmente e, sembra che, in definitiva, abbia sufficientemente corrisposto allo scopo di fornire agli onorevoli colleghi della Commissione un quadro di insieme dello stato attuale delle nostre conoscenze in tema di trapianti d'organo in generale e del trapianto renale in particolare.

Ciò mi consentirà una ragionevole brevità nel rispondere agli egregi colleghi che sono intervenuti nella discussione: onorevoli Romano, Barba, Spinelli, Galluzzi, Bartole, Capua, Pasqualicchio, D'Antonio, Di Mauro e Monasterio; ad essi tutti desidero esprimere il mio animo profondamente grato per la stima e l'apprezzamento che mi hanno confermato nel corso dei loro interventi; stima e apprezzamento che ricambio di vero cuore, sinceramente, per l'ammirevole impegno, la vasta competenza, la grande serietà, con cui il disegno di legge, con tutte le sue implicazioni di ordine giuridico, morale e sociale, è stato da ciascuno esaminato e discusso.

Era naturale che, tra i primi, facessero sentire la loro attesa opinione i colleghi medici ed io sono d'accordo con l'onorevole Pasqualicchio nel ritenere che un po' di spazio più del consueto in questa particolare materia di discussione dovesse essere riservato alle questioni di ordine biologico e clinico, anche se riconosco, in certa misura, giusto il richiamo dell'onorevole Presidente di attenerci il più possibile al nostro compito di legislatori. Certamente è questo il nostro dovere precipuo, ma come assolverlo, con il dovuto senso di responsabilità, nel profondo della nostra coscienza, prima di aver tentato di superare i timori e le incertezze che potrebbero inevitabilmente derivare da una troppo superficiale o incompleta informazione e conoscenza della presente realtà biologica e clinica del trapianto degli organi? Infatti è da questa affascinante, mutevole e crescente realtà che è stato mosso il legislatore a proporre la norma di cui discutiamo ed è questa stessa realtà quella che si dovrà assicurare se, approvando tale norma, noi procediamo sulla retta strada del giusto e del lecito, nel senso che avvertiamo nello spirito della legge le esigenze suggerite dalla coscienza sociale.

Ecco perché ho ascoltato con l'interesse e l'attenzione che meritano i miei colleghi medici e sono veramente grato agli onorevoli Romano e Barba che sul problema biologico e clinico hanno fermato in modo particolare la loro attenzione, delineandone con la chiarezza che è forse mancata al relatore, le giuste dimensioni attuali e gli auspicabili sviluppi futuri.

Altrettanto grato sono all'onorevole Pasqualicchio che nel suo pregevole intervento ha dato largo spazio alle questioni di biologia e di fisiopatologia renale, trattandone gli aspetti più recenti con perizia e cognizione veramente apprezzabili; egli viene sostanzialmente a conclusioni favorevoli al trapianto di rene da vivente, chiedendo anzi, come è detto nel secondo punto della sua conclusione, che « il trapianto deve essere esteso a tutti gli esseri umani, dopo aver fatto le preventive ricerche che permettano una prognosi approssimativamente favorevole ». Invero, questa estensione della donazione oltre la cerchia degli stretti consanguinei è stata suggerita da più parti ed anche al Senato sembrò al maggior numero degli oratori che detta estensione si dovesse mantenere, così come era stata proposta nel testo originale del ministro Mariotti. Ma noi sappiamo attraverso quali considerazioni si è pervenuti ad una decisione più restrittiva ed io penso che questa limitazione debba essere per ora mantenuta, almeno fino a che le prove di istocompatibilità non vengano ulteriormente perfezionate e semplificate, in modo che la ricerca di eventuali donatori relativamente o sufficientemente idonei possa essere attuata più agevolmente e su vasta scala, poiché, come ho già detto nella relazione, occorre esaminare un notevole numero di soggetti disposti alla donazione per trovarne utilizzabile il 14 per cento o anche meno. Risulta invece che i consanguinei presentano oltre il 50 per cento di buona compatibilità tessutale. Ovviamente queste percentuali soffrono, statisticamente

parlando, delle variazioni occasionali e contingenti entro limiti che, in determinate condizioni, possono perfino apparire paradossali, al punto da poter reperire fra estranei un donatore migliore degli stessi consanguinei. Ma ciò costituisce la solita eccezione alla regola, come è avvenuto per il trapianto tra cugini, di cui ci ha parlato l'onorevole D'Antonio. E difatti vi è un caso, ma uno solo, di trapianto renale tra cugini, ed è quello operato da Starzi il 17 marzo 1964, in cui un malato di 21 anni, W. Shelley, ha ricevuto il rene del cugino ed è attualmente in buone condizioni. Si tratta quindi di un caso isolato che, pur essendo assai dimostrativo, non cambia la realtà dei fatti di cui si è ampiamente parlato nella relazione e della discussione che ne è seguita.

Non credo di dover dire molte parole sulla emodialisi e l'onorevole Pasqualicchio vorrà scusarmi se su questo punto io mi riferisco alla relazione in cui il problema è stato, io credo, obiettivamente prospettato, secondo una visione che trova ormai concordi medici e chirurghi nel senso che un programma di dialisi appare, allo stato attuale, inscindibile da un programma di trapianto e viceversa. Vi sono precise indicazioni per il trattamento emodialico, così come indicazioni altrettanto precise esistono per il trapianto, ma è necessario ammettere che forse, anzi certamente, nessun trapianto sarebbe realizzabile senza un trattamento preventivo emodialico capace di depurare a sufficienza il ricevente. Vi è poi da aggiungere che soltanto con l'emodialisi si può supplire alla nefrectomia preoperatoria, quando questa è indicata, specialmente per grave stato di ipertensione nefrogena. Inoltre, solo per ricordare, si sa che il rene artificiale costituisce l'arma al piede del chirurgo nella immediata fase postoperatoria per una eventuale anuria, come può accadere specialmente in trapianti da cadavere, e, successivamente nel trattamento di una eventuale reazione di rigetto o, a distanza, in una crisi di rigetto. Lungi dall'escludere dunque, onorevole Pasqualicchio, che emodialisi e trapianto siano procedimenti che si integrano e completano reciprocamente in un unico programma curativo nel trattamento della insufficienza renale cronica irreversibile; la quale, è bene ribadirlo, è la conseguenza di lesioni distruttive profonde e irreparabili dei reni; che poi a queste lesioni si pervenga in conseguenza di malattie originariamente di ordine medico, come le glomerulo nefriti, le nefrosi e le nefro-angio-sclerosi, oppure in seguito a malattie di ordine più strettamente chirurgico o urologico, come le pieliti ascendenti, la calcolosi, le malformazioni delle vie escretici, ecc., è un fatto che riguarda i precedenti morbosi e il meccanismo di azione mediante il quale le dette lesioni distruttive si sono instaurate; il punto fondamentale perciò è questo: il rene è completamente distrutto e ha poca importanza, ai fini curativi, sapere attraverso quale meccanismo esso è stato distrutto, poiché allo stadio terminale la soluzione terapeutica è una sola; sostituire l'organo irrimediabilmente perduto nella sua funzione depuratrice, temporaneamente con la emodialisi e nella sua totalità anatomo-funzionale, definitivamente, con il trapianto.

Naturalmente qui sorge un primo quesito da risolvere, ed è quello della indicazione al trapianto, di cui ha brillantemente discusso l'onorevole D'Antonio, al quale mi sia consentito di rivolgere un vivo particolare ringraziamento per le espressioni, che davvero vorrei aver meritate, usate generosamente nei miei riguardi.

Ho già detto che, secondo l'avviso di Calne e della maggior parte degli autori, soltanto il 50 per cento degli ammalati potrebbero beneficiarsi del trapianto. Secondo il Woodrof, di Edimburgo, la percentuale operabile sarebbe ancora più bassa, di circa il 30 per cento; ciò vuol dire che in 50 o 70 infermi su cento esistono, almeno per ora, controindicazioni operatorie che sarebbe lungo soltanto elencare, ma che in generale sono determinate dalla coesistenza nello stesso organismo di gravi alterazioni, a carico di altri organi ed apparati organici, irreversibili e definitive, e, pertanto non influenzabili in alcun modo sul trapianto.

In questi casi ogni intervento risulterebbe del tutto aleatorio ed inutile, poiché pur sostituendo il rene, l'infermo sarebbe tratto a morte dagli altri organi ammalati; ma quando è il solo rene distrutto, mentre gli altri organi sono sani e normalmente funzionanti, allora l'indicazione si pone in modo perentorio, poiché in questa condizione, se non si provvede, un organo solo, il rene ammalato, trarrebbe con se nella tomba gli altri organi sani.

Non mi fermerò a lungo sulle questioni inerenti alla provenienza dell'organo da trapiantare, avendone già discusso, credo, sufficientemente nella relazione; mi limiterò soltanto a richiamare ancora una volta e brevemente l'attenzione dei colleghi sul prelievo da cadavere, che giustamente appare la so-

luzione ideale dei maggiori problemi disseminati sulla strada dei trapianti non solo di rene, ma anche di altri organi come fegato, cuore, intestino, nei quali ultimi il cadavere rappresenta l'unica risorsa possibile.

Molti degli ostacoli cui ho fatto cenno nella relazione potranno e dovranno essere superati e una legge che preveda la possibilità di prelievo nel così detto « Coma depassè » come dicono i francesi, o nella « Twilichtzone » come dicono gli anglo-sassoni, potrebbe essere formulata; ma questa norma che rende utilizzabile quello che noi potremmo definire il « cadavere vivente » attende ancora dalla scienza medica, più che dal sentimento morale e religioso, la certezza di una definizione indiscutibile della morte, poiché è questo il punto veramente cruciale ancora da chiarire in termini inequivocabili di precisione scientifica.

L'onorevole Pasqualicchio, mi scusi se la disturbo così spesso, ci ha ricordato che noi non moriamo tutti interi contemporaneamente, ma un poco per volta, cedendo i nostri tessuti ed organi a mano a mano che le cellule cessano singolarmente di vivere, con un ordine di successione graduale pienamente conosciuto e che rispecchia la capacità di resistenza delle cellule alla mancanza di ossigeno.

Si può dire che la successione di questa morte biologica cominci dall'alto, dalle strutture di più nobile dignità funzionale per degradare, secondo un ordine noto agli studiosi di biologia e di medicina legale, verso strutture di livello funzionale meramente vegetativo. Muore in tre, massimo 5 minuti, per mancanza di ossigeno la cellula nervosa e quindi il cervello. L'uomo a questo punto è decerebrato; egli non è più un uomo, in lui si è spento il pensiero, la qualità umana; e le funzioni che da questo momento gli sopravvivono, sono destinate ad estinguersi inesorabilmente in breve tempo; questi possono essere mantenuti per settimane ed eccezionalmente anche per mesi in uno stato di vita puramente vegetativa mediante le tecniche di rianimazione, ma se queste sono interrotte, specialmente la respirazione artificiale, in pochi minuti la circolazione si arresta e tutto è finito. Bisognerà allora interromperle o continuarle? Se il cuore è morto, riporta il gesuita Riquet dallo Chauchard, se i centri nervosi regolatori della base del cervello sono morti, la ripresa ed il mantenimento della circolazione e della respirazione non portano che a mantenere in vita una collezione di cellule e di organi in un individuo morto; « questa sopravvivenza delle cellule in un individuo morto può nell'avvenire (l'autore scriveva nel 1962) avere un interesse per i problemi di trapianto ».

È questo difatti il nostro problema di oggi; il problema angoscioso sul quale la parola è alla scienza medica prima che il legislatore possa costruire su basi certe la norma giuridica opportuna. Ed ecco quali, a questo proposito, sono le conclusioni della Commissione di studio del Consiglio Nazionale dell'Ordine dei Medici di Francia in data 13 ottobre 1965 comunicata all'Accademia nazionale di medicina dal Presidente Gerard d'Allaines.

1) Il certificato di decesso d'un soggetto in sopravvivenza artificiale è deliberato in seguito a consultazioni di tre medici, uno dei quali sia capo del servizio ospedaliero.

2) La constatazione del decesso di un soggetto in sopravvivenza artificiale deve essere stabilito sull'esistenza di prove concordanti della irreversibilità incompatibile con la vita. Essa si baserà specialmente sul carattere di irrimediabilità delle alterazioni del sistema nervoso centrale nel suo insieme.

Questa convinzione sarà specialmente fondata:

1) sull'analisi metodica delle circostanze in cui gli accidenti si sono verificati;

2) sull'abolizione totale di tutti i riflessi, la midriasi assoluta, la scomparsa di ogni segno elettroencefalografico;

3) sul carattere estremamente artificiale della respirazione e della circolazione, la cui attività spontanea è nulla o incapace di assicurare le funzioni vitali senza il proseguimento dei metodi di sopravvivenza artificiale;

4) infine, eventualmente, sulla esistenza di vaste lesioni nervose centrali direttamente osservabili, per esempio in seguito ad un trauma cranico aperto. I medici devono apprezzare non solamente ciascuno dei segni suddetti, ma la loro concordanza osservata per un tempo giudicato sufficiente.

Da questo riferimento è facile dedurre quanto il problema del prelievo da cadavere non sia ancora vicino ad una completa soluzione, anche sotto il profilo medico-legale, a parte poi considerazioni di altra specie, già esposte nella relazione.

Sul prelievo da vivente non starò a ripetere quanto già detto nella relazione, tanto più che sugli aspetti giuridici abbiamo potuto ascoltare l'ottima disamina del collega Galluzzi, che ha così chiaramente inquadrato la portata della deroga proposta nei confronti del dettato costituzionale e del diritto posi-

tivo tradizionale. L'onorevole Galluzzi, come è avvenuto anche altrove, ha ricordato il famoso processo celebrato a Napoli e poi giunto alla Corte di cassazione per un caso di trapianto di ghiandola sessuale. Le sentenze furono tutte assolutorie, sebbene con motivazioni diverse, in tribunale, in appello e in Cassazione. Ma ecco un commento del Carnelutti: « Tutti ricordiamo il caso recente di Napoli, dove un trapianto glandolare ha esposto un valente chiurgo a un processo per lesioni, arrivando fino in Cassazione; e se questo si è risolto bene per lui, io mi permetto di dire che egli può ringraziare l'umanità dei giudici, i quali se avessero voluto applicare rigorosamente la legge, avrebbero forse potuto pronunziare una diversa decisione, come aveva chiesto, in tribunale, il pubblico ministero, rappresentato nientemeno che dal Petrocelli, uno dei più seri studiosi italiani di diritto penale ».

In questa considerazione non vi è chi non senta la posizione drammatica e pericolosa in cui viene a trovarsi il medico che voglia salvare, poiché egli è per tradizione, per professione, per temperamento, un uomo votato a curare, guarire e, fino ai limiti del possibile, impedire di morire. Ma egli, impugnando le nuove armi del progresso scientifico non vuole operare fidando tutto nella speranza della « umanità dei giudici » o nel timore della « applicazione rigorosa della legge »; egli vuole dalla legge la comprensione della sua condizione di uomo consacrato a guarire e a curare, chiede una norma che lo salvaguardi da ingiuste incriminazioni per lesioni di vario grado. Con questo egli non vuole scaricarsi di ogni responsabilità morale. « Non è perché la legge, dice Savatier, precisa le modalità con cui raccogliere il consenso del donatore ed il prelevamento del rene che il medico non avrebbe da interrogare la sua coscienza sui rischi di questa ablazione per l'interessato in confronto delle possibilità di sopravvivenza procurate al suo ammalato... almeno, i medici che hanno intrapreso, per prolungare la vita di ammalati altrimenti votati alla morte il trapianto su di essi organi prelevati da un altro organismo umano, non vorrebbero essere paralizzati nei loro sforzi, tesi a salvare i loro ammalati grazie a dei prodigi tecnici, dal timore di condanne giudiziarie ».

Ecco come va delineandosi, in definitiva, l'atteggiamento angosciato del medico nei confronti del progresso scientifico: dateci la norma giuridica che non ci paralizzi e non temete che questo ci svincoli dalla norma morale che disciplina per tradizione le nostre azioni.

Questo concetto è strettamente collegato all'intervento dell'onorevole Spinelli, l'insigne presidente del Comitato di etica e deontologia medica della Associazione mondiale della salute. Egli ci ha informati sul codice deontologico, o meglio sulle « raccomandazioni per guidare le ricerche scientifiche sull'uomo », concludendo: « Ho la sodisfazione di dire che questa legge e le considerazioni fatte dall'onorevole relatore contengono lo spirito di questo nostro codice sulle sperimentazioni nuove, spirito che consente la salvaguardia del corpo umano e dei diritti della persona ».

Varrebbe la pena di rileggere il testo fornitoci dal collega Spinelli: vi si troverebbe ancora una risposta chiarificatrice sul problema della sperimentazione umana, sul quale hanno richiamato la nostra attenzione i colleghi Di Mauro e Monasterio. Essi, in definitiva, come anche il collega Pasqualicchio, non si oppongono alla deroga contenuta nel disegno di legge, ma esprimono soltanto qualche riserva, riflettente due punti principali. E cioè: la gratuità dell'atto operatorio e la partecipazione del Consiglio nazionale delle ricerche al compito di disciplinare e qualificare i centri di trapianto. Per quanto riguarda il primo punto, io ritengo che esso potrà essere oggetto di regolamento o di intese con gli enti assistenziali, i quali potrebbero stabilire speciali convenzioni, analogamente a quanto già avviene con i centri di specializzazione medica o chirurgica vedi centri di cardio reumatologia, centri di chirurgia cardiovascolare, eccetera). Per quanto riguarda invece il secondo punto, a me pare che il Consiglio nazionale delle ricerche verrebbe ad appesantire inutilmente una situazione che, per un eccesso di cautela, sembra giàsostanzialmente controllata dal Ministero della sanità, dal Consiglio superiore di sanità e, per gli istituti universitari, dal Consiglio superiore della pubblica istruzione.

Vorrei, prima di concludere, ringraziare l'onorevole Bartole, che ci ha informato dell'attività di ricerca in tema di trapianto svolta nella Università di Modena sotto la direzione del professor Gibertini. A questo proposito, come ho già detto nella relazione, ho raccolto in allegati ad essa le notizie riguardanti l'attività degli studiosi italiani nel campo della biologia e della clinica dei trapianti: si tratta di una mole di lavoro di altissimo

pregio, al quale non manca il riconoscimento dei maggiori centri di tutto il mondo. Cito per tutti l'illustre professor Ceppelini, scopritore di due nuovi antigeni tessutali (il TO 1 e il TO 2), e poi Valdoni, Stefanelli, Bracci, Della Grazia, Biancalana, Donati, Battezzati, Ruggieri, Lanzara, Zanini, Nicolosi, Ruffo, eccetera. Essi onorano la scienza medica italiana e sono sotto ogni aspetto alla altezza necessaria per assumere tutta la responsabilità morale e deontologica ad essi derivante dalla legge che stiamo esaminando.

Onorevoli colleghi, chiedo ancora scusa per aver abusato della vostra cortese pazienza, ma permettetemi di concludere con qual che notizia recentissima in tema di trapianto, ricavata dagli atti del congresso tenuto alla università cattolica di Lovanio, in Belgio, nell'aprile del corrente anno, cui hanno partecipato 250 medici e ricercatori di 17 paesi, riferendo risultati di ricerche ed osservazioni assolutamente inediti. Ben 90 comunicazioni erano dedicate ai trapianti di organi, sperimentali e umani. Ecco quanto ha dichiarato il presidente, professor Haxhe: « I trapianti renali non sono più dei problemi sperimentali; essi sono in effetti applicati in maniera corrente nell'uomo nei centri universitari belgi. Si spera di ottenere il 95 per cento di riuscita nei casi di donatori viventi e si verifica attualmente, nei casi di insufficienza renale, che si arriva a risultati migliori con il trapianto del rene anziché con l'impiego del rene artificiale ».

Questa la realtà dei fatti più recenti; io invoco ancora una volta la vostra più viva collaborazione a questa rapida e incessante manifestazione del progresso scientifico e medico, al quale i nostri studiosi hanno pieno diritto di partecipare.

Il JAMA (*Journal American Medical Association*) del 31 ottobre 1966, pagina 572, riferendo il noto caso di eterotrapianto praticato in Italia, con una punta di *humor* riporta la notizia sotto questo titolo « *Wy a chimp?* », « Perché uno scimpanzè? », commentando: « Una vecchia legge italiana, che probabilmente sarà presto emendata, proibisce la donazione di organi interni, anche quando sia fatta volontariamente e liberamente ».

Onorevoli colleghi, emendiamo la « vecchia legge italiana ». Grazie.

PRESIDENTE. Ringrazio vivamente il relatore per la cura e la precisione da lui profusa nell'approfondimento di queste materie che per la prima volta si affacciano alla ribalta legislativa; all'onorevole Cortese vada anche il nostro sincero apprezzamento per la conoscenza da lui dimostrata quale scienziato e chirurgo.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Non ho nulla di particolare da aggiungere.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, giunti a questo punto penso sarebbe bene chiarire le nostre posizioni, perché tutti noi sappiamo che questo disegno di legge riguarda un argomento di scottante attualità, e che un ritardo nell'approvazione comporta una responsabilità, oltre che legislativa, anche morale per ciascuno di noi, perché se non rendiamo operante la legge molti pazienti che potrebbero essere salvati perderanno invece la vita.

Penso che a voi, onorevoli colleghi, saranno come a me giunte le vive sollecitazioni da parte di eminenti chirurghi i quali auspicano la sollecita approvazione del provvedimento per evitare che questa carenza legislativa provochi ancora tante disgrazie nel nostro Paese.

D'altra parte noi ci troviamo di fronte ad un parere della Commissione Giustizia che apporta delle modifiche al testo che è già stato approvato dal Senato per cui, approvando le modifiche suddette, un altro rinvio al Senato sarebbe necessario, e ciò comporterebbe senz'altro un ritardo. Approvando invece la legge nel suo testo già confortato dall'approvazione dell'altro ramo del Parlamento, essa potrebbe divenire subito operante.

La Commissione giustizia ha proposto degli emendamenti che riguardano soltanto lo aspetto tecnico, e non il contenuto scientifico-deontologico della legge. Io mi sono permesso di pregare di intervenire ai nostri lavoro l'onorevole Bonaiti, il quale ha redatto il parere della Commissione giustizia, affinché ci possa illustrare i criteri che hanno indotto la Commissione Giustizia a formulare questi emendamenti.

Dopo aver ascoltato il Relatore della Commissione Giustizia, chiederò agli onorevoli Alboni, Di Mauro, Scarpa ed agli altri presentatori degli emendamenti, se intendono insistere.

BONAITI. La Commissione giustizia non desidera affatto gravarsi la coscienza del ritardo nell'approvazione di un provvedimento tanto atteso. Non ha però potuto fare a meno di sottolineare che la formulazione della legge evidentemente tradisce quella che è stata la sofferta elaborazione nell'ambito del Senato, per cui tutto ciò che veniva aggiunto man mano che affiorava alla discussione, ha fatto in modo che oggi ci troviamo di fronte

ad un complesso di norme che, dal punto di vista tecnico-legislativo, lasciano molto a desiderare, pur facendo salva l'essenza del loro contenuto.

Non si tratta di un fatto puramente formale, si tratta piuttosto di un fatto sostanziale di diritto per cui alcune norme, se lasciate nella loro attuale formulazione, saranno causa di molti contrasti, soprattutto per quanto riguarda l'ultimo atto relativo alla autorizzazione per l'intervento.

Un altro aspetto da sottolineare perché ha suscitato grande apprensione dal punto di vista interpretativo, è quello legato all'articolo 5, per esempio, che è una norma di carattere molto generale, però quando ci si troverà a doverla applicare non si sa cosa succederà.

Anche la configurazione dell'atto di donazione enucleato all'articolo 2 lascia molti dubbi sulla sua configurazione giuridica. Quindi, se approvata nella sua attuale formulazione, c'è il timore che questa legge possa causare molti guai, in primo luogo per quanto riguarda la strutturazione dell'atto del Pretore. Infatti la dizione adottata, in merito, all'articolo 3, fa si che il Pretore non sarà assolutamente in grado di stabilire se il documento che gli verrà presentato sarà valido, e se sulla scorta di esso potrà emettere il suo benestare.

Ripeto, esiste una serie di questioni che, se lasciate così come sono, porteranno un grande imbarazzo, e non so se in definitiva solleciteranno quelle operazioni di intervento che sono nella finalità stessa della legge.

Questi sono in sintesi i punti fondamentali che possono destare maggiori preoccupazioni. Ma poi c'è la formulazione giuridica della legge che non va: all'articolo 2, per esempio, è elencata tutta una serie di enunciazioni di principio, non si tratta di precetti. Ecco perché noi abbiamo modificato il testo nel senso che il Pretore deve far presenti al donatore le caratteristiche del suo atto e le conseguenze che gliene possono derivare.

CORTESE, *Relatore*. Il Pretore deve dare tutti questi chiarimenti di ordine tecnico e clinico al donatore?

BONAITI. No, il Pretore deve operare sulla scorta di un documento tecnico rappresentato dal famoso verbale del collegio medico, e qui si esaurisce la funzione tecnico medica.

Poi c'è la figura del donatore, il quale deve avere determinati requisiti per quanto riguarda la parentela, l'età, la capacità d'intendere e di volere. E tutte queste condizioni chi le accerta, se non il Pretore?

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Mi sembra che se noi diciamo che il donatore deve aver raggiunto la maggiore età e deve essere in grado di intendere e di volere, facciamo il compendio di tutte le sue osservazioni, onorevole Bonaiti.

In sostanza mi sembra che il meccanismo adottato dalla legge sia chiaro: il verbale per dichiarare l'esistenza delle condizioni necessarie al trapianto viene redatto dal collegio medico, per evitare che tutto possa dipendere dalla volontà del direttore dell'istituto specializzato che se ne assume la responsabilità, tanto più che il trapianto del rene viene realizzato mediante il lavoro di una *equipe* specializzata. È giusto quindi che il verbale riporti anche le considerazioni di alcuni collaboratori del direttore dell'istituto, che fanno appunto parte della *èquipe*, e queste considerazioni (è un pò difficile che ciò avvenga) possono anche essere in contrasto con quelle del direttore. Se il Pretore, esaminando il verbale, trova delle discordanze, sarà indotto ad approfondire ulteriormente la questione.

Ecco perché il verbale deve essere redatto dal collegio medico per poi essere inviato al Pretore, il quale lo deve trovare conforme ai requisiti previsti dalla legge per poter emettere un decreto e rilasciare il nulla osta.

Su questo punto la legge è abbastanza chiara, anche troppo elaborata forse, ed introduce dei principi cui lo stesso Pretore si deve ispirare.

Perché è vero che nella legge sono contenuti dei precetti rigidi, che costringono ad un determinato comportamento tutti coloro che sono interessati al rilascio del decreto previsto; ma è anche vero che anche nel corso della discussione al Senato è stato rilevato come tale legge contenga anche dei principi etici, sociali, eccetera, cui il pretore può ispirarsi nel rilasciare con una certa tranquillità, naturalmente basandosi anche su una solida incastellatura di elementi tecnici.

Ma, detto questo, quello che vorrei sapere dall'onorevole Bonaiti è se la legge, così come essa è, si presti o meno ad essere impugnata da chi possa avere interesse a farlo. Se difatti l'attuale formulazione non dà adito a una possibilità del genere mi sembra che tutte le preoccupazioni espresse dalla Commissione giustizia siano un po' esagerate, anche se comprendo come i giuristi siano, per loro natura, portati a dar vita a leggi che, anche dal punto di vista estetico, siano quanto migliori è possibile, cercando anche di evitare quella vischiosità qui rilevata a propo-

sito di questo disegno di legge dall'onorevole Bonaiti. Ma se la possibilità di impugnativa non sussiste, mi sembra che il meccanismo attuale, indipendentemente dalla sua formulazione, dia sufficienti garanzie per essere approvato nell'attuale formulazione. Vorrei inoltre sapere dall'onorevole Bonaiti, ed anche dal Presidente, se è possibile snellire il meccanismo previsto dalla legge per mezzo del regolamento di attuazione, rendendo più chiara la lettera della legge stessa, in modo da non creare difficoltà o perplessità nell'animo del pretore che potrebbe così al più presto decidere se sia o meno opportuno rilasciare il nulla osta.

Io stesso ho pregato il Presidente di far intervenire un rappresentante della Commissione giustizia, appunto per avere una risposta a quanto ora esposto. Se difatti non è ipotizzabile una possibilità di impugnativa, non credo sia assolutamente il caso di rinviare il provvedimento al Senato in quanto, visto l'intensissimo calendario di lavoro di quel ramo del Parlamento, temo che si finirebbe per arrestare irrimediabilmente l'*iter* di questa legge. Cosa che invece evidentemente sarebbe ncessaria ov sussistesse la possibilità di gravi dubbi interpretativi.

BONAITI. Per quanto riguarda il meccanismo della legge, è indubbio che esso rimanga integro anche nel nuovo testo, ma i dubbi maggiori sorgono sulla validità giuridica del verbale medico, per la cui compilazione non sono dalla legge indicate norme precise. Il testo approvato dal Senato infatti si limita a dire che si tratta di un verbale stilato nel momento in cui il « direttore riunisce i suoi collaboratori », senza specificare, ad esempio, quale debba essere il numero minimo di tali collaboratori perché il verbale sia efficace giuridicamente. Potrebbe difatti darsi il caso di un direttore che senta il parere di un solo collaboratore, oltre quello del medico provinciale, il cui intervento è previsto esplicitamente: in questo caso sarebbe valido quel verbale?

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Questo può essere risolto in sede di regolamento, in quanto in esso può essere specificato il numero dei collaboratori; devo però dire che il numero dei collaboratori è sempre in funzione delle operazioni di trapianto effettuate. Se difatti un domani questi interventi venissero fatti soltanto in uno o due ospedali, è evidente che i collaboratori sarebbero moltissimi, visto che tutti i medici interessati si recherebbero in quei centri per impratichirsi delle tecniche di trapianto. Il numero esatto non può quindi essere imposto al direttore, visto che per « collaboratori » si deve intendere tutti coloro che saranno chiamati a partecipare all'operazione o alla preparazione di essa: e questi collaboratori possono anche essere moltissimi.

BONAITI. Questo è evidente, ma io intendevo riferirmi alla necessità di fissare un numero minimo di collaboratori, e non un massimo.

PRESIDENTE. Desidero rispondere al quesito postomi dall'onorevole ministro circa i poteri e i limiti dei regolamenti di attuazione della legge. Indubbiamente con questo strumento è possibile rendere più snella la applicazione della legge, fissando, nel caso particolare, i medici che dovranno essere interpellati dal direttore, tanto per fare un esempio. È ovvio però che il regolamento potrà intervenire soltanto nelle parti non precettive della legge.

All'onorevole Bonaiti vorrei far rilevare che le osservazioni fatte dalla Commissione giustizia riguardano due aspetti; innanzi tutto quello dell'aspetto tecnico della legge, cosa questa che interessa voi giuristi e un po' meno noi medici. Indubbiamente la Commissione giustizia ha dato alla legge una veste molto più aderente a quella che è la prassi giuridica, snellendo altresì la procedura. Inoltre si è attribuita la vera responsabilità dell'atto al pretore, mentre nel testo governativo tale responsabilità è in fin dei conti del direttore.

Differenze sostanziali tra le due stesure però non ve ne sono, tanto più che entrambe prestano il fianco a critiche di un certo rilievo. Ad esempio infatti non capisco perché, nel caso di istituti universitari, è stata fissata anche la competenza ulteriore del Consiglio superiore della pubblica istruzione: non si capisce infatti perché si sia voluto appesantire la trafila proprio per quell'organo (l'istituto universitario) che proprio per la sua natura è il più idoneo a compiere gli interventi di trapianto. È vero infatti che, come ha detto il relatore, si è ormai passati dalla fase di sperimentazione a quella di attualità, ma non si può certo negare che questo tipo di intervento richiede un'attrezzatura e una competenza tale che è di norma possibile trovare soltanto, o quasi, nelle cliniche universitarie.

Questo esempio ho voluto fare soltanto per mostrare come vi siano inconvenienti in cui sono incorsi sia i compilatori del testo governativo, sia quelli della Commissione giustizia e per concludere che, visto che la legge,

come sempre avviene, non è perfetta, ma d'altra parte tale non è neppure l'alternativa proposta, allora è certamente opportuno ap provare il testo pervenutoci dal Senato.

Devo dire con molta sincerità che non c'è la necessità assoluta di dover rinunciare al motivo umano di approvare subito la legge per delle osservazioni che, pur perfettamente giustificate, ad un esame più approfondito risulta che in fondo non vengono ad eliminare gli inconvenienti che nella legge si possono rilevare.

BONAITI. La Commissione giustizia si è premurata di non toccare la sostanza del provvedimento, e proprio per tenere fede a questo impegno abbiamo lasciato su questo punto la formulazione approvata al Senato.

GALLUZZI. Non ho che da confermare brevemente quanto ha già osservato il nostro Presidente. Certo che, dal punto di vista giuridico, non vi sono dubbi che il testo formulato dalla Commissione Giustizia è più organico e soddisfacente, soprattutto per quanto riguarda l'accezione delle norme e la loro immediata applicazione. In fondo però si tratta sempre delle stesse norme, soltanto più organicamente ordinate.

Per quanto riguarda la composizione del collegio, penso si possa stare tranquilli, d'altra parte nemmeno il testo della Commissione è chiarissimo a questo proposito, perché non so come si troverebbe il Pretore qualora dovesse decidere quali sono i collaboratori più qualificati.

Si tratterà poi di vedere se per collaboratori si intende tutti coloro che collaborano, come diceva il Ministro, oppure soltanto coloro che compongono l'*équipe* normale dell'ospedale.

Su questo punto quindi mi pare che si possa essere tranquillissimi accettando il testo del Governo, salvo alcune indicazioni che potranno in seguito meglio chiarire tutti i particolari.

Un'altra osservazione è stata fatta in ordine all'atto di donazione. Ci si può chiedere se un atto del genere possa essere o no qualificato come atto di donazione, e si potrebbe anche tornare alla definizione del Carnelutti che parla semplicemente di « datore » e « ricevitore », sostituendo alla figura della donazione una figura più ampia ed aperta.

Per quanto riguarda la qualificazione dell'atto della donazione, di come dovrebbe avvenire, manca (né mi pare ce ne sarebbe stato bisogno) e nel testo governativo, e in quello della Commissione giustizia.

Credo quindi che, in piena coscienza, si possa approvare il testo governativo.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, sospendiamo la discusisone in seguito ad un triplice invito del Presidente della Camera a recarci immediatamente in Aula, dove sono in corso delle votazioni.

La seduta, sospesa alle 11 riprende alle ore 13,20.

PRESIDENTE. Onorevole Ministro, Onorevole Relatore. Penso che dovremmo concludere; e mi rivolgo anche ai colleghi presentatori di emendamenti, per far presente che se è volontà collegiale della Commissione di varare immediatamente la legge, non dovremmo apportare alcuna variazione al testo già approvato dal Senato; e quindi tenere in *non cale* l'emendamento della Commissione Giustizia, mentre i colleghi presentatori di emendamenti dovrebbero ritirarli.

Su questo punto do la parola all'onorevole Monasterio.

MONASTERIO. In linea di massima siamo d'accordo con il Relatore sulla posizione espressa a proposito di questi emendamenti. Volevo soltanto porre una questione: il rappresentante della Commissione Giustizia si è soffermato sulla questione del parere del collegio medico, sopratutto dall'angolo visuale del numero dei componenti il collegio stesso, che non risulta definito dalla legge nella sua formulazione.

A me pare che più che questione del numero dei componenti il collegio medico – e qui mi permetto sottolineare questo concetto in vista della possibilità che di Regolamento chiarisca questa questione – si tratti della composizione qualitativa del Collegio. È stato rilevato, nel corso, della discussione, che la questione è di interesse non solo giuridico, ma medico e chirurgico. Sarebbe estremamente importante che questo parere del collegio medico fosse espresso da medici i quali fossero in grado di esprimere un giudizio sulla situazione complessiva dell'infermo e del donatore, sia dal lato medico biologico, sia da quello delle condizioni obiettive di ambedue in vista delle possibilità dell'intervento operatorio.

CORTESE, *Relatore*. Sono d'accordo con l'on. Monasterio; soltanto vorrei dire che questo Collegio medico porta implicitamente con sé un certo numero di persone, poiché è risaputo che per fare un trapianto di rene esiste innanzitutto una *équipe* della quale il chirurgo forse non è la figura maggiore. C'è *l'équipe* di dializzatori che si occupa della dialisi;

quella di sierologia, di istopatologia. Ora, quando il capo *équipe*, il chirurgo che deve operare, esprime un parere, redige un verbale collegiale e, anche se non sono al momento presenti le persone fisiche che hanno contribuito a formarlo, egli deve mettere insieme tutta una documentazione fornita da diversi specialisti per decidere se sul piano tecnico si può operare o meno il trapianto.

Vorrei dire che il chirurgo non è tenuto solamente a decidere per conto suo, ma deve interpellare tutti gli specialisti che formano l'équipe; quindi l'esistenza di questo collegio è implicita nell'andamento delle cose stesse.

Non vi è neppure la questione del numero dei componenti. Escluso che possa trattarsi del solo chirurgo, va notato che un paio di assistenti, come minimo, fanno parte del collegio. Questa è la situazione: comunque il Regolamento, in sede di attuazione della legge, potrà stabilire norme particolari.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Mi associo a quanto detto dal relatore. Pare a me che la definizione del numero dei collaboratori debba poter essere lasciata a chi ha un certo tipo di responsabilità diretta. A me pare che il tutto rientri nella logica stessa delle osservazioni fatte dal collega Monasterio e da tutti gli altri.

PRESIDENTE. Passiamo all'esame degli articoli. Do lettura del titolo, che pongo in votazione: « Trapianto del rene tra persone viventi ».

(*È approvato*).

Do lettura dell'articolo 1:

ART. 1.

In deroga al divieto di cui all'articolo 5 del Codice civile, è ammesso disporre a titolo gratuito del rene al fine del trapianto tra persone viventi.

La deroga è consentita ai genitori, ai figli, ai fratelli germani e non germani del paziente che siano maggiorenni, purché siano rispettate le modalità previste dalla presente legge.

Solo nel caso che il paziente non abbia i consanguinei di cui al precedente comma o nessuno di essi sia idoneo o disponibile, la deroga può essere consentita anche per altri parenti e per donatori estranei.

Da parte degli onorevoli Di Mauro, Abbruzzese, Alboni, Balconi Marcella, Messinetti, Monasterio, Morelli, Palazzeschi, Pasqualicchio, Scarpa, Tondi Carmen, è stato proposto all'articolo 1 il seguente emendamento:

1) Sostituire il primo comma con il seguente:

« Al fine di soddisfare le esigenze dello sviluppo della ricerca scientifica e della sperimentazione terapeutica nel campo del trapianto degli organi, in deroga al divieto di cui all'articolo 5 del Codice civile, è ammesso disporre a titolo gratuito del rene per l'esecuzione del trapianto tra persone viventi ».

2) Sopprimere i commi secondo e terzo.

DI MAURO ADO GUIDO. Le ragioni di tali emendamenti sono state da noi abbondantemente illustrate in sede di discussione generale. Riteniamo che il progresso continuo della tipizzazione dei tessuti porti a rendere possibile l'utilizzazione anche di reni di non consaguinei, allargando così le possibilità di sperimentazione.

CORTESE, *Relatore*. A parte la considerazione che un emendamento obbligherebbe al rinvio del provvedimento all'altro ramo del Parlamento, con tutti i pericoli insiti in un ritardo di questo genere, vorrei far presente all'onorevole Di Mauro alcune cose. Innanzi tutto mi pare non si possa parlare di « sperimentazione terapeutica nel campo del trapianto degli organi »... Ho già detto questa mattina dei risultati del congresso tenutosi il 13 aprile scorso e di come non si sia parlato nello stesso di sperimentazione.

Anche quando, però, se ne è parlato, ed in senso molto lato, in senso di applicazione delle ricerche al corpo umano, io ho detto come, in tale visione, tutto sia sperimentale, anche i più banali medicinali.

Non sono perciò d'accordo con l'emendamento proposto.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Il Governo si dichiara contrario a tale emendamento.

LATTANZIO. Anche noi voteremo contro l'emendamento, non perché lo stesso non abbia fondati motivi per essere accolto, ma perché riteniamo che quello cui si dà luogo non sia che un primo avvio ad una forma di trapianto del rene e che il problema del trapianto degli organi debba essere ripreso e maggiormente approfondito. Il nostro voto contrario è anche motivato dalla necessità di non far tornare il provvedimento al Senato.

MONASTERIO. Voterò a favore dell'emendamento di cui è primo firmatario l'onorevole Di Mauro per i motivi già messi in evidenza. Vorrei inoltre far rilevare che nel mio intervento ho citato una lunga serie di

scienziati italiani, i quali, compreso il professor Stefanini, si sono espressi nel senso di ritenere in fase sperimentale il trapianto del rene.

In secondo luogo il motivo di questo emendamento consiste nel dare un certo indirizzo alla pubblica opinione. Il modo con il quale è stato presentato il trapianto del rene può suscitare eccessive speranze negli infermi e nei loro familiari, speranze eccessive che possono spingere in direzioni tali da procurare gravi traumi di carattere morale.

L'emendamento vuole costituire una puntualizzazione dei limiti entro i quali si muove il trapianto del rene.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento sostitutivo del primo comma dell'articolo 1, al quale sono contrari il Governo ed il relatore.

(*Non è approvato*).

L'onorevole Di Mauro ed altri propongono poi di sopprimere i commi secondo e terzo dell'articolo 1.

Onorevole Di Mauro insiste nella proposta di soppressione?

DI MAURO. Non insisto.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'articolo 1 nel testo del disegno di legge.

(*È approvato*).

Passiamo all'articolo 2. Ne dò lettura:

ART. 2.

L'atto di disposizione e destinazione del rene in favore di un determinato paziene è ricevuto dal Pretore del luogo in cui risiede il donatore o ha sede l'Istituto autorizzato al trapianto.

La donazione di un rene può essere autorizzata, a condizione che il donatore abbia raggiunto la maggiore età, sia in possesso della capacità di intendere e di volere, sia a conoscenza dei limiti della terapia, del trapianto del rene tra viventi e sia consapevole delle conseguenze personali che il suo sacrificio comporta.

Il Pretore, accertata l'esistenza delle condizioni di cui al precedente comma e accertato altresì che il donatore si è determinato all'atto della donazione di un rene liberamente e spontaneamente, cura la redazione.

L'atto, che è a titolo gratuito e non tollera l'apposizione di condizioni o di altre determinazioni accessorie di volontà, è sempre revocabile sino al momento dell'intervento chirurgico e non fa sorgere diritti di sorta del donatore nei confronti del ricevente.

Il Pretore, accertata l'esistenza del giudizio tecnico favorevole al prelievo ed al trapianto del rene contenuto nel referto medico collegiale di cui all'articolo seguente, può concedere, con decreto da emettersi entro tre giorni, il nulla osta all'esecuzione del trapiano.

In caso contrario ed entro lo stesso termine, dichiara, con decreto motivato, il proprio rifiuto.

Contro tale decreto si può proporre reclamo con ricorso al Tribunale, che si pronuncia in Camera di consiglio.

Tutti gli atti del procedimento davanti al Pretore e al Tribunale non sono soggetti alle disposizioni della legge sulle tasse di registro e bollo.

Lo pongo in votazione.

(*È approvato*).

Passiamo all'articolo 3. Ne dò lettura:

ART. 3.

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 per competenza medica, chirurgica, biologica e devono essere autorizzati dal Ministro della sanità, sentito il parere del Consiglio superiore di sanità e, per gli Istituti universitari, anche il parere della I sezione del Consiglio superiore della pubblica istruzione.

Il direttore dell'Istituto che intende eseguire un trapianto del rene, esperite e controllate tutte le indagini necessarie, riunisce in collegio medico i suoi collaboratori con la partecipazione di un medico di fiducia del donatore e provvede a redigere apposito verbale attestante l'idoneità del donatore anche sotto l'aspetto della istocompatibilità, nonché l'esistenza della indicazione clinica al trapianto nel paziente.

Tale verbale conclusivo con un giudizio tecnico favorevole, viene rimesso al Medico provinciale, il quale, constata l'ottemperanza alle condizioni del precedente comma, lo trasmette, entro 24 ore, al Pretore per il rilascio del nulla osta all'esecuzione del trapianto, di cui all'articolo 2.

Gli onorevoli Monasterio, Abbruzzese, Alboni, Balconi, Di Mauro Ado Guido, Messinetti, Morelli, Palazzeschi, Pasqualicchio, Scarpa e Zanti Tondi propongono di sostituire il secondo periodo del secondo comma con il seguente:

« I Centri, gli Istituti e gli Ospedali predetti, forniti di adeguate attrezzature cliniche e scientifiche, devono disporre di sanitari particolarmente qualificati per competenza medica, chirurgica, biologica e devono essere autorizzati con decreto del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri della pubblica istruzione e per la ricerca scientifica, su conforme delibera del Consiglio Superiore di Sanità, del Consiglio nazionale delle ricerche, nonché, quando si tratti di Istituti universitari, della Prima sezione del Consiglio Superiore della pubblica istruzione. Le spese occorrenti per le operazioni di trapianto, comprese quelle di degenza dei pazienti, sono a carico dei Centri, degli Istituti e degli Ospedali presso i quali le stesse vengono effettuate ».

Onorevole Monasterio, insiste sull'emendamento?

MONASTERIO. Insistiamo per la votazione dell'emendamento. In esso si propone l'accurata selezione dei centri destinati ad effettuare il trapianto del rene e si prevede un parere vincolante da parte del Consiglio nazionale delle ricerche in collegamento con il nostro indirizzo, relativo alla fase di sperimentazione per questo genere di trapianto.

Altro motivo che ci induce ad insistere sul nostro emendamento è quello della gratuità dell'intervento, alla quale attribuiamo grande importanza per l'ordine dei motivi di carattere sociale, che già abibamo illustrato. Se il trapianto non sarà gratuito potranno beneficiare di tale intervento solo le persone più abbienti.

In secondo luogo per non dare adito a speculazioni che potrebbero essere imbastite, come è dimostrato da noti esempi ricorrenti nella storia della medicina italiana, e tali da dar corpo a questa preoccupazione, che non è solo nostra, ma anche di giuristi, medici ed esponenti della Chiesa cattolica, come ho del resto ho avuto modo di dimostrare ampiamente nel corso del mio intervento in sede di discussione generale.

Il relatore ci ha detto che si potrebbe intervenire in questo settore con il regolamento, creando le condizioni per la stipula di apposite convenzioni con gli enti mutualistici; noi però riteniamo che con questo strumento delle convenzioni sarebbe possibile sanare soltanto un aspetto della questione da noi sollecata, e cioè quello di dare la possibilità a tutti i cittadini, anche ai meno abbienti, di fruire di questi interventi. Resta però scoperto l'altro problema, forse più importante, di impedire che questa legge, invece di favorire lo sviluppo della ricerca nel campo dei trapianti possa servire allo sviluppo della scienza delle finanze. Questo pericolo è reale, e lo dimostrano anche le resistenze promanate proprio dall'ambiente medico contro questa nostra linea, già assunta e propugnata al Senato. Se difatti con questa legge si fosse voluto veramente, ed esclusivamente, eliminare l'ostacolo giuridico ai trapianti, non sarebbe certo stata la clausola della gratuità ad impedire che questa vocazione a contribuire allo sviluppo della nostra scienza si realizzasse.

Inoltre, circa la necessità di una rigorosa selezione dei centri, abbiamo dovuto registrare, proprio in questi giorni, un clamoroso caso verificatosi a Genova che non credo possa lasciare più dubbi sulla giustezza delle nostre osservazioni, visto che l'infermo è sopravvissuto solo pochi giorni.

Per i motivi sopra indicati noi insistiamo sul nostro emendamento e chiediamo che sia posto in votazione.

CORTESE, *Relatore*. Anche se non è strettamente connesso con l'intervento dell'onorevole Monasterio, desidererei innanzi tutto chiarire un principio fondamentale, e cioè che non si deve certo pensare che la chirurgia abbia messo a punto una tecnica capace di assicurare l'immortalità. Difatti tutte le operazioni chirurgiche, anche le più banali, sono gravate da una certa mortalità, sia generica (morte per anestesia), sia specifica (morte per emorragia in fase operatoria o per complicazioni postoperatorie).

Ciò premesso è strano che si possa giudicare con tanta severità l'eventuale insuccesso di un intervento, sopratutto quando si tratta di un paziente stremato da un'uremia, in condizioni gravissime.

A proposito di quanto ha detto l'onorevole Monasterio, vorrei osservare che già esistono delle convenzioni tra enti mutualistici e centri altamente specializzati: per esempio di cardiologia (il centro *Blelot*, che ha una convenzione con l'Inam). Anche nel campo che a noi interessa quindi si può intervenire con delle convenzioni. D'altra parte il problema del lucro non si pone, sia perché sarebbe astronomico voler calcolare il costo effettivo di una operazione di questo genere (tenendo

conto del costo dei programmi di dialisi pre operatoria e postoperatoria, le istallazioni, i tecnici, gli infermieri, i medici, i genetisti, i radologi, eccetera), sia perché, sopratutto gli istituti universitari, hanno un interesse particolare a davere questi casi, utili ai fini scientifici e d osservazione.

Detti istituti, d'altra parte, non hanno mai posto problemi economici, se non quelli riguardanti le installazioni; ed è in questo che deve intervenire il Consiglio nazionale delle ricerche, che non deve organizzare o controllare ma è soltanto il finanziatore di alcuni di questi istituti in cui si conducono ricerche nel campo dei trapianti. Per quanto riguarda il piano umano, ed è l'aspetto principale, la competenza esclusiva è del Ministero della sanità (affiancato dal Consiglio superiore della sanità), integrato, per gli istituti universitari, dal Consiglio superiore della pubblica istruzione.

Né bisogna dire che è possibile che un medico qualsiasi si possa mettere in testa di fare il trapiantatore di reni. Ma dirò di più: anche facendo riferimento alla specialità urologica, più che ad essa l'operazione di trapianto appartiere alla chirurgia vascolare, ed un chirurgo che si è sempre e soltanto occupato di urologia difficilmente sarà in grado di operare un trapianto.

Un'altra preoccupazione è che non si compiano delitti, ma questa è una preoccupazione che spetta alla legge. Per quanto mi riguarda, vi consiglio di leggere un libro meraviglioso scritto da un chirurgo russo estremamente ricco di sofferenza ed umanità.

SCARPA. Io desidererei che il Ministro fosse un po' meno laconico; penso infatti che gli argomenti toccati dall'onorevole Monasterio siano in qualche misura condivisi dal Ministro, il quale semmai potrebbe dirci che sarebbe opportuno non introdurre questi elementi nel testo del provvedimento, onde evitare un ritorno al Senato non utile in questo momento.

Però, se allo stato degli atti, le istituzioni mutualistiche non pagano il corrispettivo delle operazioni di trapianto, il Ministro si rende conto perfettamente, che, a questo punto, i 10 milioni al professor X o al professor Y finiranno per poterli pagare solamente i grossi industriali e di cittadini possidenti.

Per cui l'introduzione del concetto che questo tipo di sperimentazione debba essere gratuita, non può non essere da lei condiviso, onorevole Ministro, fino al momento in cui non diventi una terapia generalizzata.

Se lei si dichiarasse d'accordo, e ci assicurasse di essere in grado di ottenere quanto noi chiediamo in altra sede e con altri strumenti, senza modificare la legge, il nostro atteggiamento potrebbe essere diverso.

Se lei è invece così laconico, onorevole Ministro, ci da la sensazione di non tenere in nessuna considerazione le osservazioni, pur valide e giuste, del collega Monasterio.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Onorevole Scarpa, lei sa che ascolto sempre con attenzione le idee degli altri perché le rispetto, anche se purtroppo alcune circostanze hanno dimostrato che gli altri non fanno altrettanto.

Non è che io ritenga prive di fondamento le considerazioni che sono state fatte, perché in fondo ciascuno di noi, attraverso una diversa scelta politica, aspira ad un sistema di sicurezza sociale in cui gli istituti specializzati e gli ospedali possano soccorrere gratuitamente coloro che ne hanno bisogno. Il mio silenzio perciò conteneva implicitamente tutte le sue considerazioni, essendo io un convinto assertore del sistema assistenziale.

Ovviamente quando stamane su sua proposta – voglio ricordare – di riconvocarci subito dopo la discussoine in aula per vedere di approvare subito la legge, anche lei pensava alla esistenza di appositi Centri. In questo spirito io non ho voluto intervenire per offrire la possibilità di varare subito una legge che dia agli infelici la speranza di poter avere subito una possibilità di trapianto del rene.

Naturalmente è logico che questa legge dovrà venire corredata ed arricchita di alcuni principi che ci avvicinino a quei sistemi sui quali il Parlamento si è espresso, sia pure volendoli realizzare gradualmente.

Ecco il perché della mia laconicità: perdere il meno tempo possibile.

SCARPA. Signor Ministro, non è che noi abibamo fatto questo intervento pensando ad un sistema di sicurezza sociale. Siamo anche disposti ad accettare formule diverse per questo mezzo di intervento fino a che esso non diventerà una terapia generalizzata riconosciuta dagli Istituti mutualistici. Il nostro scopo non è quello di tentare dei sotterfugi su argomenti che non riteniamo condivisi dagli altri.

MARIOTTI, *Ministro della Sanità*. C'è l'ultimo articolo della legge il quale stabilisce che il Ministro della Sanità, di concerto col Ministro del lavoro e della Previdenza sociale, emanerà il regolamento di

esecuzione della legge stessa entro sei mesi dalla sua entrata in vigore. Ebbene, devo trovare un accordo col Ministro del Lavoro perché o attraverso il sistema mutualistico o attraverso altre forme possano essere curati anche coloro che, non avendo denaro, abbiano, tuttavia bisogno di essere operati. Su questo non c'è dubbio; bisognerà affrontare il problema: non bisogna dare la possibilità del trapianto del rene, e quindi di essere restituiti alla vita, soltanto a coloro che hanno i mezzi per pagare l'operazione. Chiunque abbia un minimo di responsabilità sociale la pensa così.

Ripeto: la mia laconicità non è insensibilità ad alcuna richiesta, e lo dimostrerò, fra l'altro, perché su questo argomento devo avere un incontro col Ministro del lavoro. C'è una norma di questa legge che dice che il donatore deve essere assicurato per una minorazione cui va incontro; però non si indica in realtà l'Ente che dovrà sopportare l'onere né la misura dell'onere stesso.

Siccome questo per regolamento non potrà essere stabilito, ho già detto ad alcuni colleghi di presentare una legge di iniziativa parlamentare che affronti questo problema; quindi non vi è dubbio che già avevo recepito con un acerta sensibilità questo problema. Ma siccome oggi c'è urgenza di chiudere la seduta (siamo già alle 14) vi prego vivamente di varare la legge: si provvederà in seguito ad affrontare con una leggina i problemi rimasti in essere.

SCARPA. Non abbiamo ancora parlato di un possibile accordo con il Ministero della Pubblica Istruzione. Noi non saremmo d'avviso che questo tipo di interventi sia pagato dalle istituzioni mutualistiche per i lavoratori, mentre gli altri cittadini sarebbero esposti ad oneri gravissimi. È certo che questo tipo di intervento chirurgico rappresenta un interesse notevole anche per la scienza: e siccome si tratta di una terapia sperimentale pensiamo che sarebbe opportuno che l'onere relativo fosse addossato alla ricerca scientifica e quindi alla Pubblica istruzione.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Non è possibile: questa è una legge sanitaria. Anche se implicitamente si tratta di una sperimentazione scientifica, in realtà si tratta di vedere di fare queste operazioni di trapianto per restituire una speranza a determinate persone. Insisto, pertanto sul concetto di approvare subito la legge, questo meccanismo sia pure non completo, non perfetto: i problemi successivi formeranno oggetto di una legge di iniziativa parlamentare che supererà la procedura più complessa del disegno di legge, in modo da abbreviarne l'*iter*.

PRESIDENTE. Insiste l'onorevole Monasterio sul suo emendamento?

MONASTERIO. Insisto.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento dell'onorevole Monasterio, sostitutivo del primo comma.

(*Non è approvato*).

Pongo in votazione l'articolo 3, nel testo già approvato dal Senato.

(*È approvato*).

Dò lettura degli articoli successivi, avvertendo che non essendovi emendamenti, e nessuno chiedendo di parlare, li porrò successivamente in votazione.

ART. 4.

Il trapianto del rene legittimamente prelevato e destinato ad un determinato paziente non può aver luogo senza il consenso di questo o in assenza di uno stato di necessità.

(*È approvato*).

ART. 5.

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.

(*È approvato*).

ART. 6.

Qualsiasi pattuizione privata che preveda un compenso in denaro o altra utilità in favore del donatore, per indurlo all'atto di disposizione e destinazione, è nulla e di nessuno effetto.

(*È approvato*).

ART. 7.

È punito con la reclusione da tre mesi ad un anno e con multa da lire 100.000 a due milioni chiunque a scopo di lucro svolge opera di mediazione nella donazione di un rene.

(*È approvato*).

ART. 8.

Il Ministro della sanità, di concerto col Ministro del lavoro e della previdenza sociale, emanerà il regolamento di esecuzione della presente legge entro sei mesi dalla sua entrata in vigore.

(*È approvato*).

Il disegno di legge sarà posto in votazione a scrutinio segreto al termine della seduta.

Discussione del disegno di legge: Modifica dell'articolo 1 della legge 26 aprile 1964, n. 308, concernente la misura dell'aiuto economico ai lebbrosi e relativi familiari a carico e per la modifica del terzo comma dell'articolo 286 del testo unico 27 luglio 1934, n. 1265, quale risulta modificato dall'articolo 1 del regio decreto-legge 13 febbraio 1936, n. 353, convertito in legge 14 maggio 1936, n. 935, concernente il ricovero dei lebbrosi *(Approvato dalla XI Commissione permanente del Senato)* (4046).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge numero 4046, concernente modifica dell'articolo 1 della legge 26 aprile 1964, n. 308, concernente la misura dell'aiuto economico ai lebbrosi e relativi famigliari a carico, e per la modifica del terzo comma dell'articolo 286 de ltesto unico 27 luglio 1934, n. 1265, quale risulta modificato dall'articolo 1 del regio decreto-legge 13 febbraio 1936, n.353, convertito in legge 14 maggio 1936, n. 935, concernente il ricovero dei lebbrosi.

I ldisegno di legge è stato approvato dalla competente XI Commisisone permanente del Senato nella sua seduta del 27 aprile 1967.

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

LATTANZIO, *Relatore*. Signor Presidente, onorevoli colleghi. Mi rimetto alla Relazione presentata dal Governo al Senato sul disegno di legge numero 2135. Aggiungo soltanto che in altre occasioni su provvedimenti del genere la Commisisone è stata unanimemente favorevole. Anche la V Commissione permanente – Bilancio – investita del parere alla nostra Commissione, si è espressa favorevolmente. Come Relatore prego pertanto gli onorevoli colleghi di approvare il provvedimento.

PRESIDENTE. Ringrazio il Relatore e dichiaro aperta la discussione generale. Nessuno chiedendo di parlare, la dichiaro chiusa.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Naturalmente il Governo è favorevole.

PRESIDENTE. Passiamo agli articoli. Ne dò lettura avvertendo che non essendovi emendamenti e nessuno chiedendo di parlare, lo porrò successivamente in votazione.

ART. 1.

A decorrere dal 1° luglio 1966 la misura del sussidio giornaliero, previsto alla legge 26 aprile 1964, n. 308, a favore degli infermi affetti da lebbra e dei loro familiari a carico, è stabilita in:

lire 700 giornaliere per i lebbrosi ricoverati;

lire 1.500 giornaliere per i lebbrosi assistiti a domicilio;

lire 700 giornaliere per ogni familiare a carico.

(*È approvato*).

ART. 2.

Il terzo comma dell'articolo 286 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, quale risulta modificato dall'articolo 1 del regio decreto-legge 13 febbraio 1936, n. 353, convertito nella legge 14 maggio 1936, n. 935, è sostituito dal seguente:

« Le spese di spedalità sono a carico dello Stato e gravano sullo stato di previsione della spesa del Ministero della sanità ».

(*È approvato*).

ART. 3.

All'onere derivante dall'applicazione della presente legge, valutato in lire 110 milioni in ragione d'anno, si farà fronte per il periodo 1° luglio 1966-31 dicembre 1967 mediante riduzione del capitolo 1205 dello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità per l'anno 1967 e dei corrispondenti capitoli per gli esercizi successivi.

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

(*È approvato*).

ART. 4.

Le provvidenze stabilite dalla presente legge hanno effetto dal 1° luglio 1966.

(*È approvato*).

Il disegno di legge sarà posto in votazione a scrutinio segreto al termine della seduta.

Votazione segreta.

PRESIDENTE. Indico la votazione a scrutinio segreto sui provvedimenti esaminati nella seduta odierna.

(*Segue la votazione*).

Comunico i risultati della votazione: Disegno di legge n. 3694 « Trapianto del rene tra persone viventi »:

Presenti e votanti 27
Maggioranza 14
Voti favorevoli . . . 26
Voti contrari 1

(*La Commissione approva*).

Disegno di legge « Modifica dell'articolo 1 della legge 26 aprile 1964, n. 308, concernente la misura dell'aiuto economico ai lebbrosi e relativi familiari a carico e per la modifica del terzo comma dell'articolo 286 del testo unico 27 luglio 1934 n. 1265, quale risulta modificato dall'articolo 1 del regio decreto legge 13 febbraio 1936, n. 353, convertito in legge 14 maggio 1936, n. 935, concernente il testoricovero dei lebbrosi » (4046).

Presenti e votanti 27
Maggioranza 14
Voti favorevoli . . . 26
Voti contrari 1

(*La Commissione approva*).

Hanno preso parte alla votazione:

Alboni, Balconi Marcella, Barba, Barberi, Bartolefi Bemporad, Berretta, Buffone, Cattaneo, Petrini Giannina, Cortese Giuseppe, D'Antonio, De Lorenzo, De Maria, Di Mauro Ado Guido, Galluzzi Vittorio, Gasco, Lattanzio, Monasterio, Palazzeschi, Pasqualicchio, Savoldi, Scarpa, Spinelli, Tantalo, Urso, Usvardi, Zanti Tondi Carneri.

È in congedo: Sorgi.

La seduta termina alle 14.

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Dott. ANTONIO MACCANICO

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO