COMMISSIONI RIUNITE

GIUSTIZIA (IV) - IGIENE E SANITÀ PUBBLICA (XIV)

9.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 12 GIUGNO 1986

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE DELLA IV COMMISSIONE
ROLAND RIZ

INDI

DEL PRESIDENTE DELLA XIV COMMISSIONE
MARIO CASALINUOVO

INDICE

PAG.

Disegno e proposte di legge (Discussione e rinvio):

Senatori BOMPIANI ed altri: Nuova disciplina dei prelievi di parte di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico *(Approvati, in un testo unificato, dalla XII Commissione permanente del Senato)* (3068);

ANIASI ed altri: Nuova disciplina dei prelievi da cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico (381);

SEPPIA e ARTIOLI: Nuova 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 (854);

FALCIER ed altri: Norme sui prelievi di parti di cadavere per finalità terapeutiche (1253);

PAG.

PASTORE ed altri: Disciplina del prelievo di organi o di parti di organo da cadaveri a scopo di trapianto terapeutico (1447);

LUSSIGNOLI ed altri: Nuova 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 (2327) 3

RIZ ROLAND, *Presidente, Relatore per la IV Commissione* 3, 16

CASALINUOVO MARIO, *Presidente, Relatore per la XIV Commissione* 4, 16, 21, 22

CECI BONIFAZI ADRIANA 21

CIFARELLI MICHELE 21

FELISETTI LUIGI DINO 21

MACIS FRANCESCO 21

PONTELLO CLAUDIO 21

RIZZO ALDO 21

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 9,35.

ANGELA GIOVAGNOLI SPOSETTI, *Segretario della XIV Commissione,* legge il processo verbale della seduta precedente.

(È approvato).

Discussione del disegno e proposta di legge senatori Bompiani ed altri: Nuova disciplina dei prelievi di parte di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico (Approvati, in un testo unificato, dalla XII Commissione permanente del Senato) (3068); e delle proposte di legge Aniasi ed altri: Nuova disciplina dei prelievi di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico (381); Seppia e Artioli: Nuova 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 (854); Falcier ed altri: Norme sui prelievi di parti di cadavere per finalità terapeutiche (1253); Pastore ed altri: Disciplina del prelievo di organi o di parti di organo da cadaveri a scopo di trapianto terapeutico (1447); Lussignoli ed altri: Nuova 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 (2327).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione abbinata del disegno e della proposta di legge di iniziativa dei senatori Bompiani, Rossanda, Condorelli, Colombo Svevo, Foschi, Jervolino Russo, Mascaro, Melotto, Meriggi, Calì, Ferrara Nicola, Imbriaco, Melandri, Ongaro Basaglia, Sellitti, Trotta, Sclavi, Alberti, Muratore, Di Nicola, Rossi e Fimognari: « Nuova disciplina dei prelievi di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo della ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per suo terapeutico », già approvato, in un testo unificato, dalla XII Commissione permanente del Senato, nella seduta del 10 luglio 1985; e delle proposte di legge di iniziativa dei deputati Aniasi, La Ganga, Felisetti, Santini, Fiandrotti e Alagna: « Nuova 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 »; Seppia e Artioli: « Nuova 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 »; Falcier, Azzaro, Armellin, Anselmi, Bianchi di Lavagna, Corsi, Righi, Garavaglia, Drago, Ricciuti, Del Mese, Dell'Andro, Dal Maso, D'Acquisto, Brocca, Nucci Mauro, Nenna D'Antonio, Nicotra, Napoli, Mora, Mensorio, Memmi, Meneghetti, Azzolini, Moro, Silvestri, Orsenigo, Carrus, Rinaldi, Rossattini, Rebulla, Savio, Bianchini, Bonalumi, Santuz, Sangalli e Balestracci: « Norme sui prelievi di parti di cadavere per finalità terapeutiche »; Pastore, Palopoli, Macis, Ceci Bonifazi, Violante, Lanfranchi Cordioli, Giovagnoli Sposetti, Tagliabue, Bochicchio Schelotto, Amadei Ferretti, Benevelli, Bottari, Curcio, Calonaci, Fracchia, Di Giovanni, Gelli, Gra-

nati Caruso, Mainardi Fava, Montanari Fornari, Pedrazzi Cipolla, D'Ambrosio, Dignani Grimaldi e Trabacchi: « Disciplina del prelievo di organi o di parti di organi da cadaveri a scopo di trapianto terapeutico »; Lussignoli, Garavaglia, Armellin, Augello, Balestracci, Becchetti, Bianchi, Bonetti, Borri, Bosco Bruno, Brocca, Cafarelli, Coloni, Comis, Dell'Andro, Garocchio, La Russa, Lattanzio, Mannino Calogero, Mancini Vincenzo, Mensorio, Merolli, Napoli, Pasqualin, Patria, Perugini, Portatadino, Quieti, Rabino, Ricciuti, Righi, Rinaldi, Rocelli, Rosini, Rubino, Russo Ferdinando, Russo Raffaele, Sinesio, Sullo, Vincenzi, Viscardi, Zolla e Zoppi: « Nuova 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 ».

Stante l'assenza del rappresentante del Governo, sospendo la seduta per dieci minuti.

La seduta, sospesa alle 9,35, è ripresa alle 9,45.

PRESIDENTE. L'onorevole Casalinuovo, relatore per la XIV Commissione, ha facoltà di svolgere la relazione.

MARIO CASALINUOVO, *Relatore per la XIV Commissione.* Nella seduta odierna iniziamo la discussione e l'esame di una materia di rilevantissima importanza, soprattutto alla luce degli ultimi avvenimenti che, in tema di trapianti di cuore, si sono succeduti nel nostro paese.

Dirò subito che fino ad oggi i trapianti di cuore effettuati sono stati otto e sono avvenuti nelle città di Padova, Pavia, Udine, Bergamo, Milano e Roma, a seguito dell'adozione, da parte del ministro della sanità Degan, nel mese di novembre, di alcuni decreti che hanno autorizzato determinate strutture sanitarie alle attività di prelievo e di trapianto di cuore da cadavere, a scopo terapeutico. Prima ancora di entrare nel merito della tematica in oggetto, non posso non ricordare con profonda commozione i donatori di organi, deceduti a causa di incidenti stradali.

Il delicato problema della politica dei trapianti è, dunque, tornato prepotentemente alla ribalta in questi giorni in Italia. Mi auguro che alle polemiche sorte al riguardo il ministro Degan voglia rispondere con puntuali precisazioni quando lo riterrà opportuno.

Una delle polemiche più ricorrenti ha riguardato le autorizzazioni ai prelievi dei trapianti concesse alle strutture sanitarie del nord ma non a quelle del sud. Su un piano di carattere generale, ritengo che bisognerà senz'altro approfondire e correggere le cause che stanno alla base del divario nord-sud della politica dei trapianti; una situazione, questa, già presente in altri campi della sanità.

Non sono in grado di dire se la legislazione che abbiamo in materia sia sufficiente o meno; non saprei nemmeno dire se il vero problema sia quello di mancanza di volontà a far sì che non esistano più situazioni di sperequazione fra nord e sud. Certo, quanto è accaduto in questi giorni è a tutti noto. In una rivista specializzata in materia sanitaria si è scritto che « a Catania è in funzione da circa dieci anni uno dei piu moderni centri universitari ospedalieri di cardiochirurgia italiana, al quale fanno riferimento, oltre agli abitanti della Sicilia, anche quelli della Calabria e, in parte, della Basilicata e delle altre regioni del sud. Alcuni dei centri scelti per i trapianti non hanno le strutture, né il personale, né la produzione del centro di Catania. Del resto, lo stesso presidente della Società italiana per i trapianti di organi, professor Carlo Casciani, ha pubblicamente criticato la divisione dell'Italia con esclusione completa del sud ».

Mi è sembrato opportuno includere questo rilievo nella premessa della mia relazione, anche perché ritengo giusto che la Commissione sanità della Camera, nell'occuparsi dei progetti di legge sui prelievi di organi a scopo di trapianto terapeutico, approfondisca l'argomento e senta il parere del ministro sui problemi

che sono stati sollevati e che, sul piano generale, riflettono esigenze di equità nella politica sanitaria per l'intero paese.

Come i colleghi sanno, nella precedente legislatura, la XII Commissione permanente del Senato approvò un testo unificato, successivamente trasmesso alla Camera, ma da questa non esaminato a causa dello scioglimento anticipato del Parlamento.

Tale testo è stato ripresentato, in questa legislatura, negli identici disegno di legge n. 418 e proposta di legge n. 408, poi approvati, con talune modifiche, dalla XII Commissione permanente del Senato in data 10 luglio 1985, ed ora al nostro esame nel testo unificato.

Nel corso di questa mia relazione darò brevi cenni sulla politica sanitaria del nostro paese, con specifico riferimento ai trapianti di organi. Riferirò, poi, sui precedenti legislativi, con riguardo anche alla politica dei trapianti a livello europeo. Quindi, mi soffermerò sulla legislazione attualmente in vigore e, più specificamente, sul problema dell'accertamento della morte del donatore e sulla problematica giuridica relativa al consenso. Naturalmente, intorno a tali due problemi principali ne ruotano altri, anch'essi importanti anche se di minore rilevanza, ai quali farò riferimento nel corso della mia esposizione.

In tema di politica sanitaria, desidero sottolineare che i trapianti di organi sono resi necessari da malattie, l'evoluzione maligna delle quali porta a gravi insufficienze degli organi medesimi. Desidero aggiungere che alcune delle malattie per le quali può sorgere l'indicazione del trapianto d'organo possono essere prevenute. Pertanto, nell'occuparci della politica dei trapianti, dobbiamo considerare anche la politica di prevenzione delle malattie per le quali può sorgere l'indicazione del trapianto d'organo.

Posso citare, ad esempio, le malattie renali, le quali possono essere prevenute. Esse costituiscono la principale causa dell'uremia cronica trattabile con trapianto renale, che rappresenta ancora oggi oltre il 90 per cento del totale dei trapianti di organo.

Sarebbe, dunque, un grave errore incentivare la politica dei trapianti senza porre eguale attenzione alla politica di prevenzione, che deve anzi, per motivi ovvii, prevalere sulla prima perché porta a risultati ben diversi e tanto più positivi.

Inoltre, è opportuno sottolineare, per quanto riguarda i trapiantati, che l'indice di sopravvivenza non va confuso con l'indice di una buona qualità della vita, che certamente non esiste, o non esisterà più per i trapiantati.

« Se, poi, si considera che, in termini di bilancio di vite, ad una vita salvata con il trapianto di un organo corrisponde una vita perduta per lo più per un incidente traumatico, viene da domandarsi se non sia utile promuovere una intensa campagna educativa ed affrontare con impegno lo studio delle misure necessarie per ridurre in modo particolare il numero degli incidenti stradali ». Ho citato testualmente dalla relazione svolta dal senatore Condorelli alla Commissione Sanità del Senato, alla quale rinvio per un maggiore e più specifico dettaglio dei problemi ai quali vado facendo riferimento ed in maniera particolare relativamente ai risultati conseguiti con i trapianti di organo: con i trapianti di cuore, con i trapianti di rene (da tempo usciti dalla fase sperimentale e comunque sempre preferibili alla dialisi), con i trapianti di fegato e di pancreas; ed in relazione, poi, all'efficacia delle terapia immunosoppressiva della ciclosporina A (anche nei trapianti di cuore) e alla sua tollerabilità.

Per dare qualche dato, ricordo che oggi nel mondo vi sono più di trecento persone con il cuore trapiantato e che il trapianto più lungo risale a quattordici anni orsono.

Per quanto riguarda l'attività di prelievo e trapianto di reni da cadaveri, in Italia, esistono, per il quinquennio 1978-1982, dati riferiti dall'Istituto superiore di sanità (cito la relazione del professor Vicari che reca la data del 3 maggio 1983), per altro incompleti, secondo quanto affermato dallo stesso estensore della rela-

zione, soprattutto per difetto d'informazione dovuto alla mancata istituzione del registro nazionale trapianti presso l'Istituto superiore di sanità in difformità con quanto previsto dall'articolo 14, quarto comma, del decreto del Presidente della Repubblica 16 giugno 1977, n. 409. Dall'analisi compiuta dall'Istituto superiore di sanità emergono diverse considerazioni.

In primo luogo, quasi la totalità (oltre il 90 per cento) dei centri di prelievo è concentrata in cinque regioni e, in particolare, nelle regioni Lombardia e Veneto, le quali sono collegate ad un solo centro regionale di riferimento e svolgono oltre il 60 per cento dell'attività nazionale. In secondo luogo, l'attività di trapianto è praticamente assente (circa 1,4 per cento) nelle regioni meridionali.

Riprendendo un argomento cui avevo già fatto cenno all'inizio della mia relazione, si può ricordare l'attività nel campo dei trapianti di reni da cadavere svolta in Italia nel 1982, secondo i dati forniti dall'EDTA: il numero di trapianti di rene eseguiti è stato di 231, nettamente inferiore al fabbisogno minimo, se si tiene presente che il numero dei dializzati in Italia nel 1983 è pari a 18.111 (nel 1979 erano 11.285) con una tendenza consolidata all'incremento di circa 1.500 nuove unità l'anno.

Il bilancio è ancora più deludente se si considera che in Italia muoiono 1.200-1.500 pazienti uremici, in un anno, per mancanza di assistenza (pur tenendo conto che l'Italia è tra i paesi con il più alto numero di posti dialisi disponibili) mentre in centri ospedalieri muoiono oltre 10 mila persone per traumi cranici da incidente stradale, per emorragie o tumori cerebrali e di queste soltanto 200-250 vengono segnalate per prelievi di organi a scopo di trapianto terapeutico e solo 170-180 donano gli organi per il trapianto. La discrepanza tra domanda (10-12 mila pazienti in attesa di trapianto renale) ed offerta è quindi drammatica.

Una nota di ottimismo proviene, tuttavia, dai resoconti dell'attività svolta dal North Italian Transplant (NITp) fino al 31 dicembre 1983 (« Trapianto di rene da cadavere »; attività fino al 31 dicembre 1983, presentata dal centro di riferimento del NITp).

Passo ora ad esaminare i precedenti legislativi della materia che ci occupa. Innanzitutto, ricordo la legge n. 235 del 3 aprile 1957, che autorizzava il trapianto di cornea, ispirata esplicitamente all'esempio di Don Gnocchi; poi, il decreto del Presidente della Repubblica 20 gennaio 1981, n. 300, che faceva un elenco « positivo » delle parti del cadavere prelevabili (rimasto sostanzialmente identico anche ai decreti del Presidente della Repubblica 8 settembre 1965, n. 1158, e 5 febbraio 1970, n. 78); la legge n. 644 del 2 dicembre 1975, tuttora vigente, che porta il 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 »; il decreto del Presidente della Repubblica 16 giugno 1977, n. 409, che ne approva il regolamento di esecuzione e formula un elenco « negativo » delle parti del cadavere per le quali non è consentito il prelievo. In materia di trapianti tra viventi, possiamo ricordare soltanto la legge 26 giugno 1967, n. 458 (« Trapianto del rene fra persone viventi »); la legge 14 luglio 1967, n. 892 e il relativo regolamento di esecuzione approvato con decreto del Presidente della Repubblica 24 agosto 1971, n. 1256, che riguardano la materia analoga, ma sostanzialmente diversa, delle trasfusioni di sangue.

La disciplina vigente, in materia di prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico (mi riferisco alla legge 2 dicembre 1975, n. 644, e relativo regolamento di esecuzione emanato con decreto del Presidente della Repubblica 16 giugno 1977, n. 409) è incentrata sui due problemi chiave del consenso e dell'accertamento della morte e reca, altresì, numerose disposizioni di carattere organizzativo e penale. In materia di consenso, la legge ha fatto propria la posizione, già formulata dal Consiglio d'Europa, con la risoluzione n. 29 del 1978, di

consentire il prelievo ogni volta che non vi sia stata manifestazione esplicita della volontà contraria del defunto. Tale volontà contraria può essere manifestata anche dal coniuge non separato, dai figli maggiorenni o dai genitori. Non si tiene – però – conto della volontà contraria espressa dal defunto o dai congiunti qualora il cadavere debba essere sottoposto a riscontro diagnostico ai sensi della legge 15 febbrario 1961, n. 83 (« Norme per il riscontro diagnostico sui cadaveri ») o ad operazioni autoptiche ordinate dall'autorità giudiziaria.

La legge detta poi criteri particolareggiati per l'accertamento della morte, che deve comunque essere effettuato da medici diversi da quelli che operano il trapianto.

Il regolamento di esecuzione (decreto del Presidente della Repubblica n. 409 del 1977) comprende sette titoli, dedicati rispettivamente all'accertamento della morte, sulle autorizzazioni al prelievo e al trapianto, al consenso, al centro regionale di riferimento, al centro nazionale di riferimento, all'importazione ed esportazione di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e alle norme transitorie e finali.

Ho fatto questi riferimenti proprio perché in questi giorni si sono creati nel paese dei rilevanti equivoci che, tuttavia, non hanno certo riguardato gli addetti ai lavori. Da più parti, infatti, si è ritenuto che le autorizzazioni a procedere ai trapianti, a seguito dei decreti emanati dal ministro Degan, rappresentassero un vero e proprio *novum* normativo. In verità, le autorizzazioni in oggetto sono relative al funzionamento delle strutture sanitarie, considerato che, nel merito, la materia è già normativamente disciplinata dalla legge n. 644 del 1975 e dal relativo regolamento di esecuzione sopra ricordato.

Sottolineando, ancora una volta, la rilevanza della legge n. 644, debbo tuttavia far presente (e ritengo che lo stesso ministro Degan condivida questo mio giudizio) che da tale legge non sono conseguiti i risultati sperati. Infatti, i trapianti renali, successivamente all'entrata in vigore della legge in questione, sono diminuiti a fronte di un incremento rilevante di nefropatici cronici. Vi è ancora da sottolineare l'insufficienza dei centri di dialisi che, in teoria, avrebbero dovuto determinare un aumento del numero dei trapianti renali.

La situazione attuale conferma l'insufficienza di detti trapianti rispetto alle necessità del nostro paese e una loro concentrazione nell'Italia settentrionale.

Molteplici sono i motivi che fanno ritenere insufficiente la legge n. 844. Il primo è quello relativo al problema del consenso: a tale riguardo, infatti, vi è da rilevare che se con tale legge si è fatto strada il principio del « consenso presunto », con altre disposizioni della stessa legge, concernenti il potere di opposizione dei familiari del donatore, quel principio si è quasi vanificato.

Altri motivi possono essere ricercati od individuati, relativamente ai risultati non soddisfacenti della legge n. 644 del 1975, nella inesistente in senso assoluto – specialmente per quanto riguarda i trapianti di organi – educazione sanitaria nella complessità delle autorizzazioni per i luoghi e di trapianto, nell'eccessiva durata del periodo richiesto per l'accertamento della morte cerebrale, nella complessità dei collegi medici per l'accertamento della morte e nelle inadempienze circa l'attuazione di parti importanti della normativa del 1975.

Mi sia consentito, però, di fornire ancora delle indicazioni sui trapianti di rene, in relazione al problema della disparità tra nord e sud e tra domanda e numero dei trapianti.

Desidero inoltre riferire alcuni dati tratti dal censimento compiuto dall'ANED per gli anni 1983 e 1984.

Innanzitutto, bisogna sottolineare che nel 1983 vi era stato un incremento di oltre 100 trapianti rispetto all'anno precedente e che l'aumento era stato determinato dall'incremento dei trapianti eseguiti in Italia e particolarmente a Milano (policlinico e Niguarda), a Genova, a Torino ed a Verona.

Purtroppo questa tendenza favorevole non si è ripresentata nel 1984 dove si è visto un calo per quanto riguarda i trapianti da cadavere: il livello è stato quasi mantenuto solo grazie ad un aumento di trapianti da vivente.

Sono in totale circa 4500 i pazienti italiani che hanno usufruito del trapianto, metodica ormai caratterizzata (nei casi in cui ci sia una precisa indicazione ed idoneità clinica) da scarsa mortalità, da elevata percentuale di successo e da riabilitazione eccellente.

Alcune regioni del nord Italia sono all'avanguardia anche in questo settore, in altre invece (Campania, Sicilia) la situazione è gravemente carente. Si può ripetere il solito, ma sempre vero, ritornello che là dove sono scarse le strutture nefrologiche e sviluppata la dialisi privata, la cura dell'uremia è più carente. Nonostante quindi le lodevoli eccezioni, bisogna subito sottolineare che la situazione è drammatica. Infatti, l'Italia, paese all'avanguardia nelle tecnologie dialitiche e nell'immissione in dialisi, ha nel settore trapianti il posto di fanalino di coda tra le nazioni ad alto sviluppo tecnologico.

Si pensi ai quasi mille trapianti della Repubblica federale di Germania o della Francia, od ai 1200 dell'Inghilterra ed ai 700 della Spagna. Il confronto è ancora più amaro se si pensa che nel 1976 Spagna e Repubblica federale di Germania avevano trapiantato, per milione di abitanti, meno che l'Italia; all'ultimo congresso EDTA hanno potuto dichiarare 15 trapiantati per milione di abitanti, mentre l'Italia è rimasta a 5. La Svezia e la Norvegia, con circa 35 trapiantati per milione di abitanti all'anno, coprono il 50 per cento delle nuove immissioni in dialisi e cioè tutti i « trapiantabili ».

Mi sembra interessante citare anche, in relazione a tale situazione drammatica che risulta dai dati che ho testé letto, il resoconto per il 1984 del NIT (North Italian Transplant), che ha particolarmente sottolineato quanto segue: « Le liste dei pazienti in attesa di trapianto si sono ulteriormente incrementate e molti attendono ormai da oltre un lustro, molti presentano una età limite per il trapianto oppure sviluppano, con il passare degli anni, complicanze che li rendono non più idonei. La carenza di strutture di trapianto nel sud fa sì che ai centri del nord affluiscano molti pazienti non residenti i quali, per gli scarsi prelievi di reni effettuati nel sud, hanno minore probabilità di essere trapiantati rispetto a quelli del nord. Un altro squilibrio che si è verificato nelle liste di attesa deriva dal fatto che il rene di gruppo 0» può essere innestato anche in pazienti di altri gruppi sanguigni, mentre i reni di gruppi A, B ed AB non possono essere trapiantati su pazienti di gruppo O. Inoltre, il numero dei pazienti immunizzati od iperimmunizzati per precedenti trasfusioni, gravidanze o per altri motivi è in continuo aumento. Ad esempio, i pazienti in lista di attesa di un secondo o terzo trapianto costituiscono quasi il 20 per cento del *pool* dei trapiantabili. Infine, il numero degli organi disponibile è rimasto stazionario (anzi, tende drasticamente a contrarsi nei primi mesi del 1985). La necessità di costruire una rete di centri trapianto – ma ancora più di centri prelievo – è impellente; oltre ai bisogni descritti per i pazienti in dialisi (o per i trapianti di cornea), si affacciano con sempre maggior evidenza i bisogni dei cardiopatici e degli epatopatici perché il trapianto di cuore ed il trapianto di fegato sono ormai realtà del presente. Un dipartimento di trapianto in ogni ospedale regionale dovrebbe essere, quindi, un obiettivo a breve termine. Tenendo presenti le difficoltà del reperimento di organi e la necessità di creare centri di dimensioni tali da assicurare una tecnologia ed un'esperienza adeguate, ci sembra opportuno indirizzare a questo scopo le risorse con priorità nelle regioni più macroscopicamente carenti, come, ad esempio, la Campania, la Puglia, la Calabria e la Sardegna ».

Il problema dei trapianti a livello europeo merita particolare attenzione, anche in considerazione del fatto che dalle posizioni assunte e dal Consiglio d'Europa e dal Parlamento europeo sono deri-

vati alcuni princìpi legislativi i quali sono stati consacrati nel testo legislativo ora in discussione.

Desidero riferire brevemente su tali precedenti a livello europeo che mi sembrano assai importanti.

Ricordo innanzitutto la risoluzione n. 29 adottata dal Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa l'11 maggio 1978 sull'armonizzazione delle legislazioni nazionali in materia di prelievo di tessuti ed organi a fini terapeutici. L'ultima parte della risoluzione è dedicata al prelievo e trapianto di tessuti provenienti da persone decedute. Due sono le norme fondamentali: quella che stabilisce la liceità del prelievo da cadavere salvo volontà contraria del defunto esplicitamente manifestata; quella secondo cui la morte deve essere constatata da un medico che non appartenga alla *équipe* che procederà al prelievo od al trapianto.

Il Parlamento europeo si è ripetutamente occupato della materia approvando a tale riguardo due risoluzioni. La prima, presentata dall'onorevole Krouwel-Vlam, dopo essere stata approvata all'unanimità dalla commissione per la protezione dello ambiente, la sanità pubblica e la tutela dei consumatori, il 22 marzo 1979, è stata approvata dal Parlamento europeo nella tornata di aprile 1979. Essa constata che nella Comunità economica europea la domanda di trapianti di organo non può essere soddisfatta se non troppo lentamente a causa della insufficiente disponibilità dei donatori e di banche di organi; fa riferimento ad uno studio sulla creazione di una banca di dati che permetta di stabilire la compatibilità tra organi e gruppi sanguigni, elaborato dalla Commissione CEE nel quadro delle sue azioni nel settore della politica comunitaria dell'informatica; si pronuncia decisamente a favore di una regolamentazione della donazione di organi imperniata sulla mancata formulazione esplicita di obiezioni ed invita la commissione CEE a presentare una direttiva in merito. La Commissione delle Comunità europee, sollecitata da numerose interrogazioni, ha proseguito lo studio sulle possibilità di applicazione dell'informatica alle banche di organi ed ha incaricato il comitato direttivo della sanità pubblica di svolgere uno studio sulle legislazioni vigenti in materia negli stati membri del Consiglio d'Europa (studio poi non effettuato perché svolto dal Consiglio d'Europa stesso).

La seconda proposta di risoluzione, ancora dell'onorevole Krouwel-Vlam, in data 7 aprile 1981, deplorando che non fosse stata ancora presentata al Parlamento la proposta di direttiva chiesta dalla risoluzione n. 24 del 1979 sulle banche di organi, invitava perentoriamente la Commissione a presentare entro sei mesi tale proposta con le relative modalità di esecuzione e ad adottare, alla scadenza dello stesso termine, misure che permettessero a breve scadenza di giungere al coordinamento tra le banche di organi. La proposta, deferita dal Parlamento europeo l'8 aprile 1981 all'esame della Commissione per la protezione dell'ambiente, la sanità pubblica e la tutela dei consumatori e da questa esaminata in più riunioni sulla base di una relazione dell'onorevole Del Duca, è stata approvata dal Parlamento europeo con una diversa formulazione nella seduta del 15 aprile 1983. La risoluzione invita la Commissione ad elaborare nel termine di un anno una regolamentazione destinata a migliorare il coordinamento e la cooperazione tra le banche europee di organi.

Infine, ricordo la legislazione vigente in sette paesi europei, seguendo l'ordine cronologico di promulgazione: Gran Bretagna, Danimarca, Norvegia, Svezia, Repubblica Democratica Tedesca, Francia e Spagna. La legge svedese è integrata con le modifiche apportate nel 1982. In tutti questi paesi la legge adotta la formula del consenso presunto e consente perciò l'espianto da cadavere ogni volta che non vi sia il dissenso espresso in vita. Ho voluto ricordare ciò che si è fatto a livello europeo per l'importanza di quelle legislazioni e dei motivi che ne costituiscono il fondamento.

Debbo, ora, tornare all'esame della legislazione italiana, riferendo sul problema giuridico del « consenso » che è il più rilevante.

La nostra legislazione, come ho già ricordato, ha infine accolto il principio del « consenso presunto », sia pur con le limitazioni derivanti dalla possibilità di opposizione dei familiari. Mi riferisco alla legge del 1975. Ma il principio del « consenso presunto » diventa molto più esplicito nella proposta in corso di esame e che ci accingiamo ad approfondire, dopo l'approvazione da parte del Senato.

In relazione al consenso del donatore e dei suoi familiari, dal 1957 in poi si sono fatti grandi passi in avanti. Da una concezione nettamente privatistica si è passati ad una posizione più liberale ed intermedia tra la concezione privatistica e quella pubblicistica. Dalla previsione di un assenso esplicito della legge del 1957, si è passati a quella della non esistenza di un dissenso. E, infatti, l'articolo 1 della legge 3 aprile 1957 n. 235 testualmente recitava: « È consentito il prelievo di parte di cadarere a scopo di trapianto se il soggetto ne abbia dato l'autorizzazione ». Evidentemente, l'articolo 1 richiamava il consenso esplicito del donatore.

L'articolo 1 della legge 2 aprile 1968 n. 519 introdusse, invece, il principio del consenso presunto, per una categoria limitata di soggetti per la quale doveva esistere l'obbligo di riscontro diagnostico. L'articolo 8 della legge 2 dicembre 1975, n. 844, facendo un vero balzo in avanti, introdusse il principio del consenso presunto, esteso a tutti i soggetti e, specificamente, del consenso presunto in mancanza di un dissenso esplicito dichiarato dal donatore. Venne introdotto altresì, con la legge del 1975, il potere di opposizione dei familiari che, in verità, non era completato nella precedente legge n. 519 del 2 aprile 1988. In sostanza, da una parte si fece un passo avanti in tema di consenso perché fu introdotto esplicitamente il principio del « consenso presunto », mentre dall'altra si compì un passo indietro introducendo l'opposizione dei familiari che, in tal modo, venne a condizionare molto il consenso stesso.

Nel testo unificato al nostro esame, n. 3068, che recepisce il provvedimento pervenutoci dal Senato, viene mantenuto il principio del consenso presunto in mancanza di dissenso esplicito mediante dichiarazione scritta. Peraltro, superando le difficoltà che derivano dall'opposizione dei familiari, secondo il testo del 1975, pone, in forma nuova e del tutto diversa, il potere di opposizione dei familiari. Ci troviamo di fronte ad un problema di estrema delicatezza. Desidero sottolineare ciò, nella convinzione che stiamo parlando di una questione di rilevante importanza, che diventerà sicuramente fondamentale nel corso del dibattito. Ricordo che la Commissione giustizia del Senato nella passata legislatura espresse parere negativo sul tema del « consenso presunto » che venne recepito da un provvedimento il cui *iter* fu interrotto dallo scioglimento anticipato delle Camere. La Commissione giustizia del Senato ritenne che « se pure l'importanza sociale del prelievo di parti di cadavere a scopo terapeutico è indiscutibile, la diffusione di tale pratica non può essere che la conseguenza, appunto per intuibili esperienze di rispetto della persona umana, di un progressivo diffondersi nella popolazione della tendenza a dare volontariamente disposizioni in tale senso e non il risultato di disposizioni coattive, per le quali all'evidente inopportunità si aggiungono serie perplessità di ordine anche costituzionale ». Sulla base di questo ragionamento, la Commissione ritenne inaccettabile ogni forma di consenso presunto al prelievo. Di parere contrario a tale impostazione fu la maggioranza della Commissione igiene e sanità della precedente legislatura che, in armonia peraltro con quanto sostenuto da illustri giuristi, approvò il testo che poi la Commissione della Camera non fece in tempo ad esaminare.

La Commissione giustizia della Camera, invece, nella passata legislatura, esprimendo il proprio parere in data 20 aprile 1983, sul consenso da parte del donatore, ritenne la prevalenza dell'interesse generale su quello del singolo ed aggiunse che « appare eticamente corretto riconoscere alla persona la facoltà di disporre degli organi del proprio corpo an-

che *post mortem* », che tale diritto « deve essere però riservato al soggetto direttamente interessato alla donazione o ad un suo rappresentante legale » e che « nessun diritto, quindi deve essere riconosciuto ai congiunti del defunto che non possono arrogarsi la titolarità dei diritti di disposizione che spettano soltanto al *de cuius* per principio costituzionale ». A questo proposito, mi pare sia il caso di rilevare che, negandosi il principio del consenso presunto, verrebbe a prevalere il cosiddetto principio del diritto al cadavere, sul quale si discute molto e che dovrebbe essere distinto da quello alla vita e all'integrità fisica che evidentemente lo precedono di gran lunga. Il principio di una categorica inviolabilità del corpo è apparso giustificabile solo nella misura in cui è necessario alla vita ed alla estrinsecazione della personalità e perciò non è invocabile più per il corpo esanime. Nel momento in cui si rivendica il diritto al cadavere è il sentimento della pietà che prevale su tutti gli altri. Ma la pietà verso il cadavere non può non cedere rispetto all'esigenza dei valori primari della persona. Il diritto di disporre del proprio cadavere o di quello del proprio congiunto non può assurgere dal punto di vista etico-giuridico a diritto fondamentale della persona, soprattutto di fronte all'alternativo diritto alla vita e alla salute del beneficiario.

Questi problemi, importantissimi, hanno impegnato a fondo teologi, moralisti, giuristi e legislatori perché è evidente che si tratta di questioni che comportano indirizzi di natura etica, legislativa, filosofica e sanitaria.

Per quanto riguarda l'indirizzo giurisprudenziale esistente in materia, dirò subito quale è stato, a quanto mi risulta, quello seguito dalla Corte di cassazione. In una pronunzia del 1971, detta Corte, infatti, affermò che nel nostro ordinamento, pur nella vigenza di norme apparentemente assai limitative, non esiste un diritto del soggetto ovvero, dopo la sua morte, dei prossimi congiunti, a vietare la utilizzazione del cadavere per fini di giustizia, atteso che qualora questi fini debbano essere perseguiti, l'interesse individuale è posposto rispetto a quello generale. Questa affermazione appare ancora più significativa, ove si consideri che l'esigenza di riesumazione del cadavere nasceva, nel caso esaminato dalla Corte, nell'ambito di una controversia civile avente per oggetto una azione per risarcimento di danno (Giacobbe, *Trapianto d'organo: profili civilistici, atti del Congresso sul « diritto alla vita-diritto alla morte »*, CNR, Roma, 5 maggio 1983).

Esiste, quindi, nel nostro ordinamento un principio secondo cui quando ricorrano ragioni di interesse generale (ad esempio, l'esigenza di dare giustizia in conformità a quanto previsto dall'articolo 24 della Costituzione), l'interesse individuale (oggettivo) alla tutela del cadavere viene superato. Questo principio non può non trovare applicazione in tutte le ipotesi in cui si ponga l'esigenza di garantire un diritto del soggetto costituzionalmente riconosciuto.

Ciò detto, pur trattandosi di un problema particolare e riguardante un trapianto di organo da vivente a vivente, desidero ora ricordare quanto ebbe modo di scrivere il professor Coppi, in una sua interessante relazione, circa i profili penalistici di una sentenza pronunciata nel 1930 dal tribunale di Napoli (COPPI, *Trapianto d'organo: profili penalistici, atti del Congresso, cit.*). « Nel 1930, in quella città per tanti versi singolare e miracolosa che è Napoli » – così commenta il professor Coppi – « accadde un fatto per quell'epoca abbastanza strano e, siccome di questo fatto poi si sono occupati giudici di tribunale, di Corte di appello e di cassazione, io ve lo racconterò con le parole di una delle sentenze pronunciate dai giudici che di tale caso si sono occupati.

Nell'ottobre del 1930 un cittadino americano di San Francisco di Cordova, decaduto nei suoi poteri genetici " in seguito ad abuso ", ricorse ad alcuni sanitari napoletani, invocando, se del caso, l'innesto di una ghiandola sessuale più vigorosa. La notizia fu diffusa e uno studente si offrì di cedere uno dei suoi testicoli: l'offerta fu accettata, il prezzo della

cessione fu pattuito in lire 10 mila. L'operazione ebbe luogo con risultato positivo. Lo studente riprese la sua vita consueta: egli ebbe, come prima, le sue estrinsecazioni sessuali e nessuna menomazione riscontrò in queste sue funzioni. L'americano, dal canto suo, riebbe la sua antica forza e riprese gli antichi contatti ».

Il tribunale di Napoli affrontò così per la prima volta (ed è per questo che la sentenza citata ha rilievo, al di là del fatto quasi boccaccesco di cui si occupa), il problema del consenso. Prima di questa sentenza del 1930, infatti, non vi era occasione per occuparsi del problema.

Riprendendo il richiamo della relazione del professor Coppi, ricorderò che nella motivazione della sentenza del tribunale di Napoli « la tematica del trapianto venne puntualmente impostata intorno a quella che costituirà poi, per numerosi lustri, e fino ad oggi, la base ed il fondamento ovvii di una discussione sull'argomento: cioè quella del consenso dell'avente diritto ».

Il tribunale di Napoli ritenne che, in fondo, alla operazione si era proceduto a seguito del consenso dell'avente diritto (nel caso in ispecie, del giovane studente napoletano) e, pertanto, assolse i medici implicati in quel processo, perché il fatto non costituiva reato.

La Corte di appello, pur pervenendo alla stessa conclusione adottata dal tribunale di Napoli e cioè alla assoluzione con formula piena dei giudicabili, motivò diversamente la sua decisione. In sostanza, la Corte di appello sostenne, nella motivazione della sua sentenza, che: « poiché, a seguito di consenso il donante aveva dichiarato in definitiva di rinunziare alla protezione della propria integrità testicolare questo bene non era più coperto dalla tutela del diritto e i medici, che ovviamente erano ben consapevoli della rinunzia da parte del donante, operarono senza dolo (cioè senza la volontà di arrecare un danno ad un bene meritevole di protezione), poiché in quel momento il diritto aveva revocato la sua protezione a seguito della rinunzia del donante ».

La Corte di cassazione, in ultima istanza, riprese la tematica del consenso dell'avente diritto e, pur confermando la sentenza di assoluzione perché il fatto non costituiva reato, nella motivazione « ritornò alla teoria del consenso dell'avente diritto fatta propria dalla prima sentenza ».

Ho voluto ricordare questo specifico caso perché, a mio giudizio, la Commissione dovrà soffermarsi ad esaminare anche quale sia il fondamento giuridico della problematica dei prelievi e dei trapianti di organi.

Sempre a tale riguardo, il sommo giurista Francesco Carnelutti ritenne di individuare il fondamento giuridico del prelievo e del trapianto addirittura nella « espropriazione per pubblica utilità ». In definitiva – sostenne il Carnelutti – per salvare una vita umana, un intervento di prelievo e trapianto non solo è necessario, ma si giustifica per un fine di interesse generale, cioè – come ho già detto – per un fine di interesse pubblico.

Partendo proprio dall'esame della questione del fondamento giuridico, nell'ambito di un contesto più generale, non posso non ricordare il contenuto normativo dell'articolo 32 della Costituzione, sul quale abbiamo avuto già modo di soffermarci, nel corso dell'esame di altri provvedimenti di legge: tale articolo tutela, in maniera esplicita, la salute dell'individuo come un suo fondamentale diritto e nell'interesse della collettività. L'articolo 2, poi, riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo e, quindi, anche il diritto alla tutela della salute, che rientra pertanto nell'ambito dei diritti generali della personalità umana, anche se non bisogna dimenticare che vi è un'espressa disposizione del codice civile (l'articolo 5) in base alla quale non sarebbe assolutamente consentito né il prelievo nè il trapianto di organo perché: « Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume ».

Dunque, con l'articolo 5 del codice civile il legislatore ha voluto porre un limite agli atti di disposizione del proprio corpo nel caso in cui essi incidano sull'integrità personale del disponente.

Bisogna, pertanto, ricorrere a delle deroghe a tale principio fondamentale: deroghe che, a dire il vero, per altri casi si sono anche delineate nel nostro diritto civile, ma poiché il problema riguarda, più che il diritto civile (che detta la norma dell'articolo 5 che fa sorgere le difficoltà alle quali ho fatto riferimento), il diritto penale, devo ricordare che la liceità del trapianto può basarsi, secondo alcuni giuristi, sul consenso dell'avente diritto.

Comunque, il fondamento va ricercato sempre in alcune discriminanti del codice penale o in alcune esimenti, le cosiddette « cause di giustificazione », che producono gli stessi effetti giuridici della legittima difesa, che è la causa di giustificazione per eccellenza.

Anche il consenso dell'avente diritto è una causa di giustificazione, così come lo stato di necessità cui altri giuristi si rifanno per affermare che nei casi nei quali è indispensabile salvare una vita umana si può ricorrere al prelievo e, quindi, al trapianto, mentre altri giuristi si rifanno ad altra discriminante prevista dal nostro codice penale e cioè quella dell'adempimento di un dovere con specifico riguardo ai medici chiamati ad operare il prelievo ed il trapianto.

Il Mantovani, autore della più recente e probabilmente unica monografia sul tema dei trapianti, ha voluto soffermarsi – nell'esaminare gli altri aspetti e le altre teorie, che però ha criticato – su un'altra discriminante che egli pone a fondamento dell'attività dei trapianti in relazione al prelievo di organi: quella dell'esercizio di un diritto da parte del medico, nel momento in cui opera, per il conseguimento della salvezza di una vita umana.

Per tutte le difficoltà giuridiche che ho fin qui ricordato e che ancora oggi non risultano ben definite, si è sempre auspicata, sia in dottrina, sia in giurisprudenza, una legislazione molto specifica sul tema, che possa togliere d'imbarazzo tutti e, quindi, legittimare l'intervento dei medici e giustificare il trapianto anche in relazione al consenso del donatore.

Da qui la necessità della nuova legge, anche se con la legge n. 644 del 1975 sono stati compiuti indiscutibilmente grandi progressi rispetto al passato.

Nel testo unificato approvato dal Senato è stato conservato, per quanto riguarda il consenso, il principio del « consenso presunto » in assenza di contraria disposizione in vita sicuramente accertabile del defunto e, nel contempo, è stato ridotto il ruolo dell'intervento dei familiari a quello di testimoni della volontà del defunto quando essa sia stata chiaramente espressa in vita. Viene tuttavia sancito un obbligo generale per tutti i cittadini a partire dal sedicesimo anno di età di manifestare l'assenso od il dissenso, sempre revocabili, alla donazione di organi o tessuti del proprio corpo successivamente al decesso per prelievo a scopo di trapianto terapeutico. Quest'obbligo sarà reso efficace quando entrerà in vigore il libretto sanitario personale previsto dall'articolo 27 della legge 23 dicembre 1978 n. 833, mentre nel frattempo può essere espresso mediante dichiarazione da annotarsi sulla carta di identità o mediante la sottoscrizione di una tessera presso le associazioni di volontariato per la donazione di organi riconosciute dal Ministero della sanità.

Per quanto riguarda l'accertamento della morte, i criteri di accertamento per arresto cardiocircolatorio e la composizione del collegio medico che lo esegue sono stati mutati per consentire l'incremento del prelievo delle cornee, che possono essere espiantate fino a sei ore dalla morte ed anche a domicilio del donatore. È stato così eliminato l'esame elettroencefalografico e conseguenzialmente la presenza del medico esperto in elettroencefalografia dal collegio peritale. È infatti scientificamente acquisito che la registrazione di un elettrocardiogramma « piatto » per venti minuti consecutivi è garanzia sufficiente per affermare con

certezza non soltanto che l'arresto cardiaco è definitivo, ma anche che una eventuale ripresa della funzione cerebrale è impossibile. Viene altresì abbreviato da dodici a sei ore il periodo di accertamento della morte cerebrale, purché ciò avvenga in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale o di ipotermia indotta artificialmente, nonché di malattie endocrine o metaboliche da accertare clinicamente.

Le sedi per operazioni di trapianto sono individuate esclusivamente presso i presidi ospedalieri, gli istituti universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico appositamente autorizzati dal Ministero della sanità ed inclusi nell'azione programmatica della regione per i trapianti. È stato esplicitamente escluso, nel corso del dibattito svoltosi al Senato, che le operazioni di trapianto possano essere compiute presso ospedali militari senza esplicita autorizzazione del Ministero della sanità.

L'articolo 16 dispone che le attività di trapianto costituiscono « azione programmata ». Secondo il piano sanitario nazionale approvato con legge 23 ottobre 1985, n. 595, « si definisce azione programmata un impegno operativo in uno specifico settore sanitario in cui debba confluire l'attività di più servizi sanitari le cui competenze sono da considerarsi interdipendenti rispetto al fine proposto. Alle azioni programmate sono riservate risorse a destinazione vincolata nell'ambito del fondo sanitario nazionale ».

Le regioni, singolarmente od in accordo fra loro, ricevuta dal Ministero della sanità la comunicazione sui centri di trapianto, promuovono la costituzione di centri regionali od interregionali di riferimento per l'individuazione dei soggetti idonei a ricevere il trapianto di organi. È istituito altresì presso l'Istituto superiore di sanità un centro nazionale di riferimento, con il compito di determinare gli *standards* genetici, biologici e tecnici necessari per stabilire la compatibilità fra soggetti donatori e soggetti riceventi il trapianto, dotato di proprio personale.

Le nuove disposizioni consentiranno e faciliteranno il prelievo delle cornee, di cui esiste un elevato fabbisogno, nella casa del donante. La morte in tal caso – ed anche qui è necessario sottolinearlo – dovrà essere dichiarata da un medico cardiologo che accerti la cessazione dell'attività cardiaca per un periodo minimo di venti minuti almeno, con una innovazione notevole rispetto alla legge attualmente in vigore.

Mi sembra ora giusto un richiamo più specifico alle norme del testo.

L'articolo 5 dà la definizione di morte cerebrale e prevede le condizioni necessarie perché questa sia dichiarata. L'accertamento deve essere effettuato, come ricordato, dopo sei ore, e non più dopo dodici. Le modalità di accertamento sono però determinate con decreto del Ministero della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità.

L'articolo 6 prevede la nuova composizione del collegio medico legale per l'accertamento che è di competenza di un medico legale, di un medico specialista in anestesia o rianimazione, da un neurologo o neurofisiopatologo o neurochirurgo. Il collegio deve decidere all'unanimità sull'accertamento della morte.

L'articolo 8 prende in considerazione le condizioni per i prelievi nei casi di riscontro diagnostico e di operazioni autoptiche.

L'articolo 10 si occupa delle sedi dei prelievi e dei trapianti, mentre l'articolo 12 ricorda che i medici che effettuano prelievi di trapianti devono essere diversi da quelli che hanno accertato la morte.

L'articolo 13 detta disposizioni particolari per i prelievi di cornea e di parti non facilmente deperibili, in luoghi anche diversi da quelli indicati nell'articolo 10, che ho sinteticamente ricordato.

L'articolo 14 prevede norme – come ho già ricordato – sulle sedi e sulle modalità delle operazioni di trapianto, che debbono essere effettuate esclusivamente presso presidi ospedalieri, istituti universitari e case di cura a carattere scientifico autorizzate e che siano stati inclusi nell'azione programmata dalla regione per i trapianti.

L'articolo 16, si occupa specificamente dell'azione programmata delle regioni per i trapianti e della costituzione dei centri regionali o interregionali di riferimento.

L'articolo 17 detta norme sulla composizione e sulle funzioni dei centri di riferimento, mentre l'articolo 18 prende in considerazione il centro nazionale di riferimento ed il registro centrale dei trapianti.

L'articolo 20 istituisce borse di studio – questa norma merita un particolare rilievo – per una migliore preparazione dei sanitari e di altro personale addetto alle strutture autorizzate anche con frequenza di istituzioni straniere.

L'articolo 21 tratta la questione relativa al prelievo ed all'utilizzazione delle ipofisi; in merito provvede il ministro della sanità con proprio decreto, sentite le regioni.

L'articolo 22 prevede norme sulle importazioni ed esportazioni di parti di cadaveri a titolo gratuito per gli usi consentiti dalla legge, mentre l'articolo 24 fa riferimento all'educazione sanitaria per superare in concreto problemi di difficile soluzione in sede legislativa e per fare aumentare, come è giusto, il numero dei donatori con consenso esplicito.

Per quanto riguarda le sanzioni previste dal testo trasmessoci dal Senato, debbo ricordare che sono state abolite le pene detentive, trasformate in pene pecuniarie, per i reati minori che riguardano la violazione di alcune norme relative agli espianti, mentre è penalmente perseguito il commercio di parti del corpo proprio o altrui, come pure il commercio di parti di cadaveri, reati puniti con la reclusione e con la multa. Nell'ultimo caso, se si tratta di persona che esercita la professione sanitaria, alla condanna consegue l'interdizione perpetua dall'esercizio della professione.

L'articolo 28 punisce con la reclusione i casi di inosservanza delle modalità di accertamento della morte, mentre l'articolo 29 prevede la reclusione o la multa, come già previsto dall'articolo 413 del codice penale, per i casi di inosservanza delle disposizioni sul consenso.

L'articolo 30 consente la donazione del proprio corpo per fini didattici e di ricerca, mediante volontà chiaramente espressa in vita.

Dovrei, a questo punto, operare un paragone esplicito tra il disegno e le proposte di legge che sono state poi condensate nell'unico testo pervenutoci dal Senato e le proposte di legge che sono state invece presentate alla Camera da alcuni colleghi deputati. Mi rendo conto però che tale raffronto sarebbe impossibile e noioso, lo rinvio, pertanto, al momento dell'esame delle diverse proposte di legge. Non posso esimermi, però, dal riferimento a due problemi fondamentali: il consenso e la definizione dell'occultamento della morte. Per quanto riguarda il consenso, credo di poter dire che tutte le proposte di legge di iniziativa parlamentare si riferiscono alla tematica del consenso presunto, eccezion fatta per il caso di espresse dichiarazioni di volontà contraria da parte del donatore. Sono quindi proposte che, sia pure con norme esplicitate in maniera diversa, riaffermano il tema nello stesso senso del provvedimento che ci è pervenuto dal Senato. Per ciò che concerne, invece, l'accertamento della morte, tutte le proposte di legge forniscono la definizione della morte cerebrale con condizioni quasi identiche. In sostanza, per l'accertamento della morte, eccettuato il provvedimento n. 1447, esse dettano norme simili. Come il disegno di legge del Governo prevede che l'accertamento della morte sia operato in una determinata maniera, così fanno le proposte di legge. Debbo ricordare che queste prevedono che l'accertamento debba prolungarsi per dodici ore e non per sei. Probabilmente, tali proposte non hanno potuto tener conto delle modificazioni apportate dal Senato alla vecchia normativa.

La proposta di legge n. 1447 che, sul problema dell'accertamento della morte, si differenzia dalle altre, presentata dall'onorevole Pastore ed altri colleghi del gruppo comunista, all'articolo 3 dispone specificamente che l'accertamento della morte deve essere espressamente demandato alla scienza ed alla coscienza dei

medici chiamati ad esprimersi, prevedendo esplicitamente che « il prelievo è possibile soltato allorquando un collegio di tre medici, abilitati all'esercizio della professione e designati dalla struttura sanitaria in cui è avvenuto il decesso, ha accertato lo stato di morte sopravvenuta ». È sul medico che deve ricadere interamente la responsabilità dell'accertamento del decesso.

La proposta di legge citata non specifica le condizioni dell'accertamento, che invece sono enunciate nel testo unico pervenutoci dal Senato, nonché le altre proposte di legge di iniziativa parlamentare che ho gia ricordato.

Prima di concludere mi scuso con i colleghi se il mio intervento non è stato breve. Avrei dovuto affrontate tante altre questioni che mi riservo di proporre nel corso del dibattito.

Ecco, dunque, la mia considerazione conclusiva: a mio giudizio, il testo unificato, approvato dal Senato, costituisce un notevole miglioramento dell'attuale normativa.

E ritengo doveroso, prima di finire, esprimere parere positivo sul lavoro compiuto dalla Commissione sanità del Senato, che ha dimostrato particolare attenzione e profonda sensibilità nell'affrontare la materia in esame. La nostra Commissione, tuttavia, potrà valutare autonomamente eventuali ulteriori modifiche per rendere la normativa ancora più rispondente alle esigenze ed alle varie istanze che stanno emergendo nel nostro paese.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE DELLA XIV COMMISSIONE

MARIO CASALINUOVO

PRESIDENTE. L'onorevole Riz, relatore per la IV Commissione, ha facoltà di svolgere la relazione.

ROLAND RIZ, *Relatore per la IV Commissione.* Quale relatore per la Commissione Giustizia esaminerò solamente i problemi giuridici che sorgono in ordine al disegno di legge al nostro esame, approvato il 10 luglio 1985 dalla XII Commissione permanente Igiene e sanità del Senato.

La prima questione che ha rilevanza per la Commissione giustizia riguarda il « consenso » al prelievo di tessuti ed organi da cadavere. Nel testo approvato dal Senato si prescinde dal consenso dell'avente diritto, prevedendo che per i cadaveri non sottoposti a riscontro diagnostico o ad operazioni autoptiche ordinate dall'autorità giudiziaria, il prelievo da cadavere è ammesso quando in vita il soggetto non abbia esplicitamente negato il proprio assenso. Non si richiede quindi il consenso della persona che dopo la morte subisce il prelievo, bastando che essa non abbia espressamente dissentito. Questo diritto di prelevare organi e tessuti dal cadavere di persone decedute senza il preventivo consenso dell'interessato ha destato perplessità e qualche voce di dissenso. In realtà però si tratta di una scelta che si allinea all'orientamento seguito dalla maggior parte dei paesi europei (Gran Bretagna, *The human tissue Act 1961,* articolo 1; Danimarca, articolo 3 della legge 9 giugno 1967, n. 246 sui prelievi anatomici con fine terapeutico o scientifico; Norvegia, articolo 2 della legge 9 febbraio 1973, n. 6 sui trapianti, sull'autopsia clinica e sulla donazione di organi; Svezia, articolo 7 della legge 15 maggio 1975, n. 190 sui trapianti; Francia, articolo 2 della legge 22 dicembre 1976, n. 76-1181 sul prelievo di organi; Spagna, articolo 5 della legge 27 ottobre 1979, n. 30 sul prelievo e trapianto di organi).

Non solo, ma questo orientamento ha trovato accoglimento anche nella risoluzione 11 maggio 1978 n. 29 del Consiglio d'Europa (articolo 10, secondo comma: « In mancanza di una volontà del defunto manifestata esplicitamente o implicitamente il prelievo può essere effettuato. Tuttavia uno Stato può decidere che il prelievo non debba aver luogo se, dopo una indagine appropriata, tenuto conto della circostanza, volta a determinare l'opinione della famiglia del defunto e, nel caso che il sopravissuto sia giuridica-

mente incapace, quella del suo rappresentante legale, si manifesti una opposizione; il consenso del rappresentante legale può essere ugualmente richiesto quando il defunto era giuridicamente incapace »).

Aggiungiamo che la soluzione adottata dal Senato è giustificata anche sotto un profilo costituzionale. In effetti, riteniamo che nel disciplinare questa materia il legislatore non debba trovare ostacoli di indole costituzionale, dato che il prelievo riguarda le parti di un « cadavere » e quindi la legge che regola la disponibilità del bene giuridico non deve fermarsi davanti a quei contenuti e limiti costituzionali che tutelano « la vita », che stabiliscono la inviolabilità dell'integrità fisica della persona umana e che garantiscono la salute individuale e collettiva (articolo 32 della Costituzione).

La scelta fatta dal disegno di legge al nostro esame, approvato dalla Commissione sanità del Senato, merita quindi su questo punto conferma e non ci sembra che abbiano pregio le osservazioni espresse in senso contrario dalla Commissione giustizia del Senato nel suo parere negativo del 17 aprile 1984 e da una parte della dottrina.

Dal dibattito tenutosi al Senato e dalla discussione svoltasi nella Commissione permanente igiene e sanità della Camera, rileviamo che erroneamente si sostiene che il prelievo di organi e tessuti da cadavere sarebbe giustificato da « consenso presunto ». In realtà non si tratta di trovare cause di giustificazione: quando la legge prevede che il fatto è lecito, l'azione od omissione non hanno bisogno di essere giustificate dal consenso dell'avente diritto (reale o presunto) o da altre cause di liceità.

La terza questione riguarda le ipotesi in cui l'avente diritto abbia espresso « dissenso » al prelievo di organi e tessuti *post mortem* dal suo cadavere.

Nel testo del Senato è previsto che l'eventuale dissenso dovrà essere espresso e documentato sul libretto personale sanitario previsto dall'articolo 27 della legge n. 833 del 1978; e, fino all'istituzione di tale libretto, mediante annotazione sulla carta d'identità o mediante dichiarazione scritta resa dinanzi ad un notaio, ovvero con dichiarazione resa ad un sanitario responsabile o a chi ne fa le veci nel presidio ospedaliero (articolo 2, secondo comma).

Poiché tutti sanno che a sette anni di distanza dalla previsione legislativa il libretto sanitario non è stato ancora istituito (ed è facile prevedere che non lo sarà nemmeno nei prossimi anni) tale previsione appare del tutto fuori dalla realtà. Ma anche se fosse già stato istituito su scala nazionale il libretto sanitario, la soluzione adottata dal Senato non sarebbe operante, poiché tale libretto non si troverà necessariamente nelle tasche del cittadino all'atto del ricovero d'urgenza in sala di rianimazione. Conseguentemente non si avrà quasi mai la certezza che il paziente abbia espresso il suo « dissenso », con la conseguenza che il sanitario sarà quasi sempre libero di procedere al prelievo.

Di questo fatto si è resa conto anche la Commissione sanità del Senato, la quale però, anziché eliminare l'incertezza legislativa, prescrivendo adeguati strumenti per dare al sanitario la certezza se sia stato espresso dissenso, ha preferito consentire in tutti i casi di incertezza il prelievo. In sostanza il legislatore è venuto implicitamente a sfruttare l'incertezza della norma e l'imprecisione legislativa.

Dice a questo proposito il disegno di legge al nostro esame che « gli elementi documentativi comprovanti l'avvenuta manifestazione di volontà di cui ai commi 2 e 3 devono essere esibiti al sanitario che esegue il prelievo nei tempi previsti dalla presente legge per l'accertamento della morte » (articolo 2, comma 4), e che « in caso di mancata esibizione degli elementi documentativi di cui al comma 4, il sanitario può procedere al prelievo » (articolo 2, comma 5).

In questo punto la previsione normativa è però in aperto contrasto con la citata risoluzione del Consiglio d'Europa n. 29 dell'11 maggio 1978 nella parte in cui prevede che « nessun prelievo deve

essere effettuato quando vi sia una opposizione manifesta del defunto ».

Inoltre, è in contrasto con quel principio non scritto, ma da tutti rispettato, secondo il quale va comunque osservata la volontà espressa in vita dal defunto per quanto riguarda il suo corpo *post mortem* e i crismi della sua sepoltura.

Per ovviare a questi inconvenienti riteniamo necessario rendere apparente e visibile la dichiarazione del cittadino. A questo scopo sembra necessario introdurre un emendamento sostitutivo all'articolo 2, comma 2, prevedendo che « ad ogni richiesta di rilascio o di rinnovo della carta d'identità il cittadino deve esprimere l'assenso o il dissenso al prelievo mediante dichiarazione agli uffici del Comune di residenza, che ne faranno annotazione sulla carta d'identità e sulla patente di guida. Se il cittadino intende modificare tale sua dichiarazione prima della scadenza, il rinnovo della carta d'identità o della patente di guida è eseguito a sue spese ».

Solo seguendo questa strada il sanitario potrà avere un'ampia possibilità di verifica, accertando già all'atto del ricovero se sia stato espresso o meno dissenso al prelievo di organi e tessuti.

Seguendo questa strada tutta la normativa sui prelievi da cadavere, che – inutile nasconderlo – desta alcune perplessità e qualche fondata preoccupazione, sarà più favorevolmente accolta.

La quarta questione, cui ha già fatto riferimento l'onorevole Casalinuovo, inerisce « all'età » prevista per prestare valido consenso al prelievo.

Secondo il testo al nostro esame (articolo 2, comma 1), il diritto di consentire o di dissentire al prelievo a scopo di trapianto terapeutico spetta al cittadino a partire dal sedicesimo anno di età.

È facile intuire la ragione pratica che ha indotto il Senato a tale scelta. L'alta incidenza di infortuni stradali fra le persone giovani è rilevante, per cui alta è la percentuale di ricovero in sala di rianimazione di queste persone.

Per giunta questi ragazzi sono portatori di organi giovani, quindi più idonei al trapianto e all'inserimento nelle banche di organi.

Non altrettanto facile è capire questa soluzione sotto il profilo giuridico. In effetti non si comprendono le ragioni per cui il Senato abbia creato per l'istituto del prelievo una terza età diversa da quella dei 18 anni, prevista in sede civile per la capacità di agire (articolo 2 del codice civile) o dei quattordici anni, valida in sede penale per prestare la causa di giustificazione del consenso dell'avente diritto (articolo 50 del codice penale).

Le perplessità si accentuano se si pensa che nel testo approvato dal Senato si fa richiamo all'istituto della rappresentanza legale, fissando un'età diversa da quella per cui è normalmente prescritta: in effetti, in tale testo è previsto che solamente per le persone che non hanno raggiunto l'età di 16 anni debba essere raccolta la manifestazione di assenso o dissenso dei rispettivi rappresentanti legali (articolo 2, comma 7).

La quinta questione, estremamente delicata ed importante, è quella di stabilire il « punto di morte » che, sia per i suoi riflessi nell'ambito del diritto (effetti della premorienza nella successione, effetti in tema di filiazione, eccetera) sia per la salvaguardia del principio che la vita va difesa fino alla morte, è un elemento che ha rilevanza preminentemente giuridica. Lo diventa a maggior ragione in tema di trapianti, se si tiene conto che solo dopo la morte del soggetto la legge consente il prelievo di tessuti ed organi umani a scopo di trapianto terapeutico (eccezion fatta per l'encefalo e le ghiandole genitali); mentre prima della morte essa li vieta (eccezion fatta per il prelievo di un rene).

Questa contrapposizione fra « lecito » ed « illecito » fa sorgere il grosso problema di una univoca regolamentazione normativa del punto in cui si passa dalla vita alla morte. Anzitutto, va notato che nel testo varato dal Senato si nota una notevole semplificazione nel metodo ed abbreviazione nei termini di accertamento della morte in confronto alla regolamentazione fin qui seguita.

Il punto chiave che interessa la Commissione giustizia è quello di vedere disciplinati in maniera uniforme e chiara i termini e le metodiche di accertamento della morte.

Se diciamo questo è a ragion veduta, perché emerge un certo contrasto fra coloro che vogliono rendere più tempestivo il prelievo di organi (iniziative legislative che disciplinano i trapianti di organo), coloro che vogliono disciplinare la rianimazione, cercando attraverso tecniche sempre più avanzate e sofisticate di procrastinare il punto di morte (iniziative legislative sulla rianimazione e sulla salvaguardia della vita umana) ed infine coloro che cercano di regolamentare legislativamente l'interruzione delle meccaniche e degli interventi rianimativi (iniziative legislative sull'eutanasia). Questi i 3 gruppi di proposte all'esame del Parlamento.

Abbiamo avuto più volte occasione di sostenere che l'esigenza di una disciplina legislativa unitaria emerge anche dalla considerazione che l'accertamento della morte di persone destinate a subire l'interruzione delle tecniche di rianimazione, indipendentemente dal fatto che esse debbano subire o meno un prelievo a fini di trapianto terapeutico, deve essere, nell'ambito del diritto, unica, certa e non differenziata: in sostanza cioè l'accertamento della morte deve essere uguale per tutti. Anzi, proprio in materia di trapianti bisognerebbe stare attenti a non lasciare margini di valutazioni soggettive da parte del medico. Infatti, non bisogna dimenticare che di fatto sussiste un conflitto di interesse fra coloro (ricevente e chirurgo) che hanno bisogno con necessità ed urgenza dell'organo per eseguire un trapianto e il donatore che ha interesse a non subire l'interruzione delle tecniche rianimative o l'interruzione delle apparecchiature meccaniche o artificiali che servono a sostenere, riattivare o sostituire la naturale funzione vitale.

Questa conflittualità si ripercuote poi su tutta la collettività che si dibatte fra la scelta di una strada che garantisca al massimo la salvaguardia della salute e della vita e quella di dare il più largo corso possibile al progresso della scienza medica.

Tale situazione conflittuale era stata tenuta presente già nei lavori preparatori della legge 2 dicembre 1975, n. 644, tanto è vero che nella relazione alla Camera dei Deputati era stato detto, in modo succinto e chiaro, che nella esecuzione di trapianti d'organo si ha « bisogno di organi vivi, da individui sicuramente morti, per dar vita ad individui altrimenti destinati a morire », mettendosi così in evidenza il contrasto di interessi che la legge deve disciplinare.

Positivo nel testo del Senato è il fatto che in conformità a quanto già disponeva la legge 2 dicembre 1975, n. 644, nella metodica di accertamento della morte è stabilito un momento certo in cui si considera avvenuto il trapasso e sono fissate le modalità e i termini « dopo » i quali è consentito far cessare la rianimazione ed eseguire il prelievo.

Anche nel nuovo testo, quindi, si cerca di ovviare alla possibilità che il momento della morte possa essere anticipato o trascinato (data di morte anticipata o ritardata), o che il formale accertamento della morte possa essere fatto dipendere da valutazioni soggettive non corrispondenti alla realtà (data di morte manovrata). Infatti, stabilendo il momento della interruzione delle pratiche di rianimazione per le lesioni cerebrali primitive subite, viene a cadere il sia pur minimo sospetto che si sia tentato di manovrare la vita per prolungare la funzionalità e la disponibilità dell'organo destinato al trapianto o per ragioni diverse.

Va da sé che, quando la legge stabilisce un punto fermo quale momento di decesso, l'attività del sanitario dopo la dichiarazione di morte non ha più la funzione della rianimazione, ma è limitata a mantenere irrigati e funzionanti determinati organi di un morto per prolungare l'efficienza al trapianto delle parti di un cadavere.

Va da sé, inoltre, che una volta stabilito con l'emananda legge il momento e il metodo per sospendere la pratiche di ria-

nimazione, questa soluzione sarà valida non solo ai fini del trapianto, ma anche ad ogni altro fine. In effetti non sarebbe immaginabile considerare clinicamente morta una persona per prelevare dal suo cadavere organi e tessuti e nel contempo considerarla viva ad altri effetti. Ci rifacciamo a tutta quella, per noi giusta, critica che si era accesa nei confronti della proposta di legge Fortuna sull'eutanasia (n. 2405) che, all'articolo 5, prevede in determinate condizioni la possibilità di interrompere il trattamento di rianimazione.

Sembra che nessuno si avveda che qui si risolve pure la relativa problematica dell'eutanasia essendo evidente che, fissando tempi e modi per interrompere le pratiche di rianimazione ai fini del prelievo, ciò vale anche per tutte le altre finalità.

In altre parole, con l'approvazione del presente disegno di legge la morte per lesione cerebrale sarà accertata dopo un periodo di sei ore di coma profondo con i requisiti previsti dall'articolo 5 e quindi, di norma, trascorso tale periodo cesseranno gli interventi di rianimazione, indipendentemente dal fatto se il soggetto debba subire o meno un prelievo a fine di trapianto.

La sesta questione riguarda le sanzioni amministrative previste dall'articolo 25 e quelle penali previste dall'articolo 28 del testo approvato dal Senato.

Per quanto riguarda l'articolo 25 è opportuno indicare le prescrizioni alle quali tale norma fa riferimento e richiamare espressamente gli articoli 3, 9, 10, 11, 14, 15 e 22. Ciò al fine di evitare incertezze sul campo di applicazione della sanzione amministrativa stessa. Per quanto riguarda, invece, la sanzione penale prevista dall'articolo 28 deve essere precisato che tale disposizione si riferisce alle sole irregolarità formali e non anche ad eventuali interventi dolosi o colposi che provochino la morte del soggetto che subisce il prelievo.

La settima questione inerisce al consenso del ricevente. Per quanto riguarda la disciplina vigente relativa al consenso del paziente che subisce il trapianto, va rilevato che la giustificazione del trapianto presuppone la preliminare acquisizione del consenso del ricevente, quando esso sia in grado di prestarlo validamente. Diversamente, quando il ricevente non sia in grado di prestare il consenso, il medico potrà intervenire solo quando sussistàno i presupposti dello stato di necessità.

Quid iuris però se il ricevente dovesse espressamente « dissentire » ? In tal caso il medico potrà eseguire il trapianto solamente nei ristretti limiti del soccorso di necessità (trasfusione di sangue, innesto di tessuto a persona in pericolo di vita, eccetera), mentre dovrà desistere da ogni altro trapianto ancorché terapeuticamente indicato ed opportuno.

Trovano quindi applicazione le stesse cause di giustificazione che condizionano la liceità di ogni altro trattamento medico. Così pure valgono gli stessi presupposti (in ordine all'età, alla capacità, eccetera) che sono previsti per il consenso in genere.

Si noti che nella legislazione vigente il consenso del ricevente o lo stato di necessità sono espressamente richiamati quali cause di giustificazione della legge che disciplina il trapianto del rene (legge 26 giugno 1967, n. 458), la quale, all'articolo 4, dispone che il trapianto « destinato ad un determinato paziente non può aver luogo senza il consenso di questo o in assenza di uno stato di necessità ». Una tale disposizioone dovrebbe essere, forse, inserita nella normativa al nostro esame.

L'ottava questione riguarda l'oggetto del prelievo. In particolare, si discute sull'estensione della disciplina al nostro esame al prelievo del sangue dal corpo della persona dichiarata clinicamente morta. La critica – per evidenziare il problema – si è servita della notizia che in un certo paese, per avere plasma sanguigno da destinare ai soldati al fronte, si è proceduto al dissanguamento di detenuti politici giustiziati con questo orrendo metodo di condanna a morte.

È bene osservare subito che nella disciplina legislativa al nostro esame non si

tratta di persone viventi ma di cadaveri. E se realmente si tratta di cadaveri ci sembra che sotto il profilo delle conseguenze, e cioè degli effetti reali dell'intervento, non faccia differenza prelevare il cuore o altro organo o tessuto ovvero il sangue della persona dichiarata clinicamente morta, per cui una estensione della normativa in questa direzione non modificherebbe la sostanza della questione. Basta avere la certezza che sia intervenuta realmente la morte, altrimenti il prelievo del sangue, come quello di organi o tessuti, costituirebbe prelievo da persona ancora in vita, anziché da cadavere. E ciò sarebbe grave. Ma qui si investe tutto il problema di fondo: stabilire il momento in cui realmente si è avuto il trapasso irreversibile.

Propongo, in conclusione, che sia scelto come testo-base per la discussione il progetto di legge n. 3068, approvato in sede deliberante dalla Commissione sanità del Senato.

PRESIDENTE. Pongo in votazione la proposta del relatore Riz.

(È approvata).

Per quanto riguarda l'eventuale nomina di un comitato ristretto, ricordo che si era pensato di procedere alla sua costituzione poiché sentivamo la necessità di dare luogo ad alcune audizioni. Tuttavia, almeno a mio giudizio, non vi sono motivi perché si proceda ora alla nomina di un comitato ristretto da parte delle Commissioni riunite: ritengo che possiamo senz'altro proseguire nell'esame e nella discussione della proposta di legge n. 3068, approvata in sede deliberante dalla Commissione sanità del Senato, dando per acquisiti i risultati delle audizioni che in materia ha tenuto la Commissione sanità della Camera.

ADRIANA CECI BONIFAZI. Mi rendo conto dei problemi cui ha fatto riferimento poc'anzi il relatore Riz e penso sia più opportuno che le Commissioni giustizia e sanità proseguano l'esame della proposta di legge in oggetto senza procedere alla nomina di un comitato ristretto. Desidero, comunque, sottolineare l'esigenza che si mantenga una sede per l'approfondimento di alcuni temi più strettamente sanitari emersi nel corso di audizioni tenute dalla Commissione sanità della Camera.

FRANCESCO MACIS. Ritengo sia senz'altro opportuno fare salvo il lavoro già svolto in Commissione sanità. Mi auguro, anzi, che si possa procedere ad una rapida discussione sulle linee generali, tenendo in giusto conto le considerazioni e le osservazioni contenute nella relazione del presidente Riz.

Quanto all'eventualità della nomina del comitato ristretto penso che essa potrebbe essere accolta unicamente se ciò fosse veramente utile all'accelerazione dei lavori delle Commissioni riunite.

LUIGI DINO FELISETTI. Con riferimento all'esigenza che ha poc'anzi sottolineato l'onorevole Ceci Bonifazi, ritengo che un'alternativa proponibile sia configurabile soltanto tra la nomina di un comitato ristretto e il lavoro di un comitato informale.

CLAUDIO PONTELLO. Condivido le osservazioni testé formulate dall'onorevole Felisetti.

PRESIDENTE. Con il presidente della IV Commissione, onorevole Riz, ho compiuto una valutazione di ordine generale ritenendo senz'altro opportuno che le Commissioni possano proseguire più celermente – come ho già detto – la discussione della proposta di legge n. 3068 senza procedere alla nomina del comitato ristretto.

MICHELE CIFARELLI. Concordo sulla proposta dei presidenti delle due Commissioni di non procedere alla nomina del comitato ristretto.

ALDO RIZZO. Mi auguro che l'*iter* legislativo del provvedimento di legge sia il

più celere possibile, d'altra parte i punti nodali e gli aspetti più salienti sono ormai ben delineati anche se fortemente problematici. Ciò detto, anch'io concordo sulla proposta di non procedere alla nomina del comitato ristretto.

PRESIDENTE. Sta bene. A questo punto, penso che si possa senz'altro prendere atto che sia opportuno non procedere alla costituzione del comitato ristretto e che le Commissioni giustizia e sanità tornino a riunirsi il prossimo 3 luglio alle 9,30, con all' ordine del giorno la discussione delle proposte in materia di trapianto d'organo, di ordinamento della professione di psicologo, di tossicodipendenza.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

La seduta termina alle 10,30.

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO
DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
DOTT. TEODOSIO ZOTTA

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO