

COMMISSIONI RIUNITE  
GIUSTIZIA (IV) — IGIENE E SANITÀ PUBBLICA (XIV)

3.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 6 FEBBRAIO 1975

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE DELLA XIV COMMISSIONE FRASCA

INDICE

	PAG.
<b>Disegno e proposta di legge (Seguito della discussione e approvazione):</b>	
Disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico (922);	
D'AQUINO ed altri: Norme per il prelievo di parte di cadavere a scopo di trapianto terapeutico (1216) . . . . .	19
PRESIDENTE . . . . .	19, 20, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 39
ACCREMAN . . . . .	34, 35
CASAPIERI QUAGLIOTTI CARMEN . . . . .	25, 33, 37
CAPPONI BENTIVEGNA CARLA . . . . .	21, 32, 35
COCCIA . . . . .	24, 34
CORTESE . . . . .	22, 28
D'ANIELLO . . . . .	21, 23, 24, 26, 28, 29
DEL DUCA, <i>Relatore per la XIV Commissione</i> . . . . .	20, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 36
DE MARIA . . . . .	21, 22, 24, 25, 28, 35, 39
FOSCHI, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i> . . . . .	20, 21, 25, 26, 28, 32, 34, 38, 39
LA BELLA . . . . .	32
MUSOTTO . . . . .	38
RAMPA . . . . .	23, 24, 28, 32, 33, 37, 39
VENTUROLI . . . . .	22, 23, 35
<b>Votazione segreta:</b>	
PRESIDENTE . . . . .	40

La seduta comincia alle 11,45.

ALLOCCA, *Segretario della XIV Commissione*, legge il processo verbale della seduta precedente.

(È approvato).

**Seguito della discussione del disegno di legge: Disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico (922); e della proposta di legge d'Aquino ed altri: Norme per il prelievo di parte di cadavere a scopo di trapianto terapeutico (1216).**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione abbinata del disegno di legge: « Disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico »; e della proposta di legge d'iniziativa dei deputati d'Aquino ed altri: « Norme per il prelievo di parte di cadavere a scopo di trapianto terapeutico ».

Ricordo ai colleghi che nella seduta del 3 luglio 1974 le Commissioni riunite avevano iniziato la discussione dell'articolo 1 del disegno di legge n. 922, assunto come testo base. Comunico che sono stati ritirati dai proponenti tutti gli emendamenti a suo tempo presentati sul provvedimento e che si è provveduto a rielaborare il testo base, tenendo pre-

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 6 FEBBRAIO 1975

sente la discussione che si è svolta e gli emendamenti suddetti, con il concorso dei singoli gruppi e del Governo.

DEL DUCA, *Relatore per la XIV Commissione*. Confermo che presenterò una serie di emendamenti interamente sostitutivi del testo base. Per la formulazione di tali emendamenti ho tenuto presenti quelli a suo tempo presentati dal gruppo comunista e dal Governo, nonché la proposta di legge Chiovini Cecilia ed altri sul prelievo dell'ipofisi. Non vedo in Commissione la collega onorevole Chiovini, che ha dato un notevole apporto al lavoro di formulazione del nuovo testo. Mi premurerò, man mano che si arriverà alla discussione dei singoli articoli, di indicare la paternità degli emendamenti presentati a suo tempo e recepiti nel nuovo testo.

PRESIDENTE. Riprendiamo l'esame degli articoli.

Do lettura del primo articolo:

ART. 1.

È consentito il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico.

Il prelievo può essere effettuato anche in deroga alle disposizioni vigenti concernenti il periodo di osservazione previsto dagli articoli 7, 8 e 9 del regolamento di polizia mortuaria approvato con regio decreto 21 dicembre 1942, n. 1880, previo accertamento della morte nei casi e con le modalità di cui agli articoli seguenti.

È vietato il prelievo dal cadavere dell'encefalo e delle ghiandole della sfera sessuale e della procreazione.

Il relatore, onorevole Del Duca, ha presentato il seguente emendamento:

*Sostituire l'articolo 1 con il seguente:*

ART. 1.

È consentito il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico.

Il prelievo può essere effettuato anche in deroga alle disposizioni vigenti concernenti il periodo di osservazione previsto dagli articoli 7, 8 e 9 del regolamento di polizia mortuaria approvato con regio decreto 21 dicembre 1942, n. 1880, previo accertamento della morte nei casi e con le modalità di cui agli articoli seguenti.

Salvo quanto disposto nel successivo articolo 1-bis è vietato il prelievo dal cadavere

dell'encefalo e delle ghiandole della sfera genitale e della procreazione.

DEL DUCA, *Relatore per la XIV Commissione*. Il nuovo testo modifica lievemente quello iniziale, migliorandolo.

FOSCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Sono favorevole al nuovo testo.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento del relatore, interamente sostitutivo dell'articolo 1, favorevole anche il Governo.

(È approvato).

L'onorevole Del Duca ha presentato il seguente articolo aggiuntivo:

ART. 1-bis.

È consentito il prelievo di ipofisi dai cadaveri sottoposti a riscontro diagnostico ai sensi della legge 15 febbraio 1961, n. 83, o ad operazioni autoptiche ordinate dall'autorità giudiziaria al fine di produrre estratti iniettabili per la cura dei soggetti affetti da nanismo ipofisario ormonosensibile, o di altri ormoni necessari per la terapia di altre insufficienze ipofisarie.

È consentito ancora per gli stessi fini il prelievo di ipofisi nei casi previsti dagli articoli 2 e 3 secondo le modalità di cui agli articoli 4 e 5.

DEL DUCA, *Relatore per la XIV Commissione*. Il contenuto di questo articolo aggiuntivo riprende, facendone la sintesi, gli articoli 1 e 4 della proposta di legge Chiovini Cecilia ed altri sul prelievo dell'ipofisi che ho prima ricordato.

PRESIDENTE. Lo pongo in votazione.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo:

ART. 2.

Fermo l'obbligo dei medici curanti, in caso di cessazione del battito cardiaco, di compiere tutti gli interventi suggeriti dalla scienza e dalla tecnica per salvare la vita del paziente, quando, previo adempimento di tutte le condizioni previste dalla legge, il corpo di una persona deceduta viene destinato ad operazioni di prelievo, l'accertamento della morte deve essere effettuato, salvo i casi di cui all'articolo 3, mediante il rilievo continuo dell'elet-

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 6 FEBBRAIO 1975

trocardiogramma protratto per non meno di venti minuti primi.

Le operazioni di prelievo possono essere effettuate in ospedali civili e militari, negli istituti universitari e nelle case di cura private, all'uopo autorizzate dal Ministero della sanità.

La morte deve essere accertata da un collegio di tre medici, di cui uno esperto in cardiologia.

Il relatore, onorevole Del Duca, ha presentato il seguente emendamento:

*Sostituire l'articolo 2 con il seguente:*

#### ART. 2.

Fermo l'obbligo dei medici curanti, in caso di cessazione del battito cardiaco, di compiere tutti gli interventi suggeriti dalla scienza e dalla tecnica per salvare la vita del paziente, quando, previo adempimento di tutte le condizioni previste dalla legge, il corpo di una persona deceduta viene destinato ad operazioni di prelievo, l'accertamento della morte deve essere effettuato, salvo i casi di cui all'articolo 3, mediante il rilievo continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di venti minuti primi.

Le operazioni di prelievo possono essere effettuate in ospedali civili e militari, negli istituti universitari e nelle case di cura private, all'uopo autorizzate dal Ministero della sanità.

L'autorizzazione è rilasciata ai sensi dell'articolo 9 della presente legge.

Le operazioni di prelievo della cornea possono essere effettuate anche in luoghi diversi da quelli indicati nei commi precedenti purché eseguite da sanitari appartenenti agli enti, istituti o case di cura indicati nel presente articolo.

La morte deve essere accertata da un collegio di tre medici, di cui uno esperto in cardiologia.

CAPPONI BENTIVEGNA CARLA. Mi riferisco alle operazioni di prelievo fatte in case di cura private: mi pare che le garanzie siano insufficienti. Si potrebbe stabilire che le autorizzazioni per le operazioni di prelievo siano rilasciate quando a cura dell'Istituto superiore di sanità sia accertata la idoneità delle attrezzature esistenti. Qui voglio ricordare l'articolo 9 del progetto di legge: sarebbe bene adottare gli stessi controlli in esso previsti. Al terzo comma dell'articolo andrebbe quindi specificato che l'autorizzazione è rilasciata

ai sensi del secondo e terzo comma del successivo articolo 9 di cui il relatore ha proposto una nuova formulazione.

D'ANIELLO. Non sono d'accordo con le osservazioni della collega. Ci si può limitare a dire che l'autorizzazione in genere è rilasciata in funzione dell'accertamento della validità delle attrezzature e della accertata competenza dei sanitari. Si tratta di una cosa diversa dai trapianti, che implicano operazioni molto più complicate. Per i prelievi si stabiliscono dei controlli sulle case di cura private da parte del ministero, non dell'Istituto superiore di sanità.

DE MARIA. Devo dire che mi trovo a disagio perché il relatore ha presentato un testo diverso da quello che abbiamo sotto gli occhi.

Desidero fare delle osservazioni riferentisi ad alcuni dati di fondo e chiedere qualche chiarimento all'onorevole Del Duca.

Vorrei riflettere sulla gravità di quello che andiamo a decidere. Abbiamo abolito gli articoli 7, 8 e 9 del regolamento di polizia mortuaria. Nella prima stesura del testo base vi è chiaramente una distinzione a seconda del modo in cui è avvenuta la morte. In un caso si è ritenuto necessario far riferimento a tutti i parametri che attualmente abbiamo a disposizione, sui quali formulo però delle riserve, perché certe affermazioni apodittiche contenute nella relazione al disegno di legge dal lato scientifico non sono completamente accettabili: il migliore esperto di elettroencefalografia di Roma, il professor Ricci, ha avuto occasione di dirmi che in un caso dopo 24 ore di onda alfa piatta, c'è stata una reviviscenza del malato. Per quanto riguarda la seconda ipotesi, si prevede che il medico curante, dopo aver compiuto tutti gli interventi necessari ai fini della rianimazione (non c'è bisogno però di scrivere questo in una legge, perché il medico li effettua comunque) e dopo aver accertato un elettrocardiogramma negativo per venti minuti, potrebbe dare l'autorizzazione al prelievo. Ebbene un elettrocardiogramma negativo per venti minuti non offre adeguate garanzie tecnico-scientifiche, e conseguenzialmente giuridiche e morali, sulla realtà della morte.

Vorrei sapere se nella nuova stesura queste due situazioni sono state fuse.

FOSCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Non c'è stata alcuna fusione delle due situazioni.

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 6 FEBBRAIO 1975

De MARIA. Allora ci sono delle riserve da fare: non è possibile accertare la realtà della morte con solo venti minuti di elettrocardiogramma negativo.

VENTUROLI. Nel secondo comma del nuovo articolo 2 si prevede la possibilità che le azioni di prelievo possano avvenire anche « nelle case di cura private all'uopo autorizzate dal Ministero della sanità ». Nel comma successivo dell'emendamento interamente sostitutivo si stabilisce che « l'autorizzazione è rilasciata ai sensi dell'articolo 9 della presente legge ». Mi permetterò di suggerire di sopprimere il secondo e il terzo comma dell'articolo 9, per non prestare il fianco a dubbi circa l'interpretazione delle modalità per l'autorizzazione.

Non dovrebbe sfuggire, comunque, quella che è la situazione ospedaliera del nostro paese e la realtà delle case di cura private. Con la pubblicizzazione degli ospedali e soprattutto con la nuova configurazione dell'attività pubblica sanitaria, definita da diverse proposte di legge e da un disegno di legge che spero vengano presto posti in discussione, dobbiamo valutare fino in fondo, in modo obiettivo e completo, le condizioni delle case di cura private. Esse, pur rappresentando una realtà che non può essere disconosciuta (sono nate in un certo modo e hanno sopperito alle carenze dell'assistenza pubblica), nella proiezione futura dell'intervento sanitario debbono essere ridimensionate. Occorre creare una situazione nella quale si vada progressivamente eliminando la caratteristica tipica di un paese che ha avuto un certo tipo di sviluppo e nel quale anche nel campo sanitario il profitto ha trovato troppo spazio. È giusto quindi preoccuparsi di eliminare progressivamente, nei dovuti modi e con le dovute cautele, questa fascia di speculazione privata e di profitto innestata nel « marchingegno » della difesa della salute pubblica.

Quindi mi chiedo, e mi preoccupò, se anche con la debita autorizzazione, che dà certamente delle garanzie di ordine sanitario e scientifico, non si determini un'altra concessione, che anziché disincentivare le case di cura private, le favorisca. Qui sento già la preoccupazione di chi considera che potremmo, ad un certo momento, trovarci nella situazione di avere un sanitario che opera nelle case di cura private, che sono più attrezzate di quanto non sia l'ospedale pubblico. Anche questa è una obiezione valida, però ciò non toglie il dubbio che si stia creando un'altra condizione in cui si concede troppo alle case

di cura private. Mi si risponde che non c'è problema di lucro. In realtà anche laddove non c'è lucro individuabile effettivamente, cioè non c'è la possibilità di speculare e dare luogo ad una infinità di facili prelievi, può operare la molla del prestigio che può spingere a fare cose al di là della legge.

Non voglio disincentivare i prelievi, voglio incentivare i trapianti, perché questo è un fatto positivo. Certamente il prelievo rende possibile il trapianto, ma bisognerebbe fare attenzione a non dare luogo ad un eccesso dell'offerta. Non è una cosa da prendersi alla leggera. Con la modifica dell'articolo 2 abbiamo indicato delle garanzie, ma il dubbio rimane.

CORTESE. Prelievi e trapianti sono cose indissolubilmente legate.

Fare un prelievo per un trapianto significa adottare una particolare procedura. Ci sono differenti tecniche di prelievo per differenti tecniche di trapianto: si veda il caso dei trapianti di reni.

Sorge poi il problema della conservazione nel periodo di tempo di ischemia a freddo, cioè nel periodo in cui l'organo, il cuore per esempio, non è di nessuno. Per questo c'è una tecnica, che ora va progredendo, per cui l'organo può anche essere trasportato da una città all'altra.

Qui, veramente, ci stiamo occupando del semplice prelievo. Il prelievo è condizionato dalle modalità indicate nell'articolo 9. Bisogna aver presente un fatto: che l'unica cosa che si può dire per un certo ente ospedaliero è che c'è un cadavere in rianimazione che può essere trattenuto 24 ore; però ai fini del trapianto occorre la squadra di sanitari che possa fare tutte le prove di isto-compatibilità tra donatore e ricevente e che possa raggiungere il cadavere e fare il prelievo secondo le modalità più opportune. Qui-ritorna la questione di come prelevare un organo vivo da un individuo morto e ritorna la questione dell'encefalo.

L'encefalo dopo tre minuti diventa gelatina; l'ipofisi non fa parte dell'encefalo, se non per le sue connessioni: essa è una glandola nervosa, la quale non fa altro che fabbricare le stimoline per comandare i centri ormonali del nostro organismo; essa non è una stimolina a bersaglio, ma agisce attraverso la somedina. Se manca la somedina si può avere una ipofisi ben funzionante, ma priva del bersaglio su cui agisce.

Voglio ribadire che negli articoli 2 e 3 del testo emendato ci sono delle condizioni ri-

ferentisi al prelievo che dobbiamo valutare attentamente. Nell'articolo 9 ci sono invece condizioni determinate in modo tale da poter rientrare piuttosto in un regolamento. I medici impegnati in una operazione di trapianto debbono iniziare la loro opera dal prelievo, fino al completamento del trapianto, e dopo il completamento del trapianto debbono continuare, attraverso i dati e le varie prove, a sorvegliare che non prenda corpo il meccanismo del rigetto, in modo, prima che avvenga, da evitarlo con il cortisone.

Quindi il problema del prelievo e successivamente del trapianto diventerà sempre di più un fatto unitario, che potrà essere gestito dalla regione, ma dovrà far capo ad un centro non avulso dall'attività ospedaliera e di pronto soccorso. Ci sono altre questioni di ordine giuridico, che verranno esaminate successivamente. In questa sede dobbiamo stabilire quando va effettuato il prelievo, quando cioè un individuo può essere considerato morto, e chi effettua il prelievo. A questo proposito le discordanze alle quali accennava il collega De Maria sono superabili. La scienza cammina rapidissimamente e insieme al diritto, che la segue, può fornirci quella norma generale che appaga la coscienza sociale. La tecnica del prelievo, invece, si ricollega all'articolo 9.

Il problema da risolvere è che si deve intervenire su un cadavere utile al trapianto, su organi vivi e non morti, su un cadavere in rianimazione, cioè in vita assistita artificialmente, da cui si presume che sia escluso il cervello. Dobbiamo pensare ai fini dei trapianti di organi vivi che essi possano anche essere utilizzati ad una certa distanza. Ci sono tante condizioni, tanti diversi casi che si presentano. Innanzitutto bisogna distinguere tra i trapianti e gli innesti di scheletro, che si possono fare quando si vuole. La morte avviene per gradi successivi: prima muore il cervello, per ultima la cute. Mano a mano che trascorre il tempo, c'è una morte successiva, organo per organo, apparato per apparato, fino al momento della putrefazione. Se non si tiene presente che i cadaveri utilizzabili ai fini dei trapianti debbono stare in rianimazione, il discorso è inutile e nasconde sempre equivoci.

D'ANIELLO. A mio avviso le perplessità del collega onorevole Venturoli non hanno fondamento. Sono d'accordo con l'onorevole Cortese, nel senso che certe norme dovrebbero essere contenute piuttosto nel regolamento, che dovrà essere elaborato e nel quale saranno previste tutte le garanzie necessarie. Non

capisco perché, se esistesse un'*équipe* privata altamente qualificata, si dovrebbe vietare il prelievo di parti di cadavere, anche in considerazione del fatto — come ha rilevato il collega onorevole Cortese — che l'organo prelevato deve essere utilizzabile ai fini del trapianto. Ciò comporta un'alta capacità professionale da parte dell'*équipe*, attrezzature idonee, e via dicendo.

A proposito di questo articolo mi occuperei dei problemi ai quali hanno accennato i colleghi De Maria e Cortese, al fine di arrivare ad una soluzione che sia scientificamente fondata. Esistono idee disperate al riguardo; ma è vero anche che occorre approvare questo provvedimento, che ha una importanza enorme sul piano umanitario. Prego comunque i colleghi di soffermarsi sugli argomenti che veramente meritano impegno di discussione e approfondimento totale, in quanto pongono questioni di coscienza pienamente comprensibili.

RAMPA. Mi associo all'ultima parte dell'intervento dell'onorevole D'Aniello. Non vorrei che, dilatandosi la discussione agli interessi presunti o veri (molto spesso veri, purtroppo) delle cliniche private, non si approfondisse se dopo venti minuti esiste o meno un cadavere, anziché una persona ancora viva.

Prego i colleghi di approfondire questo aspetto.

VENTUROLI. È una parte che ho dato per scontata.

RAMPA. Il collega onorevole De Maria ha risollevato la questione. Prego i colleghi, anche tenendo conto dei lavori precedentemente svolti, in ordine ad un tema che ci tocca tutti profondamente nella nostra coscienza, di sciogliere questo nodo, prima di discutere altre questioni di ordine politico-operativo. Prego i colleghi, che sono in condizione di poterci confortare nella nostra decisione, di chiarirci se il nodo non c'è e se si tratta soltanto di una preoccupazione dell'onorevole De Maria. Invece, se la questione fosse ancora aperta, ci venga detto chiaramente. Dico questo senza una mania di perfezionismo, di fronte ad un problema che evidentemente lascia degli spazi di incertezza o di dubbio dal punto di vista scientifico, ma che deve essere visto dal punto di vista della certezza rispetto allo stato attuale della scienza.

Non potevo non porre questo problema alla sensibilità del presidente, sperando di aver interpretato le preoccupazioni di altri colleghi, con l'intenzione di sentire dagli studiosi che

fanno parte delle Commissioni dichiarazioni di sostanziale certezza.

Mi riservo di intervenire successivamente anche sulle osservazioni formulate dall'onorevole Venturoli e sui problemi che sorgeranno esaminando i singoli articoli.

**COCCIA.** La questione sollevata dal collega Rampa ha certamente un carattere di pregiudizialità; ricordo però che a questo proposito il gruppo informale di lavoro incaricato dell'elaborazione del testo ha avuto incontri con esperti, dei quali non sarebbe male che venisse esposta una sintesi da parte del relatore, in modo che si possa procedere avendo risolto i residui dubbi sollevati dal collega onorevole De Maria, sui quali l'onorevole Cortese non si è soffermato, forse perché li ritiene superati appunto degli incontri e delle informazioni raccolte nell'ambito del gruppo di lavoro.

**PRESIDENTE.** Il testo proposto dal relatore tiene conto del risultato degli incontri avuti e delle acquisizioni raccolte dal gruppo di lavoro. Ciò non impedisce naturalmente che i colleghi esprimano ora su questo punto le loro opinioni.

**COCCIA.** L'approdo è dunque questo. Se non erro il collega Cortese ha affermato che, una volta varato il provvedimento, sarà necessario un regolamento, che sarà formulato alla luce delle nuove acquisizioni scientifiche. Il provvedimento che ci accingiamo ad approvare prevede in sostanza il termine entro il quale si dovrà far luogo a tale regolamentazione. Mi domando se quest'ultima sarà contestuale all'entrata in vigore della legge. Se non è previsto, dovremo richiamarlo; è importante.

**DE MARIA.** Volevo fare una proposta: cioè invitare a proseguire la discussione degli altri articoli, al di là dell'articolo 2 ora in discussione. La legge ha due profili molto diversi: un profilo tecnico-scientifico ed un profilo giuridico. In questo momento il progetto di legge ha tale importanza dal punto di vista giuridico e morale che rifletterci ancora un momento non è male.

Si sa che ancora, nei casi di morte improvvisa, c'è una percentuale dell'uno per mille di morti apparenti. È una cifra statistica molto alta. Ci sono due categorie di cadaveri: per una ci sono delle garanzie (articolo 3 del testo del relatore) e per l'altra no (articolo 2 del testo del relatore). In un caso le garanzie sono più severe, tanto che ci devono essere tre me-

dici: un cardiologo, un neurologo ed un medico legale. Nell'articolo 2 invece non è prevista la garanzia del medico legale né è previsto l'accertamento dei parametri di cui all'articolo 3. Allora proporrei che si adotti il criterio dell'articolo 3 anche per i casi di morte di cui all'articolo 2.

**D'ANIELLO.** Onorevole De Maria, per la morte cardiaca chiede la contemporanea esistenza di tutti gli altri parametri?

**DE MARIA.** Esattamente. Chiedo, inoltre di accantonare l'approvazione di tale articolo. Credo che non basti la presenza del cardiologo, ma ritengo sia opportuno inserire altri specialisti. L'elettrocardiogramma non è sufficiente a diagnosticare la morte di un uomo.

**PRESIDENTE.** Sono sensibile alla sua richiesta e credo sia opportuno sospendere un momento la seduta per vedere di trovare la formulazione più opportuna per l'articolo in questione. Ci sono infatti in seguito una serie di richiami a questo e all'articolo successivo, per cui non li si può lasciare in sospeso e proseguire la discussione del provvedimento.

**RAMPA.** Vorrei chiedere al collega De Maria se si tratti di sospendere il nostro esame del nuovo testo dell'articolo 2 in riferimento a tutta la sua formulazione, o solo al primo comma. Mi pare che egli proponga di fondere questo articolo con il successivo. Ritengo che questa proposta sia molto complessa. Chiedo, invece, all'onorevole De Maria se non si potrebbe procedere, per non ritardare l'approvazione del progetto di legge, nell'esame dell'articolo 2, salvo il primo comma. Questo significa chiedere alle Commissioni se siano in grado di individuare altri criteri oltre a quello dei venti minuti dell'arresto cardiaco, criteri che ci possano assicurare nelle nostre preoccupazioni.

**PRESIDENTE.** La proposta dell'onorevole Rampa non mi sembra accettabile, perché non possiamo approvare solo un comma dell'articolo. Inoltre negli articoli successivi ci sono diversi richiami. Per esempio, all'articolo 4 ci sono dei richiami.

**RAMPA.** Occorre definire se venti minuti di arresto cardiaco significano trovarsi seriamente di fronte ad un cadavere, dal quale sono prelevabili gli organi; per il resto si può procedere. L'onorevole Foschi e gli altri medici debbono chiarire se esiste o meno questo problema.

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 6 FEBBRAIO 1975

DEL DUCA, *Relatore per la XIV Commissione*. Volevo dare una risposta conclusiva. L'articolo 2 ed il successivo (del testo base) non sono venuti fuori a caso, ma sono frutto di lunghi dibattiti, di lunghe riunioni fatte dal Consiglio superiore di sanità; c'è stata anche una relazione disposta dal Ministero della sanità a cui hanno collaborato diversi magistrati, ma anche medici come il professor Mazzoni, titolare della cattedra di anesthesiologia e rianimazione, il professor Stefanini, il professor Gerin. Essi hanno visitato il reparto di rianimazione del San Camillo ed il reparto dell'emo-dialisi, hanno preso in attento esame la letteratura medica. La conclusione cui si è giunti è stata che l'ultima ad arrestarsi è la funzione cardiocircolatoria, quindi che la morte corrisponde all'arresto dei battiti cardiaci: per questo si parla di morte cardiaca in contrapposizione alla morte cerebrale.

FOSCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Rilevo innanzitutto che rispetto al testo iniziale su questo punto non è cambiato niente. Le due categorie sono determinate dal fatto che vengono considerati due tipi specifici di morte, vale a dire per arresto cardiaco e per lesioni cerebrali primitive. Naturalmente l'accertamento della morte avviene in due modi diversi anche sulla base delle conoscenze scientifiche e delle disposizioni attuali. Del resto non è secondario all'interesse specifico di questo disegno di legge il fatto che, come diceva il collega onorevole Cortese, dobbiamo prelevare un organo vivo da un cadavere. Ora, per quanto attiene alle lesioni cerebrali primitive non vi sono soltanto dei motivi scientifici per prolungare l'osservazione per almeno 24 ore: l'attività cardiocircolatoria permane, sia pure in forma artificiale, per cui l'organo rimane vitale. Nel caso di morte cardiaca, è pressoché inutile effettuare altri accertamenti. L'osservazione non potrebbe essere prolungata, perché preleveremo un organo morto, che non servirebbe ai fini del trapianto. È preminente, naturalmente, di trovarsi veramente di fronte ad un cadavere: l'osservazione dell'elettrocardiogramma per venti minuti è un dato non discusso allo stato attuale. Comunque, per fornire ulteriori garanzie come è stato chiesto dall'onorevole De Maria, propongo di aggiungere alla fine del primo comma dell'articolo 2 le parole: « ... l'accertamento dell'assenza di respirazione spontanea, dopo sospensione, per due minuti primi, di quella artificiale e l'assenza di attività elettrica cerebrale spontanea e provocata ». Queste sono le condizioni previste nell'arti-

colo successivo. Naturalmente lo stato di coma profondo, accompagnato da midriasi, non è riscontrabile nel caso di morte clinica primitiva.

Faccio rilevare, comunque, che alla fine dell'articolo 2 viene stabilito che la morte deve essere accertata non soltanto attraverso il rilievo continuo dell'elettrocardiogramma per venti minuti, ma da un collegio di tre medici, di cui uno esperto in cardiologia, che secondo scienza e coscienza debbono espletare tutte le funzioni indispensabili per stabilire che si sia di fronte ad un cadavere. Questo non deve essere oggetto di specificazione nella legge: è sufficiente che i tre medici siano tali.

D'altra parte nel testo al nostro esame è specificato ancora che i medici che effettuano l'accertamento di morte non possono essere gli stessi che effettuano il prelievo, per cui si esclude ogni possibile connessione relativamente all'interesse di determinare il prelievo stesso.

In conclusione, vi sono sufficienti garanzie: ma poiché elaboriamo un testo importante e si potrebbe ritenere che abbiamo dato scarso rilievo all'esigenza di essere certi della condizione di morte, si potrebbe concretare l'osservazione del collega onorevole De Maria con l'aggiunta delle due condizioni che ho esposto.

DE MARIA. Con tutto il rispetto verso i colleghi, specialmente i medici, le mie perplessità rimangono. Purtroppo dalle statistiche risulta che nelle morti improvvise nell'uno per mille dei casi si tratta di morte apparente. D'altra parte, oltre all'onda elettroencefalografica vi possono essere delle permanenze di vita che non possiamo identificare. Sono d'accordo comunque con l'onorevole Foschi, ma mi ha colpito il fatto che per una categoria ci garantiamo in mille modi, per l'altra le garanzie erano e rimangono insufficienti. La mia richiesta non significa voler fondere le due categorie: sono convinto che si tratta di due categorie diversificate. Chiedo maggiori garanzie per la prima categoria. Avrei presentato un emendamento, che prevedeva anche l'elettroencefalografia, ma è superato da quanto ha ora affermato l'onorevole Foschi: la mancata funzionalità del sistema nervoso, oltre all'assenza di respirazione, danno maggiori garanzie.

CASAPIERI QUAGLIOTTI CARMEN. Vorrei sottolineare che accanto al lavoro svolto dalla commissione promossa dai Ministeri di grazia e giustizia e della sanità abbiamo

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 6 FEBBRAIO 1975

condotto noi una indagine informale nell'ambito del gruppo di lavoro a suo tempo costituito in cui si è posta questa questione. La risposta è stata unanime: comunque non siamo certo noi comunisti che ci opporremo a che ulteriori garanzie vengano introdotte, perciò concordiamo con l'emendamento proposto dall'onorevole Foschi.

FOSCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Devo ancora una risposta alla richiesta dell'onorevole Venturoli e alle perplessità da lui legittimamente manifestate, perché credo sia questa la sede in cui bisogna dissipare i dubbi. Il fatto che sia stata inserita in questo articolo la possibilità di prelievo nell'ambito delle case di cura private autorizzate, con le rispettive garanzie, suscita nell'onorevole Venturoli la preoccupazione che vi sia una maggiore offerta di organi dovunque si determini la morte e, naturalmente, si abbiano le condizioni necessarie per il prelievo.

Nel prosieguo dell'esame degli articoli potremo rilevare che ci sono dei limiti alla possibilità di prelievo e non alla possibilità di trapianto: questo è già un elemento di garanzia per quanto attiene all'ipotesi di speculazioni. D'altra parte sono previste pesanti sanzioni per chiunque immaginasse di voler commerciare sia sul prelievo, sia sul trapianto di organi. Non possiamo dimenticare che allo stato attuale la rete di case di cura private assomma ad oltre 100 mila posti letto. Oggi si arriva perfino all'utilizzazione di organi prelevati all'estero e importati in Italia nei modi più strani. In questa situazione ci sembra impossibile ignorare il peso notevole dell'organizzazione rappresentata dalle case di cura private. È stata messa, del resto, in evidenza l'esigenza che il prelievo sia effettuato molto rapidamente: non vi sarebbero quindi le condizioni per poter trasferire il cadavere in altra sede. Pertanto, laddove siano riconosciute le condizioni di idoneità garantite dall'articolo 9, non si vede per quali motivi il prelievo non possa essere effettuato nell'ambito delle case di cura private. Più che un motivo di prestigio, sarà un onere forse non gradito: è probabile che non ci sarà richiesta di autorizzazione al prelievo, mentre ci saranno richieste di autorizzazione al trapianto, ma in questi termini tali autorizzazioni sono escluse dal progetto di legge.

Ritengo di dover precisare che non vi è nessuna possibilità di interpretare il disposto dell'articolo 2 come un modo per favorire le

case di cura private. Anzi, la norma è un modo per parificarle all'obbligo sociale di offrire una maggiore disponibilità di organi, che oggi sono così carenti (lo saranno pur troppo per molto tempo ancora).

Aderisco al suggerimento avanzato dall'onorevole Capponi Bentivegna Carla di aggiungere che l'autorizzazione è rilasciata dal Ministero della sanità ai sensi dei commi secondo e terzo dell'articolo 9 nella nuova formulazione proposta dal relatore. La dizione attuale è valida rispetto al testo originale del disegno di legge, non rispetto all'emendamento interamente sostitutivo presentato dall'onorevole relatore.

In sostanza è più corretto il riferimento al secondo e al terzo comma dell'articolo 9: il primo comma di tale articolo in realtà non è applicabile ai prelievi in quanto parla delle operazioni di trapianto, che debbono essere effettuate esclusivamente negli enti ospedalieri e negli istituti universitari. In ogni caso, il riferimento è opportuno sia specificato ulteriormente: restando fermo che l'autorizzazione è rilasciata dal Ministero della sanità. Si potrebbe dire: « Il Ministero della sanità rilascia l'autorizzazione ai sensi del secondo e terzo comma dell'articolo 9 della presente legge ».

D'ANIELLO. Sono contrario a questo riferimento: prego di verbalizzarlo.

PRESIDENTE. Il Governo ha presentato il seguente emendamento all'emendamento del relatore:

*Aggiungere alla fine del primo comma le parole:* « e l'accertamento dell'assenza di respirazione spontanea, dopo sospensione, per due minuti primi, di quella artificiale e dell'assenza di attività elettrica cerebrale, spontanea e provocata ».

L'onorevole Capponi Bentivegna Carla ha presentato il seguente emendamento all'emendamento del relatore:

*Sostituire il terzo comma con il seguente:* « Il Ministero della sanità rilascia l'autorizzazione ai sensi del secondo e terzo comma dell'articolo 9 della presente legge ».

L'onorevole De Maria ha presentato il seguente emendamento all'emendamento del relatore:

*Aggiungere alla fine dell'emendamento interamente sostitutivo del relatore, 2 le parole:* « e uno esperto in elettroencefalografia ».



VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 6 FEBBRAIO 1972

DEL DUCA, *Relatore per la XIV Commissione*. Sono favorevole ai subemendamenti del Governo, Capponi Bentivegna Carla e De Maria.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il subemendamento del Governo, favorevole il relatore.

(È approvato).

Pongo in votazione il subemendamento Capponi Bentivegna Carla, favorevoli relatore e Governo.

(È approvato).

Pongo in votazione il subemendamento De Maria, favorevoli relatore e Governo.

(È approvato).

Pongo in votazione l'emendamento del relatore, interamente sostitutivo dell'articolo 2, con le modifiche testé approvate.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo:

#### ART. 3.

Nei soggetti affetti da lesioni cerebrali primitive e sottoposti a rianimazione presso enti ospedalieri od istituti universitari, la morte si verifica quando in essi venga riscontrata la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:

1) stato di coma profondo accompagnato da:

a) atonia muscolare;  
b) ariflessia tendinea;  
c) assenza dei riflessi plantari;  
d) midriasi paralitica con assenza del riflesso corneale e del riflesso pupillare alla luce;

2) assenza di respirazione spontanea, dopo sospensione, per due minuti primi, di quella artificiale;

3) assenza di attività elettrica cerebrale, spontanea o provocata.

Le condizioni di cui ai precedenti punti 1) e 2) devono essere controllate e rilevate ad intervalli di tempo non superiori ad un'ora. Invece l'accertamento dell'assenza dell'attività elettrica cerebrale, spontanea o provocata, dovrà essere effettuato per periodi di 30 minuti primi, ripetuti ogni 4 ore durante le 24 ore di osservazione.

L'inizio della coesistenza delle condizioni predette determina il momento della morte, ma questa deve essere accertata attraverso la

loro ininterrotta presenza durante un successivo periodo di almeno 24 ore, in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale e di condizioni di ipotermia.

Il relatore, onorevole Del Duca, ha presentato il seguente emendamento.

*Sostituirlo con il seguente:*

#### ART. 3.

Nei soggetti affetti da lesioni cerebrali primitive e sottoposti a rianimazione presso enti ospedalieri od istituti universitari, la morte si verifica quando in essi venga riscontrata la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:

1) stato di coma profondo accompagnato da:

a) atonia muscolare;  
b) ariflessia tendinea;  
c) « assenza » (ovvero « indifferenza ») dei riflessi plantari;  
d) midriasi paralitica con assenza del riflesso corneale e del riflesso pupillare alla luce;

2) assenza di respirazione spontanea, dopo sospensione, per due minuti primi, di quella artificiale;

3) assenza di attività elettrica cerebrale, spontanea o provocata.

L'inizio della coesistenza delle condizioni predette determina il momento della morte, ma questa deve essere accertata attraverso la loro ininterrotta presenza durante un successivo periodo di almeno 24 ore, in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale e di condizioni di ipotermia.

Le condizioni di cui ai punti 1) e 2) del primo comma devono essere controllate e rilevate ad intervalli di tempo non superiori ad un'ora. Invece l'accertamento dell'assenza dell'attività elettrica cerebrale, spontanea e provocata, dovrà essere effettuato per periodi di trenta minuti primi, ripetuti ogni quattro ore durante le ventiquattro ore di osservazione.

Qualora, durante il periodo di osservazione, si verifichi la cessazione spontanea del battito cardiaco, l'accertamento della morte viene effettuato con le modalità indicate nel primo comma dell'articolo 2.

D'ANIELLO. Il periodo di « almeno » 24 ore di osservazione per me è un eccesso di

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 6 FEBBRAIO 1975

precauzione: sarebbe più che sufficiente dimezzare il periodo, proprio perché c'è la parola « almeno ».

CORTESE. Sono d'accordo: ci sono delle ricerche che possono determinare chiaramente un periodo molto più breve. Tale periodo serve però dal punto di vista psicologico: una famiglia che vede « aggredire » il proprio congiunto dopo un'ora o due che la morte è certa, non è matura per una decisione cosciente e consapevole, ma avrà la sensazione che si sia proceduto con una certa precipitazione o con un certo interesse. In questo periodo la famiglia può essere indotta alla riflessione, a far interrompere le inutili e laboriose pratiche di rianimazione, quindi a prelevare l'organo. Il primo aspetto è quindi psicologico.

Il secondo aspetto è che poi ci dovremo mettere in gara con il tempo: cioè queste 24 ore possono servire alla *équipe* di medici per fare gli accertamenti di isto-compatibilità, che possono non avvenire proprio nel luogo del prelievo, ma potranno essere invece richiesti ai centri specializzati, i quali manderanno i loro immunologi a vedere.

Il terzo punto è che spesso non si può prelevare l'organo nell'ospedale stesso. Può darsi che il rene di un deceduto a Roma possa essere molto simile ad un rene che si trova a Bruxelles. Siccome ci sono dei mezzi di conservazione che stanno progredendo molto e che consentono la conservazione per 24 ore (per il rene), allora se al centro si sa che un malato in rianimazione ha determinate caratteristiche immunogenetiche, non gli si dà un rene qualunque: se il centro sa che il più simile, cioè il migliore ricevente per il miglior datore sta a Milano, si invia l'organo a Milano con quelle tecniche di cui ho parlato prima.

Cioè le 24 ore sono necessarie, non tanto ai fini dell'accertamento della morte, ma per ragioni psicologiche e per compiere gli accertamenti di compatibilità tra datore e ricevente, perché sappiamo che in caso contrario il rene è rigettato.

D'ANIELLO. Circa le motivazioni psicologiche, voglio ricordare che il mio atteggiamento è collegato ad un'altra preoccupazione su cui insisto, anche se so che rimarrò solo: se vogliamo fare una legge di progresso, il consenso non può essere inteso così come codificato nell'articolato; cioè per me non c'è un dissenso di partenza.

PRESIDENTE. Vorrei rilevare che la questione della 24 ore è stata discussa nel gruppo di lavoro alla presenza dei vari esperti. La seconda questione è che nonostante le motivazioni addotte a proposito della riduzione del periodo di osservazione a 12 ore, in quanto dopo le 12' ore di morte cerebrale, il processo è ormai irreversibile, si fu d'accordo come gruppo di lavoro (anche se tentando di accogliere queste esigenze della scienza) di tenere conto del fattore psicologico. Teniamo conto che questo progetto di legge innova tutta la legislazione italiana ed anche i costumi, introduce il concetto di morte cerebrale, modifica anche tutta la questione del consenso: esistono delle preoccupazioni di carattere psicologico, che sono quelle sollevate dall'onorevole Cortese, che hanno fatto propendere per la scelta delle 24 ore; anche perché non si possono porre limiti allo sviluppo della scienza.

RAMPA. Mi sembra che il problema sia arduo. Da una parte c'è l'aspetto psico-sociale del consenso della famiglia (si veda l'articolo 5, in cui non si codifica il consenso ma il dissenso eventuale della famiglia). Credo che, per le considerazioni esposte, dobbiamo cercare di avere una maggiore disponibilità di organi per il trapianto e un maggior periodo di tempo per compiere gli accertamenti. L'unico dubbio è se le 24 ore, anziché le 12, compromettano o no la validità degli organi che devono essere trapiantati. Se la risposta è negativa, allora la questione è irrilevante; se fosse positiva, allora dovremmo ripensarci un momento, soprattutto perché i due fini sarebbero contraddittori e si imporrebbe una scelta.

DE MARIA. Sono favorevole al mantenimento del testo, non solo per i motivi di natura psicologica ricordati, ma anche per motivi scientifici. In una tavola rotonda, alla quale hanno partecipato i professori Gerin, Valdoni e Stefanini, si ritenne che 24 ore fossero indispensabili.

A mio avviso l'ultimo comma deve essere modificato.

FOSCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. In passato mi sono occupato personalmente di questo problema in ordine ad alcune osservazioni scientifiche e medico legali, lavorando per più di 24 ore al fine di far qualcosa di utile per soggetti per i quali era sopravvenuta la morte cerebrale per incuneamento o per altre cause. Fra l'altro, ho lavo-

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 6 FEBBRAIO 1975

rato col professor Ricci (l'esperto di elettroencefalografia citato dall'onorevole De Maria). In effetti allo stato attuale dal punto di vista scientifico non è possibile — sono d'accordo con l'onorevole De Maria — avere indicazioni unanimi: del resto gli esperti che abbiamo sentito in questa sede non ci hanno dato risposte univoche. La regola è la non reversibilità della lesione cerebrale primitiva, ma ogni giorno, prolungando l'osservazione, ci si trova di fronte a qualche situazione di incertezza.

Noi stiamo formulando una legge che tende a garantire la disponibilità di organi utilizzabili per i trapianti e il fatto che ci si trovi di fronte ad un cadavere. Il problema di fondo per la categoria di cadaveri che stiamo esaminando è valutare se gli organi prelevati dopo 24 ore sono utilizzabili. Siccome si tratta di soggetti in cui la funzione cardiocircolatoria è mantenuta, questo garantisce la idoneità tecnica degli organi prelevabili. Non abbiamo quindi nessun motivo per forzare la norma giuridica e per non tenere conto di alcune riserve, che sono apprezzabili sotto il profilo scientifico. Prego quindi i colleghi di approvare il testo che è stato proposto dal relatore.

DEL DUCA, *Relatore per la XIV Commissione*. Come medico concordo con quanto ha detto il collega onorevole D'Aniello. Come relatore, mi rimetto alla volontà espressa dalle Commissioni. Poiché non sono stati presentati subemendamenti, invito i colleghi ad approvare il mio emendamento interamente sostitutivo dell'articolo 3:

D'ANIELLO. Mi asterrò sul periodo di 24 ore di osservazione: il bilancio fra i vantaggi e gli svantaggi non mi convince.

DEL DUCA, *Relatore per la XIV Commissione*. Su questo punto mi astengo anch'io.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento del relatore, interamente sostitutivo dell'articolo 3, favorevole il Governo.

(È approvato).

Poiché è importante pervenire al più presto all'approvazione del disegno di legge (siamo sollecitati da tutto il mondo sanitario e dai cittadini italiani), propongo di sospendere la riunione delle Commissioni riunite per riprenderla alle 15.

Prego i colleghi della IV Commissione giustizia di aderire a questa impostazione, anche

perché noi ci avviciniamo all'esame della riforma sanitaria e dobbiamo sgomberare il campo da tutti gli altri argomenti.

Poiché non vi sono osservazioni, così può rimanere stabilito.

(Così rimane stabilito).

**La seduta, sospesa alle 13,20, è ripresa alle 15,25.**

PRESIDENTE. Proseguiamo nell'esame degli articoli. Do lettura dell'articolo 4:

#### ART. 4.

L'accertamento della morte nei casi di cui all'articolo precedente deve essere effettuato da un collegio medico composto da un medico legale, da un medico anestesista-rianimatore e da un medico neurologo esperto in elettroencefalografia.

Tale collegio deve esprimere un giudizio unanime circa il momento della morte.

Sulle persone la cui morte è stata accertata nei modi indicati nel precedente articolo è consentito il prelievo di parti del corpo a scopo di trapianto terapeutico, purché sia le operazioni di accertamento della morte, sia quelle di prelievo siano compiute presso enti ospedalieri od istituti universitari.

Il relatore, onorevole Del Duca, ha presentato il seguente emendamento:

*Aggiungere dopo il secondo comma il seguente:*

Dopo un'ora dall'osservazione delle condizioni indicate nel primo comma dell'articolo precedente, i sanitari predetti devono anche effettuare gli accertamenti diretti ad individuare i caratteri genetici del soggetto e comunicarli, tramite il direttore sanitario, al centro regionale o interregionale di riferimento di cui all'articolo 10-bis.

Lo pongo in votazione.

(È approvato).

Pongo in votazione l'articolo 4 che a seguito della modifica testé apportata, risulta così formulato:

#### ART. 4.

L'accertamento della morte nei casi di cui all'articolo precedente deve essere effettuato da un collegio medico composto da un medico legale, da un medico anestesista-rianimatore e

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 6 FEBBRAIO 1975

da un medico neurologo esperto in elettroencefalografia.

Tale collegio deve esprimere un giudizio unanime circa il momento della morte.

Dopo un'ora dall'osservazione delle condizioni indicate nel primo comma dell'articolo precedente, i sanitari predetti devono anche effettuare gli accertamenti diretti ad individuare i caratteri genetici del soggetto e comunicarli, tramite il direttore sanitario al centro regionale o interregionale di riferimento di cui all'articolo 10-bis.

Sulle persone la cui morte è stata accertata nei modi indicati nel precedente articolo è consentito il prelievo di parti del corpo a scopo di trapianto terapeutico, purché sia le operazioni di accertamento della morte, sia quelle di prelievo siano compiute presso enti ospedalieri od istituti universitari.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo:

#### ART. 5.

Il prelievo può essere effettuato quando la persona del cui corpo si tratta abbia preventivamente dato esplicithe disposizioni in tal senso o quando, in mancanza di disposizioni del genere, vi consenta il coniuge non separato, o, in sua mancanza, i figli se di età non inferiore a 16 anni o, in mancanza di questi ultimi, i genitori o, infine, in mancanza di essi i fratelli.

Il relatore onorevole Del Duca, ha presentato il seguente emendamento:

*Sostituirlo con il seguente:*

#### ART. 5.

« Il prelievo da cadavere non sottoposto al riscontro diagnostico o ad operazioni autoptiche ordinate dall'autorità giudiziaria, è vietato quando, in vita, il soggetto abbia esplicitamente negato il proprio assenso.

Il prelievo è altresì vietato quando non ricorrendo l'ipotesi di cui al comma precedente, intervenga da parte del coniuge o dei parenti entro il secondo grado, esplicita opposizione entro il termine previsto nell'articolo 2 primo comma e articolo 3 secondo comma ».

DEL DUCA, *Relatore per la XIV Commissione*. Questo emendamento tiene conto dei suggerimenti a suo tempo formulati dall'onorevole Urso e dai colleghi del gruppo comunista.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento del relatore interamente sostitutivo dell'articolo 5.

(È approvato).

Poiché all'articolo successivo non sono stati presentati emendamenti, lo porrò direttamente in votazione dopo averne dato lettura:

#### ART. 6.

Il prelievo deve essere praticato in modo da evitare mutilazioni o dissezioni non necessarie.

Dopo il prelievo il cadavere deve essere ricomposto con la massima cura.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo:

#### ART. 7.

Dell'accertamento della morte e delle operazioni di prelievo vengono redatti e sottoscritti appositi analitici verbali.

Sia il primo, sia il secondo dei predetti verbali devono essere trasmessi al procuratore della Repubblica e al medico provinciale competenti per territorio.

L'originale dei verbali con la relativa documentazione clinica rimane custodito nello archivio dell'ente ospedaliero, dell'istituto universitario o dell'ospedale militare o della casa di cura privata ove è stato eseguito il prelievo.

Il relatore, onorevole Del Duca, ha presentato i seguenti emendamenti:

*Al terzo comma dopo le parole:* « istituto universitario », *aggiungere le altre:* « o dell'istituto di ricerca ».

*Aggiungere dopo l'ultimo comma il seguente:* « I verbali delle operazioni di prelievo effettuati ai sensi del quarto comma dell'articolo 2 sono conservati nell'archivio dell'ente, istituto o casa di cura ai quali appartengono i sanitari che hanno effettuato il prelievo ».

Pongo in votazione il primo emendamento del relatore.

(È approvato).

Pongo in votazione il secondo emendamento del relatore.

(È approvato).

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 6 FEBBRAIO 1975

Pongo in votazione l'articolo 7 che, a seguito della modifica testé apportata, risulta così formulato:

## ART. 7.

Dell'accertamento della morte e delle operazioni di prelievo vengono redatti e sottoscritti appositi analitici verbali.

Sia il primo, sia il secondo dei predetti verbali devono essere trasmessi in copia entro le quarantotto ore successive al procuratore della Repubblica e al medico provinciale competenti per territorio.

L'originale dei verbali con la relativa documentazione clinica rimane custodito nello archivio dell'ente ospedaliero, dell'istituto universitario o dell'istituto di ricerca o dell'ospedale militare o della casa di cura privata ove è stato eseguito il prelievo.

I verbali delle operazioni di prelievo effettuati ai sensi del quarto comma dell'articolo 2 sono conservati nell'archivio dell'ente istituto o casa di cura ai quali appartengono i sanitari che hanno effettuato il prelievo.

(È approvato).

Poiché all'articolo successivo non sono stati presentati emendamenti, lo porrò direttamente in votazione dopo averne dato lettura:

## ART. 8.

I medici che effettuano il prelievo delle parti di cadavere ed il successivo trapianto devono essere diversi da quelli che accertano la morte.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo:

## ART. 9.

Le operazioni di trapianto devono essere effettuate esclusivamente presso gli enti ospedalieri o gli istituti universitari che siano stati autorizzati dal Ministero della sanità previo parere del Consiglio superiore di sanità.

L'autorizzazione viene rilasciata quando vengono accertate sia l'idoneità delle attrezzature esistenti sia l'adeguata e specifica competenza degli operatori.

L'autorizzazione deve indicare i nomi dei sanitari dell'ente ospedaliero o dell'istituto universitario abilitati al trapianto di parti di cadavere. Essa deve essere rinnovata ogni cinque anni, ma può essere revocata in qualsiasi momento qualora vengano a mancare, in tutto o in parte, le condizioni che ne hanno consentito il rilascio.

Il relatore, onorevole Del Duca, ha presentato il seguente emendamento:

*Sostituirlo con il seguente:*

## ART. 9.

Le operazioni di trapianto devono essere effettuate esclusivamente presso gli enti ospedalieri o gli istituti universitari che siano stati autorizzati dal Ministero della sanità previo parere del Consiglio superiore di sanità.

L'autorizzazione viene rilasciata quando, a cura dell'Istituto superiore di sanità, sia accertata l'idoneità delle attrezzature esistenti sia nel settore dell'intervento chirurgico che per l'organizzazione della ricerca immunologica, e sia documentata la specifica competenza medico-chirurgica e biologica dei sanitari preposti agli interventi.

L'autorizzazione deve indicare i nomi dei sanitari dell'ente ospedaliero o dell'istituto universitario abilitati al trapianto di parti di cadavere. Essa deve essere rinnovata ogni cinque anni, ma può essere revocata in qualsiasi momento qualora vengano a mancare, in tutto o in parte, le condizioni che ne hanno consentito il rilascio.

DEL DUCA, *Relatore per la XIV Commissione*. Desidero brevemente ricordare che il secondo capoverso fa parte di un emendamento presentato a suo tempo dai colleghi del gruppo comunista.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento del relatore interamente sostitutivo dell'articolo 9.

(È approvato).

Il relatore, onorevole Del Duca, ha presentato il seguente articolo aggiuntivo:

## ART. 9-bis.

Fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria, l'assistenza pre e post ospedaliera dei soggetti sottoposti a trapianto non assistibili dagli enti o casse indicate nell'articolo 12 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386, è regolata dalle norme indicate nell'articolo 13 dello stesso decreto.

DEL DUCA, *Relatore per la XIV Commissione*. Questo articolo è stato presentato per fugare perplessità sorte in ordine al pagamento dell'operazione di trapianto da parte di coloro che non fossero assistiti dalla mutua.

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 6 FEBBRAIO 1975

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'articolo aggiuntivo 9-bis.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo che, non essendo stati presentati emendamenti, porrò direttamente in votazione:

ART. 10.

Se per la morte della persona di cui si intende utilizzare il corpo per prelievi a scopo di trapianto, sorge sospetto di reato, l'ente ospedaliero o l'istituto universitario che intende effettuare tali operazioni deve chiedere all'autorità giudiziaria apposita autorizzazione.

Nel caso che l'autorità giudiziaria ritenga necessarie indagini autoptiche essa può disporre che queste vengano eseguite contestualmente alle operazioni di prelievo.

In tal caso l'autorità giudiziaria può incaricare delle operazioni autoptiche lo stesso sanitario che esegue il prelievo il quale viene all'uopo nominato perito ai sensi dell'articolo 314 del codice di procedura penale.

L'autorità giudiziaria concede l'autorizzazione solo quando non vi sia pericolo di intralciare o deviare le indagini.

(È approvato).

Il relatore, onorevole Del Duca, ha presentato il seguente articolo aggiuntivo:

ART. 10-bis.

In ogni regione, gli enti ospedalieri, gli istituti universitari e le case di cura private autorizzate ai sensi degli articoli 2 e 9 ad effettuare i prelievi o i trapianti devono convenzionarsi per l'istituzione e la gestione di un centro regionale o interregionale di riferimento per l'individuazione dei soggetti idonei a ricevere il trapianto di organi.

Il centro regionale o interregionale comunica agli enti convenzionati i dati necessari per stabilire la compatibilità genetica fra soggetto donante e soggetto ricevente il trapianto, sulla base dei dati forniti dagli stessi.

FOSCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Nella dizione « istituti universitari e case di cura private » non so fino a che punto possano essere ricompresi gli istituti di ricerca: alcuni di questi, in effetti, sono regolati da una legge diversa, in quanto dipendono direttamente dal Ministero della sanità. Io ritengo che nei casi in cui si parla di istituti e case di cura sia opportuno specificare che si tratta di istituti di ricerca e di case di cura private.

Quindi dopo le parole « istituti universitari » al primo comma, andrebbero aggiunti gli istituti di ricerca.

RAMPA. Ringrazio l'onorevole Foschi per aver posto la questione. Anche agli effetti del significato specifico della formula che adottiamo, credo che convenga precisare la dizione negli stessi termini adottati per la legge n. 386 del 1974.

LA BELLA. Abbiamo inserito questi istituti a carattere scientifico in altre leggi già approvate, ma, in pratica, il Parlamento non ha potuto ancora venire a conoscenza del loro numero, del loro tipo di attività, delle norme che li disciplinano. Ho indirizzato una lettera al presidente per pregarlo di sollecitare il Governo ad adempiere agli impegni assunti con il famoso ordine del giorno in proposito approvato in sede di esame dello stato di previsione del Ministero della sanità per il 1974.

PRESIDENTE. Onorevole La Bella, concordo con lei e le assicuro che inviterò il Governo a riferire sulla questione alla Commissione sanità.

FOSCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Assicuro il collega che acquisirò informazioni in merito e mi auguro di fornire una risposta nel giro di pochi giorni.

LA BELLA. Prendo atto con soddisfazione di questa precisazione.

CAPPONI BENTIVEGNA CARLA. Vorrei far notare che il primo comma dell'emendamento presentato dal relatore, in pratica, reinserisce le case di cura private in questo tipo di operazioni.

PRESIDENTE. Siamo allora d'accordo per inserire gli istituti di ricerca?

DEL DUCA, *Relatore per la XIV Commissione*. Sono d'accordo.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'articolo aggiuntivo 10-bis, con l'aggiunta del riferimento agli istituti di ricerca proposta dal Governo e accettata dal relatore.

(È approvato).

Il relatore, onorevole Del Duca, ha presentato il seguente articolo aggiuntivo:

ART. 10-ter.

Presso l'Istituto superiore di sanità è istituito il centro nazionale di riferimento per i

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 6 FEBBRAIO 1975

trapianti di organi con il compito di determinare gli *standards* genetici, biologici e tecnici necessari per stabilire la compatibilità fra soggetti donanti e soggetti riceventi il trapianto.

CASAPIERI QUAGLIOTTI CARMEN. Occorre fissare una data.

RAMPA. Fissiamo la data, bisogna rendere più urgente la questione.

PRESIDENTE. L'onorevole Casapieri Quagliotti Carmen ha presentato il seguente emendamento all'articolo aggiuntivo 10-ter:

*Aggiungere dopo le parole:* « è istituito », *le altre:* « entro un anno dalla entrata in vigore della presente legge ».

Lo pongo in votazione.

(È approvato).

Pongo in votazione l'articolo aggiuntivo 10-ter con la modifica testé apportata.

(È approvato).

Il relatore onorevole Del Duca ha presentato il seguente articolo aggiuntivo:

#### ART. 10-quater.

Le ipofisi prelevate da cadavere ai sensi dell'articolo 1-bis sono inviate a cura della direzione sanitaria degli ospedali o degli istituti universitari ove viene effettuato il prelievo, all'Istituto superiore di sanità secondo le modalità indicate nell'articolo 10-quinquies.

L'Istituto utilizzando le ghiandole ipofisarie ad esso pervenute, promuove la produzione degli estratti iniettabili e vi sovrintende.

L'Istituto vigila sulla distribuzione degli estratti esclusivamente e gratuitamente ai centri ospedalieri o universitari che curano il nanismo ipofisario in base al fabbisogno nazionale risultante dalle richieste delle regioni.

Lo pongo in votazione.

(È approvato).

Il relatore onorevole Del Duca ha presentato il seguente articolo aggiuntivo:

#### ART. 10-quinquies.

Il ministro per la sanità, sentite le regioni, provvede con proprio decreto ad emanare le norme relative alla:

1) raccolta delle ipofisi dai luoghi di prelievo;

2) lavorazione delle ipofisi per la produzione dell'ormone dell'accrescimento e degli altri ormoni estraibili dall'ipofisi;

3) distribuzione ed utilizzazione degli estratti iniettabili, ai sensi dell'ultimo comma dell'articolo 10-quater;

4) dotazione di attrezzature e personale specializzato necessari per l'istituzione, dei centri preposti alla diagnosi ed alla cura delle insufficienze ipofisarie.

Lo pongo in votazione.

(È approvato).

Il relatore onorevole Del Duca ha presentato il seguente articolo aggiuntivo:

#### ART. 10-sexies.

I centri preposti alla diagnosi e alla cura delle insufficienze ipofisarie sono istituiti a cura delle regioni con l'osservanza dei requisiti previsti dal precedente articolo 10-quinquies, punto 4).

Le regioni, entro il 31 marzo di ogni anno, inviano al Ministero della sanità l'elenco dei centri autorizzati unitamente ad una relazione sulla attività svolta e sui risultati ottenuti nell'anno precedente. La mancanza in tutto o in parte dei requisiti di cui al primo comma, comporta la revoca dell'autorizzazione concessa.

Quando dalla relazione indicata nel comma precedente emergano carenze nell'attività o nei risultati conseguiti dai centri, il ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità, invita le regioni ad adottare i provvedimenti necessari.

Lo pongo in votazione.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo:

#### ART. 11.

Chiunque riceve denaro o altre utilità ovvero ne accetta la promessa, per consentire al prelievo a scopo di trapianto, dopo la sua morte, di parti del proprio corpo o di quello di altra persona, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da lire 400.000 a lire 2.000.000.

Il relatore onorevole Del Duca ha presentato il seguente emendamento:

*Sostituirlo con il seguente:*

#### ART. 11.

Chiunque riceva denaro o altre utilità ovvero ne accetta la promessa, per consentire

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 6 FEBBRAIO 1975

al prelievo dopo la sua morte di parti del proprio corpo o di quello di altra persona per le finalità previste dalla presente legge, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da lire 400 mila a lire 2 milioni.

ACCREMAN. Mi domando se c'è la pena anche per colui che dà denaro o lo promette, oppure promette qualche altra utilità.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento del relatore interamente sostitutivo dell'articolo 11.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo:

ART. 12.

Chiunque procura ad altri, per lucro, una parte di cadavere da usare per trapianto a scopo terapeutico, ovvero ne fa comunque commercio, è punito con la reclusione da due a sette anni e con la multa da lire 500.000 a lire 3.000.000.

Se il colpevole è persona che esercita la professione sanitaria alla condanna consegue l'interdizione della professione per un periodo da due a sette anni.

L'onorevole Del Duca ha presentato il seguente emendamento:

*Sostituirlo con il seguente:*

ART. 12.

Chiunque procura a sé o ad altri per denaro o altra utilità una parte di cadavere da usare per le finalità previste dalla presente legge, ovvero ne fa comunque commercio, è punito con la reclusione da due a sette anni e con la multa da lire 300 mila a lire 3 milioni.

Se il colpevole è persona che esercita la professione sanitaria alla condanna consegue l'interdizione della professione per un periodo da due a sette anni.

ACCREMAN. Non so se sia intenzione delle Commissioni riunite punire anche chi promette denaro con le pene che sono previste dall'articolo 12: perché punire con due anni chi fa la promessa è troppo. La formulazione dell'articolo 12 va quindi precisata, a mio avviso.

PRESIDENTE. L'onorevole Accreman ha presentato i seguenti emendamenti all'emen-

damento del relatore sostitutivo dell'articolo 12:

*Al primo comma sostituire le parole: « a sé o ad altri per denaro o altra utilità », con le altre: « per lucro »;*

*Al primo e all'ultimo comma sostituire il numero: « sette », con l'altro: « cinque ».*

DEL DUCA, *Relatore*. Sono d'accordo.

FOSCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. D'accordo.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il primo subemendamento Accreman.

(È approvato).

Pongo in votazione il secondo subemendamento Accreman.

(È approvato).

Pongo in votazione l'emendamento del relatore, con le modifiche testé apportate:

ART. 12.

Chiunque procura per lucro una parte di cadavere da usare per le finalità previste dalla presente legge, ovvero ne fa comunque commercio, è punito con la reclusione da due a cinque anni e con la multa da lire 300 mila a lire 3 milioni.

Se il colpevole è persona che esercita la professione sanitaria alla condanna consegue l'interdizione della professione per un periodo da due a cinque anni.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo:

ART. 13.

Chiunque effettua operazioni di prelievo in violazione delle disposizioni di cui al secondo comma dell'articolo 2 od operazioni di trapianto in ospedali od istituti non autorizzati, è punito con la reclusione fino ad un anno.

La stessa pena si applica ai sanitari che, pur operando in ospedali od istituti autorizzati, sono sprovvisti della particolare abilitazione di cui all'ultimo comma dell'articolo 9.

Se il colpevole è persona che esercita la professione sanitaria consegue la interdizione dall'esercizio di tale professione fino a 2 anni.



VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 6 FEBBRAIO 1975

Il relatore, onorevole Del Duca ha presentato il seguente emendamento:

*Sostituirlo con il seguente:*

ART. 13.

Chiunque effettua operazioni di prelievo in violazione delle disposizioni di cui al secondo e quarto comma dell'articolo 2 od operazioni di trapianto in ospedali od istituti non autorizzati, è punito con la reclusione fino ad un anno.

La stessa pena si applica ai sanitari che, pur operando in ospedali od istituti autorizzati, sono sprovvisti della particolare abilitazione di cui all'ultimo comma dell'articolo 9.

Se il colpevole è persona che esercita la professione sanitaria consegue la interdizione dall'esercizio di tale professione fino a 2 anni.

ACCREMAN. Vorrei osservare, solo a scopo di riflessione, che si colpisce l'attività del trafficante, cioè colui che commercia, e quindi non si tiene conto del soggetto che ha bisogno per proprio conto o per un proprio familiare di una parte di cadavere.

Quindi, ritengo che rimarrebbe scoperta l'ipotesi di colui, che senza far commercio, cerca per sé o per un proprio familiare parti di cadavere; è evidente che per questa attività si dovrebbe prevedere una pena più lieve di quelle stabilite.

VENTUROLI. Il giudice, nella propria sfera di discrezionalità, tiene conto delle attenuanti.

CAPPONI BENTIVEGNA CARLA. Con questi ultimi articoli abbiamo stabilito delle pene per chi riceve denaro, per chi procura per lucro una parte di cadavere e per chi effettua operazioni di prelievo in violazione di alcune disposizioni del provvedimento, ma lasciamo impunito chi promette denaro per ottenere parti di cadavere da usare per sé o i suoi familiari. Quest'ultimo commette il reato di corruzione ed altera il canale di distribuzione previsto dallo Stato per legge; così chi si procura un rene per conto proprio non viene punito. In questo modo si guarda con occhio benevolo a colui che, avendo del denaro, si procura parti di cadavere, mentre chi non ha denaro morirà in pace. Questa differenziazione si poteva evitare e non capisco perché non si sia voluta stabilire una pena per colui che promette denaro.

DE MARIA. Se la legge funziona, non si verifica quello che ha detto l'onorevole Carla Capponi Bentivegna.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento del relatore interamente sostitutivo dell'articolo 13.

*(È approvato).*

Do lettura dell'articolo successivo:

ART. 14.

Chiunque asporta da un cadavere a scopo di trapianto parti il cui prelievo è vietato dalla presente legge, è punito con la reclusione fino ad un anno.

La condanna comporta l'interdizione dall'esercizio della professione fino ad un anno, se il colpevole è persona che esercita la professione sanitaria.

Il relatore, onorevole Del Duca, ha presentato il seguente emendamento:

*Sostituirlo con il seguente:*

ART. 14.

Chiunque asporta da un cadavere a scopo di trapianto parti il cui prelievo è vietato dalla presente legge, è punito con la reclusione fino a due anni.

La condanna comporta l'interdizione dall'esercizio della professione fino ad un anno, se il colpevole è persona che esercita la professione sanitaria.

Lo pongo in votazione.

*(È approvato).*

Do lettura dell'articolo successivo:

ART. 15.

Chiunque compie operazioni di prelievo senza il consenso delle persone di cui all'articolo 5 è punito con la reclusione fino a sei mesi.

Il relatore, onorevole Del Duca, ha presentato il seguente emendamento:

*Sostituirlo con il seguente:*

ART. 15.

Chiunque compie operazioni di prelievo in violazione di quanto prescritto dall'articolo 5, è punito con la reclusione fino ad un

## VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 6 FEBBRAIO 1975

anno e con l'interdizione dall'esercizio della professione sanitaria fino a due anni.

Lo pongo in votazione.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo:

## ART. 16.

Le leggi 3 aprile 1957, n. 235, e 2 aprile 1968, n. 519, sono abrogate.

L'onorevole Venturoli ha presentato il seguente emendamento:

*Aggiungere dopo le parole: « n. 519 », le altre: « nonché tutte le norme incompatibili con la presente legge ».*

Lo pongo in votazione.

(È approvato).

Pongo in votazione l'articolo 16 che, a seguito della modifica testé apportata, risulta così formulato:

## ART. 16.

Le leggi 3 aprile 1957, n. 235, e 2 aprile 1968, n. 519, nonché tutte le norme incompatibili con la presente legge, sono abrogate.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo:

## ART. 17.

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge verrà emanato il regolamento di esecuzione della presente legge, su proposta del ministro della sanità di concerto con il ministro di grazia e giustizia.

Il relatore, onorevole Del Duca, ha presentato il seguente emendamento:

*Sopprimere l'articolo.*

Pongo in votazione l'articolo 17 di cui l'onorevole Del Duca ha chiesto la soppressione.

(È respinto).

S'intende pertanto soppresso l'articolo 17.

DEL DUCA, *Relatore per la XIV Commissione*. Non nascondo la mia soddisfazione nel vedere concluso l'iter di questo provvedimento, sino ad oggi tormentato e così giustamente e lungamente discusso. Esso giunge a

termine felicemente e viene a sanare — o per lo meno a tranquillizzare — le attese del mondo scientifico e dei sofferenti, che vedono in esso il realizzarsi di speranze che possono e debbono diventare, nel maggior numero dei casi, certezze di guarigione, oltre che certezza sempre di trovare nel Parlamento le responsabili soluzioni ai problemi che salgono dal paese.

In questi ultimi tempi, in verità, è stato rubato tempo prezioso, ma il senso di responsabilità di tutte le forze politiche ci permette ora di porre la parola « fine » ad un provvedimento responsabilmente sofferto, discusso ed infine approvato.

Sento il dovere di ringraziare ufficialmente il mio predecessore, onorevole Urso, per l'impegno profuso nell'impostare — ed in gran parte nel risolvere — problemi che sembravano insormontabili: al collega va la riconoscenza delle Commissioni per la dedizione e la competenza mostrate nell'affrontare problemi concernenti gli aspetti etici, giuridici, filosofici e morali della questione.

Ma un ringraziamento va anche a tutti coloro che sono intervenuti nelle sedute dedicate all'argomento, apportando un contributo sempre costruttivo, migliorando la natura — già altamente qualificante — del disegno di legge. Mi corre anche l'obbligo di ricordare che questo provvedimento non assume aspetti politici ed è proprio per questo che il contributo di ogni parte è stato assai positivo, ed ha indubbiamente migliorato la norma, rendendola di facile applicazione, pur nella estrema serietà dei problemi giuridici che essa ha sollevato.

Ringrazio la collega Cecilia Chiovini ed i firmatari della proposta di legge n. 2777 per l'apporto dato e ringrazio anche tutti coloro che hanno contribuito con i loro interventi in sede di discussione sulle linee generali e con la presentazione di emendamenti.

Non voglio addentrarmi oltre nella discussione che, nella mia qualità di medico chirurgo, mi entusiasma e mi esalta, ma forse proprio questa *forma mentis* di medico mi porta alla concretezza ed alla concisione in questo mio intervento di plauso a tutti gli intervenuti e di soddisfazione per l'opera giunta a compimento.

Desidero rivolgere un ringraziamento anche al presidente per aver accelerato i lavori ed anche per avermi dato la possibilità di condurre in porto, con l'aiuto dei colleghi, un provvedimento tanto atteso e così qualificante.

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 6 FEBBRAIO 1975

CASAPIERI QUAGLIOTTI CARMEN. Nel preannunciare il voto favorevole del gruppo comunista, desidero sottolineare il cammino compiuto dal provvedimento presentato dal Governo due anni fa, mosso da un'unica preoccupazione: quella di dare la certezza del diritto ai sanitari che operano in questo particolare settore. Il disegno di legge non introduceva alcun elemento innovativo. Gli articoli 1 e 3 del testo riassumono dei decreti ministeriali precedenti, e cioè i decreti 11 agosto 1969 e 9 gennaio 1970, che definivano la metodica da seguire per l'accertamento della morte cerebrale, ed i decreti 3 settembre 1965 e 5 febbraio 1970 concernenti la possibilità di estensione dei prelievi rispetto alla legge del 1957, che restringeva questo ambito notevolmente.

Sottolineo questo aspetto perché, in realtà, nel nostro paese si è determinata una situazione legislativa abnorme: è accaduto, ad esempio, che a Milano i trapianti venivano effettuati, mentre a Torino ciò era possibile a completo rischio e pericolo della clinica in quanto non vi era la certezza del diritto.

Dobbiamo anche esprimere il nostro giudizio fortemente critico sul Governo di allora, il quale voleva lasciare aperture che potessero permettere di nuovo di intervenire in tale delicata materia attraverso i decreti ministeriali; in realtà, il Governo era stato avvertito, anche in queste stesse Commissioni, proprio dall'onorevole Cortese, che la modifica del concetto di morte non poteva avvenire attraverso decreto ma solo per legge. Di fatto, il collega, nella seduta del 6 marzo 1968, disse che nella legge dovevano essere contemplati tutti gli accertamenti diagnostici della morte. Fece anche notare che questa non è materia di regolamento e che nella legge si sarebbe dovuto specificare che, verificandosi certe condizioni, sarebbe stato possibile procedere al prelievo. D'altra parte, non sarebbe stato possibile modificare il concetto di morte attraverso decreti; in materia erano già autorevolmente intervenuti magistrati (tra cui l'attuale Presidente della Repubblica) in un convegno indetto dall'ISLE nel 1968, e per questa ragione ci si era voluti cautelare in ordine alle norme sul prelievo di ipofisi da cadaveri per la produzione di estratti.

Vorrei anche ricordare che, fin dall'inizio, ci siamo battuti soprattutto per la seconda parte del disegno di legge, concernente il miglioramento della terapia dei trapianti: questo è l'aspetto nuovo, qualificante, del provvedimento. Dobbiamo anche dire che il merito dell'approvazione di questo testo va

non soltanto al gruppo comunista, ma anche ai colleghi della maggioranza, all'onorevole Cortese, all'onorevole Urso ed all'onorevole Del Duca, oltre che al ministro Vittorino Colombo.

Ritengo che il provvedimento, nello spirito, sia profondamente innovativo sia sul piano legislativo sia su quello scientifico, oltre che sotto il profilo del costume, nel senso che esso tende ad anteporre l'interesse sociale a quello individuale, per quanto nobile quest'ultimo possa essere, come è quello dell'affetto che ci lega ad un nostro caro defunto.

Desidero esprimere un'ultima considerazione: anche se la terapia del trapianto è sperimentale, da essa potranno discendere enormi progressi per la scienza dell'immunologia.

Infine vorrei auspicare che l'approvazione di questo provvedimento possa far cessare, o, per lo meno diminuire, il fenomeno della mutilazione di parti di esseri viventi per favorire la vita di altri esseri viventi.

RAMPA. La comune soddisfazione morale che ci prende in questo momento non va disgiunta da qualche riflessione critica, soprattutto sull'avvenire della legge che stiamo per approvare. Credo sia doveroso, anche da parte mia e da parte del Governo ringraziare il relatore, onorevole Del Duca, che ha testé partecipato la sua soddisfazione alle Commissioni con sincerità di sentimenti.

Vorrei esprimere rammarico, ma non si tratta di una critica a quanto si è voluto fare, per il fatto che quello che è stato compiuto oggi così celermente non sia stato possibile farlo per un periodo di tempo lunghissimo, forse di qualche anno. Certamente mi rendo conto che su questi problemi la riflessione e la maturazione sono sempre fattive e positive, quando conducono a risultati innovatori, oltre che certi.

Credo di poter cogliere, conoscendolo profondamente, anche per amicizia, la sensibilità dell'onorevole Foschi, soprattutto per questo problema, e sono sicuro che si farà parte diligente perché il provvedimento sia approvato in tempi brevi dal Senato e quindi rapidamente attuato. Non vorrei che questa legge che approveremo faccia la fine di altre, che, sia per carenza di regolamenti, sia per l'attesa di disposizioni ministeriali, sono disattese o solo parzialmente applicate, con grande danno per la vita stessa dei cittadini.

Chiediamo anche che, pur nel rispetto dell'autonomia delle regioni il Ministero della

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 6 FEBBRAIO 1975

sanità solleciti le regioni agli adempimenti, che esse hanno in qualche misura già avviato, e soprattutto solleciti quelle regioni che non si siano ancora mosse, perché possano realizzare al più presto le strutture previste dal provvedimento.

Ritengo sia anche giusto sottolineare l'apporto dato dalle opposizioni, particolarmente dal gruppo comunista, alla elaborazione e all'approfondimento della legge. Lo diciamo con sincerità, tanto più che abbiamo fatto sentire le nostre critiche in alcuni momenti che ci sembravano più di stanchezza, che di volontà di camminare sollecitamente. Devo sottolineare anche la iniziativa della onorevole Cecilia Chiovini che ci ha portato a inserire nella legge un aspetto forse non tale da colpire l'opinione pubblica, ma qualitativamente rilevante: mi riferisco al prelievo dell'ipofisi per la cura del nanismo.

Mi permetto di ricordare che a questo sforzo parteciparono sia il gruppo democristiano, sia il gruppo comunista, che per ragioni di cordiale intesa, fu disponibile per la soluzione procedurale che ora abbiamo accettato. Dico questo non per voler dividere i meriti tra gli uni e gli altri, ma per constatare, al di là delle critiche ai Governi di allora, che in questi due anni c'è stata una collaborazione molto intensa per giungere ad una conclusione; il che ci auguriamo non sia solo registrato oggi con soddisfazione in quest'aula, ma prefiguri la certezza che al Senato non si solleveranno altri dubbi, altri problemi, altre perplessità.

Non vogliamo che la tempestività raggiunta qui diventi una lentezza voluta, in altra sede. Vogliamo augurarci che la nostra soddisfazione non sia tradita da disattenzioni, da inadempimenti o, addirittura, da atteggiamenti non compatibili con questa nostra volontà. Ecco perché ringraziamo vivamente il relatore, i colleghi che hanno collaborato a questo risultato. Vorremmo anche augurarci che i singoli gruppi politici, che hanno ciascuno organici collegamenti con quelli corrispondenti del Senato, si impegnino a sensibilizzarli alla stessa volontà che ci ha portato ad approvare questo disegno di legge.

Questo disegno di legge dimostra che il Parlamento riesce, quando vuole, anche insieme e al di là degli steccati ideologici, a far camminare in avanti la società, per il bene della nazione.

MUSOTTO. Annuncio il voto favorevole del gruppo socialista e mi associo ai ricono-

scimenti e alle soddisfazioni manifestate da tutti i gruppi per l'approvazione di una legge che disciplina un problema di particolare interesse sociale.

FOSCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Non posso sottrarmi al dovere di rivolgere alle Commissioni un ringraziamento per aver consentito l'approvazione di questo atteso disegno di legge.

È stato già sottolineato il suo significato, che va al di là di un comune aggiornamento della norma esistente, un significato che è destinato a modificare profondamente il costume e che permette l'acquisizione delle nuove conoscenze scientifiche e apre prospettive nuove per la ricerca scientifica, che in questo campo non è solo finalizzata al raggiungimento di obiettivi vitali, ma anche ad aprire nuove vie e nuove prospettive per la vita della popolazione. Mi pare che si debba veramente dare atto che se il lavoro è stato lungo e se vi sono state incertezze, si è però riusciti a raggiungere con molta serenità una meditata convergenza di posizioni, che ci consentono di ritenere di aver fatto un serio lavoro per garantire la possibilità di prelievo di organi vitali ai fini del trapianto.

Mi pare che si sia raggiunto un risultato positivo; ricordo che nella prima riunione, presieduta dall'onorevole Rampa, queste Commissioni sottolinearono l'esigenza e l'importanza dell'approvazione di questa legge, ma ci trovammo di fronte a pareri molto divergenti e a molte perplessità da parte di alcuni colleghi che forse non ritenevano così importante l'approvazione di una normativa quale quella che oggi abbiamo approvato; ma soprattutto ci trovammo di fronte alla difficoltà di conciliare il punto di vista della Commissione giustizia con quelli preminenti e prevalenti nella Commissione sanità e ci sembrò allora che questo lavoro potesse finire per essere insabbiato. Ritengo inoltre che il Senato certamente non avrà bisogno di un così lungo periodo di meditazione, e vi assicuro che da parte del Governo ci sarà la massima attenzione perché la legge possa essere approvata in modo definitivo nel termine di poche settimane e non di mesi: poiché siamo consapevoli che ogni ritardo può significare un rischio per molte vite umane, e che molti ricercatori hanno bisogno di potersi muovere secondo i termini della conoscenza scientifica più moderna. Per cui si rende veramente indispensabile, non solo da parte del Governo, ma anche da parte di tutti i gruppi qui rappresentati di agire nei confronti del Senato

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 6 FEBBRAIO 1975

con la sollecitudine necessaria. Sta poi a noi seguire l'effettiva attuazione della legge.

Il ministro della sanità ha già approntato, anticipando i tempi, alcuni strumenti di attuazione: occorrerà però, un dialogo intenso con le regioni e che l'Istituto superiore di sanità, investito di nuovi compiti, possa essere pronto a dare attuazione alla parte della legge che ad esso compete. Ma premetto che in questo campo ci troveremo di fronte a difficoltà, per cui questa normativa non potrà essere considerata definitiva, anche perché il progresso è così rapido che alcune esigenze non hanno potuto essere recepite in questa sede.

Concludendo, questo disegno di legge apre nuove prospettive e probabilmente dà una speranza maggiore a tutte quelle persone che sono in pericolo di vita ogni giorno.

Ringrazio, a nome del Governo, tutti i gruppi che così seriamente hanno partecipato alla elaborazione di questo testo e mi auguro che saremo in grado di poter seriamente seguire l'attuazione della legge che approveremo. Un particolare ringraziamento lo debbo al presidente Frasca che ha sollecitato continuamente questo difficile *iter* della normativa, sottoposta all'esame congiunto delle Commissioni igiene e sanità e giustizia.

PRESIDENTE. Gli onorevoli Coccia, Rampa, Musotto e De Maria, hanno presentato il seguente ordine del giorno:

« Le Commissioni giustizia e sanità della Camera,

impegnano il Governo,

ad emanare entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, il regolamento di esecuzione su proposta del ministro della sanità di concerto con il ministro di grazia e giustizia e a riferire annualmente alle Camere sull'attuazione della legge medesima anche in relazione ai compiti istituzionalmente affidati alle regioni ».

(0/922/1/CR 4-14).

FOSCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. L'ordine del giorno presentato nella sostanza mi pare pienamente accettabile, ma non ritengo sia opportuno vincolare l'emanazione del regolamento al concerto tra i due ministeri.

Inoltre non mi sembra opportuno bloccare l'attuazione della legge all'emanazione del regolamento anche per quella parte che non richiede il regolamento stesso; comunque, per la parte che richiede l'emanazione del regolamento, credo di poter affermare che il mini-

stro della sanità ha già approntato tutto quanto è indispensabile e quindi potremo largamente anticipare il termine di sei mesi.

RAMPA. Forse sarebbe opportuno togliere il riferimento al regolamento e al concerto tra il ministro della sanità e il ministro di grazia e giustizia.

FOSCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Potrei aggiungere un altro elemento: abbiamo soppresso l'articolo 17 del disegno di legge proprio perché il riferimento all'emanazione del regolamento avrebbe potuto significare la non attuazione della legge fino a che il regolamento stesso non fosse stato emanato. Invece in questo modo siamo certamente impegnati ad agire in modo sollecito per l'attuazione del regolamento, ma l'attuazione della legge non è condizionata all'emanazione del regolamento.

COCCIA. Si potrebbe impegnare il Governo « a predisporre idonee strutture per una sollecita attuazione della presente legge ».

DE MARIA. Vorrei far rilevare che il grosso problema è quello degli uomini e delle attrezzature necessarie.

PRESIDENTE. Do lettura dell'ordine del giorno riformulato a seguito delle modifiche che sono state suggerite:

« Le Commissioni giustizia e sanità della Camera,

impegnano il Governo

a predisporre idonee strutture per una sollecita attuazione della presente legge, nonché a riferire annualmente al Parlamento sull'attuazione della legge medesima, anche in relazione ai compiti istituzionalmente affidati alle regioni.

(0/922/1/CR 4-14).

FOSCHI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Lo accetto.

PRESIDENTE. La legge che stiamo per approvare è una legge che senza dubbio illustra il nostro Parlamento e rende un grande servizio alla causa dello sviluppo civile e democratico del nostro paese. Penso di interpretare il pensiero anche del presidente della IV Commissione giustizia, onorevole Misasi e di tutti gli onorevoli colleghi, esprimendo la mia soddisfazione per il risultato che stiamo per conseguire.

Vorrei rivolgere un vivo ringraziamento al Governo che è stato il promotore di questo

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 6 FEBBRAIO 1975

provvedimento, nonché ai colleghi dei vari gruppi che hanno presentato analoghe proposte di legge.

Non per un dovere di ufficio, ma proprio perché sento questo obbligo, vorrei ringraziare anche l'onorevole Urso, che tanto contributo ha dato ai nostri lavori; un vivo apprezzamento anche all'onorevole Del Duca che ha raccolto con grande impegno il compito di relatore lasciato dal collega Urso, e che ha immediatamente acquisito quelli che erano i criteri fondamentali della legge. Così come bisogna riconoscere l'alto contributo fornito dai colleghi Cecilia Chiovini e Casapieri Quagliotti Carmen per gli opportuni suggerimenti formulati nel corso dei nostri lavori.

Un ringraziamento, ancora, ai colleghi della IV Commissione giustizia e ai presidenti che si sono succeduti nel corso di questo periodo, per il contributo che hanno dato alla soluzione di questo non facile problema.

Infine, per concludere desidero rivolgere un vivo apprezzamento per l'opera svolta all'onorevole Rampa, nonché all'onorevole De Maria e all'onorevole Cortese per l'alto contributo scientifico e di pensiero che hanno dato alla stesura della legge stessa.

Il relatore, onorevole Del Duca, ha proposto il seguente nuovo titolo del disegno di legge: « Disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico ».

Lo pongo in votazione.

(È approvato).

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

Chiedo di essere autorizzato a procedere al coordinamento formale del disegno di legge.

Se non vi sono obiezioni, così può rimanere stabilito.

(Così rimane stabilito).

#### Votazione segreta.

PRESIDENTE. Indico la votazione a scrutinio segreto del disegno di legge esaminato nella seduta odierna.

(Segue la votazione).

Comunico il risultato della votazione.

Disegno di legge: « Disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico » con il nuovo titolo « Disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico » (922).

Presenti e votanti . . . . .	47
Maggioranza . . . . .	24
Voti favorevoli . . . . .	47
Voti contrari . . . . .	0

(Le Commissioni approvano).

A seguito dell'approvazione del disegno di legge n. 922, risulta assorbita la proposta di legge d'Aquino ed altri (1216).

Hanno preso parte alla votazione:

Abbiati, Allocca, Andreoni, Astolfi Maruzza, Baldi, Barba, Bianchi Alfredo, Boffardi Ines, Casapieri Quagliotti Carmen, Cattaneo Petrini Giannina, Cerra, Chiovini Cecilia, Cortese, Del Duca, De Maria, Di Gioia, Ferrari, Ferri Mario, Gasco, Gaspari, La Bella, Lattanzio, Menichino, Morini, Patriarca, Rampa, Signorile, Sisto, Venturoli, Accreman, Benedetti Gianfilippo, Capponi Bentivegna Carla, Coccia, Fabbri Seroni Adriana, Lospinoso Severini, Magnani Noya Maria, Martini Maria Eletta, Mazzola, Musotto, Padula, Pennacchini, Revelli, Riele, Spadola, Spagnoli, Stefanelli e Vetrano.

ALLOCCA, Segretario della XIV Commissione, legge il processo verbale della seduta odierna.

(È approvato).

La seduta termina alle 17,30.

---

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO  
DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI  
Dott. GIORGIO SPADOLINI

---

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO