

# CAMERA DEI DEPUTATI

N. 922

## DISEGNO DI LEGGE

PRESENTATO DAL MINISTRO DELLA SANITÀ  
(GASPARI)

DI CONCERTO COL MINISTRO DI GRAZIA E GIUSTIZIA  
(GONELLA)

### Disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico

Seduta dell'11 ottobre 1972

ONOREVOLI COLLEGHI! — L'esigenza di aggiornare la disciplina vigente in tema di prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico è stata avvertita dal Ministero della sanità il quale a seguito di un voto del Consiglio superiore di sanità del 3 giugno 1970 ha promosso, d'intesa con il Ministero di grazia e giustizia, una apposita Commissione di studio, ed il presente disegno di legge riflette i lavori della citata Commissione ed il parere del Consiglio superiore stesso che su tali lavori ha espresso il suo avviso nella seduta del 28 maggio 1971 della III Sezione.

Il primo fondamentale problema è quello dell'accertamento della morte.

Il concetto di morte non può facilmente sottrarsi al mistero che circonda la vita e che investe il fenomeno vitale dall'inizio alla cessazione. Ed è in sostanza l'ombra di questo mistero a rendere ardua la definizione della morte, almeno sotto un profilo astratto: il biologo puro non trova di certo facile indicare

il momento in cui si arresta la vita e comincia la morte. Tuttavia la scienza medica non può rinunciare al suo compito indeclinabile di individuare siffatto momento portando il suo esame su quelle varie e coordinate attività dei tessuti e degli organi, su quelle funzioni collettive e interdipendenti, che in definitiva sono le manifestazioni della vita.

Partendo da questa premessa la scienza medica ha ravvisato nell'interdipendenza tra le funzioni dei tre sistemi principali, il sistema nervoso, il sistema respiratorio, il sistema circolatorio la *condicio sine qua non* della vita; infatti l'arresto durevole di una sola di tali funzioni determina inevitabilmente l'arresto anche delle altre. Ed essendosi constatato che generalmente si arresta per ultima la funzione cardiaca, si è pervenuti al convenzionale precetto che la morte coincide con l'arresto dei battiti cardiaci.

In questo senso si suole parlare di morte cardiaca, in contrapposto a « morte cerebra-

le », cioè ad arresto dell'attività cerebrale. Ma in realtà il concetto di morte è unico, pur potendo variare, ed essendo variato, col progredire della scienza e della tecnica, il metodo di accertamento della morte stessa, pur essendo ormai possibile esperire con notevole anticipo tale accertamento.

Chiaro è pertanto che lo stabilire se si sia verificata la morte rientra nella esclusiva competenza del medico, il quale dovrà agire secondo scienza e coscienza e dovrà esprimere il suo giudizio dopo aver portato l'esame su tutte le funzioni fondamentali e interdipendenti del corpo umano: la cessazione dell'attività cerebrale, la cessazione della respirazione, lo stesso arresto del battito del cuore non sarebbero, da soli, elementi sufficienti per la diagnosi di morte.

Il diritto ovviamente non può non prendere atto del giudizio espresso dal medico e riconoscere ad esso piena efficacia.

Fermo il principio che il concetto di morte è unico, un particolare aspetto del problema dell'accertamento della morte si è imposto alla scienza medica: l'accertamento della morte in soggetti affetti da lesioni cerebrali primitive e sottoposti a rianimazione prolungata. L'aspetto del problema citato è molto rigorosamente delimitato: deve trattarsi, innanzi tutto, di soggetti che abbiano riportato lesioni cerebrali primitive, con esclusione quindi di tutti quei soggetti affetti da lesioni encefaliche secondarie; deve trattarsi di soggetti sottoposti alla tecnica della rianimazione, di soggetti cioè nei quali, attraverso mezzi artificiali, si mantengono attive le funzioni necessarie alla vita.

L'esposto aspetto del problema è stato affrontato dal Consiglio superiore di sanità in maniera assai approfondita; a seguito dell'esauriente dibattito, sulla scorta di dati scientifici assolutamente univoci e universalmente accettati, anche dall'Organizzazione mondiale di sanità, senza alcuna obiezione e riserva, è emerso che la contemporanea presenza di quei parametri che sono stati recepiti dal decreto del Ministro della sanità 9 gennaio 1970 consente la formulazione di una sicura diagnosi di morte.

È bene però evitare un facile malinteso nel quale il profano spesso incorre, che cioè i parametri sopra ricordati si risolvano nell'accertamento dell'inattività cerebrale e quindi nella possibilità di diagnosticare la cosiddetta morte cerebrale. Ancora una volta è da sottolineare che non è stato escogitato un modo diverso di considerare e di valutare lo stato di morte; che non è l'inattività cere-

brale, da sola, a consentire la diagnosi di morte; ma che questa diagnosi è possibile, è lecita, è scientificamente e moralmente sicura in presenza di tutti i parametri, che vanno dallo stato di coma profondo all'atonìa muscolare, dalla midriasi paralitica all'ariflessia tendinea.

Quando ricorrono tutti i parametri di cui sopra, bene può dirsi che ci si trova di fronte ad « un cadavere col cuore pulsante », ma pur sempre ad un cadavere. In questo caso quello che si ottiene con la rianimazione non è sopravvivenza, ma mantenimento artificiale di alcune funzioni vitali in un soggetto già morto.

Il motivo per cui si ricorre a questo accertamento tempestivo di morte, quando beninteso ne ricorrono i rigorosi elementi di cui si è parlato, è intimamente legato alla tecnica del trapianto: è noto, infatti, che le probabilità del successo del trapianto aumentano in modo inversamente proporzionale al periodo temporale « prelievo-trapianto » ed anzi, superati determinati limiti, il trapianto non è più tecnicamente possibile. Non solo, ma gli organi da trapiantare, al momento del prelievo, debbono presentare quella sufficiente irrorazione di sangue che nei cadaveri può essere assicurata solo in modo artificiale.

Il problema della diagnosi di morte precoce, nei casi e alle condizioni di cui si è trattato, non dà luogo, sul piano medico, ad alcuna perplessità o ad alcuna riserva; il soggetto, cioè, che presenta quei determinati parametri ai quali si è fatto riferimento, è sicuramente morto; i processi disgregatori dell'organismo sono irreversibili; non esiste alcuna possibilità, neppure remota, che in qualche caso si verifichi una ripresa delle funzioni vitali. In altre parole, la diagnosi di morte, in questi casi, ha sempre, senza eccezioni, carattere di certezza sul piano medico e quindi sul piano morale.

Ma se il problema della diagnosi precoce di morte è risolto nel campo della medicina, se è pacifico che il diritto non può non recepire i criteri che sono alla base di tale diagnosi e che, come si è visto, non danno luogo a perplessità o riserve di natura tecnica, nel campo giuridico dei problemi di notevole gravità sussistono e il presente provvedimento intende appunto offrirne una valida soluzione.

Il primo problema è quello dello strumento normativo, che deve contenere, elencandoli in modo rigido, i cosiddetti para-

metri la cui coesistenza autorizza la diagnosi precoce di morte.

Più concretamente, si pone il problema se all'uopo sia sufficiente un decreto ministeriale, quale quello del Ministro della sanità 9 gennaio 1970 che attualmente regola la materia.

La risposta conclude per l'idoneità a tal fine del provvedimento ministeriale e per la necessità di un provvedimento legislativo in senso formale.

Invero esistono due tendenze. La prima afferma che la diagnosi precoce di morte riguarda soggetti o, se si vuole, cadaveri a cuore pulsante, se pure pulsante per l'intervento di una macchina. La semplice presenza di un cadavere a cuore pulsante esige che l'accertamento della morte sia espletato nell'assoluto rispetto di norme rigide, inderogabili, precise, aventi valore primario; e ciò sia ai fini della responsabilità del medico che alla diagnosi procede, sia per la tranquillità dei familiari del soggetto sul quale l'accertamento viene espletato; sia, più in generale, per soddisfare alle esigenze etiche del corpo sociale al quale deve essere garantito che la diagnosi precoce di morte viene espletata nel pieno rispetto di determinate norme tecniche, universalmente accettate, non invalidate da eccezioni di sorta, tanto da essere state adottate dal legislatore nel più solenne e formale dei suoi atti. Per la sua particolare delicatezza la diagnosi precoce di morte, se non circondata dalle massime garanzie, potrebbe violare il primo e fondamentale diritto dell'uomo, il diritto alla vita o potrebbe lasciare adito al dubbio che tale diritto sia esposto a pericoli od attentati; e quindi il rigore, anche formale, in questa materia, è giustificato ed anzi doveroso.

La seconda sostiene invece la idoneità del decreto ministeriale a prevedere i parametri, sulla base delle argomentazioni adottate dal Consiglio superiore di sanità (seduta del 18 luglio 1969): sarebbe difficile introdurre in una legge una serie di parametri fatalmente destinati ad essere superati dalle nuove acquisizioni scientifiche; mentre il provvedimento ministeriale, strumento normativo assai più agile, consentirebbe di recepire i nuovi criteri che la scienza e la tecnica, nel loro incalzante progresso, man mano potrebbero indicare.

La soluzione adottata dal presente disegno di legge accoglie la prima tendenza, nella considerazione che se davvero la scienza dovesse fare ulteriori progressi, si modificherebbe

la legge, anche se la modifica della legge si realizza in modo più lento; e può aggiungersi che acquisizioni scientifiche in questo settore non sono, almeno per il momento, facilmente prevedibili.

Ma un altro decisivo motivo ha consigliato nella scelta, come strumento normativo, della legge in senso formale: la necessità di stabilire, senza possibilità di equivoci, il momento della morte. Sempre aderendo alle acquisizioni scientifiche ed anzi recependole, tale momento è stato indicato nell'inizio della coesistenza dei parametri.

Il controllo poi della ininterrotta presenza dei parametri per un periodo di almeno 24 ore, in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale e di condizioni di ipotermia, si pone, difatti, sempre sulla base delle acquisizioni scientifiche sopra ricordate, sullo stesso piano dell'osservazione del cadavere secondo le norme di polizia mortuaria.

L'aver recepito nel provvedimento siffatto principio consente di fissare il momento della morte all'ora zero, e non all'ora 24 e tanto meno in un momento successivo, quando venga staccato il respiratore. Non occorrono molte parole per dimostrare l'importanza pratica dell'esposto principio, specialmente in determinati settori del diritto, come per esempio quello delle successioni. Né è inutile ancora una volta sottolineare il fatto che il disinserimento o l'arresto del respiratore automatico non è un problema che riguarda una persona vivente, ma un problema che riguarda un cadavere, sia pure con cuore pulsante.

L'attesa di 24 ore, in altre parole, è una misura prudenziale, di copertura, non è essa stessa un parametro per l'accertamento della morte; essa ha solo funzione di garanzia, di cautela, come l'osservazione nella camera mortuaria.

Passando all'esame dei singoli parametri che sono elencati nell'articolo 3, deve osservarsi che essi sono sostanzialmente uguali a quelli contenuti nel decreto ministeriale 9 gennaio 1970.

C'è solo da aggiungere che per quanto riguarda la rilevazione della attività elettrica cerebrale, il Consiglio superiore di sanità, appositamente interpellato, ha espresso l'avviso che debba ritenersi valida e sufficiente, ai fini della diagnosi di morte ed in unione agli altri segni obiettivi contenuti nell'articolo 3, la registrazione dell'elettroencefalogramma non già « continua », ma effettua-

limitatamente a periodi di registrazione di 30 minuti primi, ripetuti ogni 4 ore, durante le 24 ore di osservazione.

Risolto il grave e delicato problema dell'accertamento precoce della morte, che costituisce il presupposto per la possibilità tecnica e giuridica del prelievo e del trapianto, occorre risolvere un problema di non minore difficoltà: il problema, cioè, delle necessità o meno, ai fini del prelievo, del consenso del soggetto o, in mancanza, dei familiari.

La precedente disciplina della materia, dettata nell'articolo 1 della legge 3 aprile 1957, n. 235 consentiva il prelievo se il soggetto ne avesse dato autorizzazione; in mancanza di disposizione diretta della persona, il prelievo era consentito qualora non vi fosse opposizione da parte del coniuge o dei parenti entro il secondo grado. Ma tale disciplina è stata profondamente innovata dall'articolo 1 della legge 2 aprile 1968, n. 519, per cui il prelievo è consentito su tutti i deceduti sottoposti a riscontro diagnostico a norma dell'articolo 1 della legge 1° febbraio 1961, n. 83, a meno che l'estinto non abbia disposto contrariamente in vita, in maniera non equivoca. È bene ricordare che la legge 1° febbraio 1961, n. 83 impone il riscontro diagnostico sui cadaveri delle persone decedute senza assistenza sanitaria, trasportati ad un ospedale, ad un deposito o a un obitorio e sui cadaveri delle persone decedute negli ospedali civili e militari, nelle cliniche universitarie e negli istituti di cura privati quando i rispettivi direttori, primari o curanti lo dispongano per il controllo delle diagnosi e per il chiarimento di quesiti clinico-scientifici. Inoltre il medico provinciale può disporre il riscontro diagnostico anche sui cadaveri delle persone decedute a domicilio quando la morte sia dovuta a malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, o a richiesta del medico curante quando sussiste il dubbio sulle cause della morte.

Sostanzialmente quindi, secondo la vigente disciplina, il prelievo è consentito in difetto di dissenso espresso dal soggetto, quando si tratti di cadavere che deve o può essere sottoposto a riscontro diagnostico; mentre non è richiesta alcuna autorizzazione da parte del coniuge e dei parenti.

Occorre, peraltro, rilevare come, se si vuole conferire alla volontà del soggetto un ruolo effettivo e concreto, non deve essere ammesso il prelievo in mancanza di una manifestazione di essa, manifestazione che ovviamente non può ravvisarsi nella mancanza di un esplicito dissenso.

E questa posizione è conforme alla prevalente dottrina secondo cui del cadavere si può disporre, con effetto futuro, come è ovvio, da parte della stessa persona.

D'altra parte, c'è chi ritiene come il principio che la persona possa disporre, con effetto futuro, del cadavere porta alla conseguenza che il prelievo è senz'altro precluso dalla manifestazione contraria di volontà del soggetto stesso. Ma ove manchi siffatta contraria volontà il prelievo dovrebbe essere consentito, giacché il prelievo è coordinato al trapianto e la tecnica del trapianto offre la possibilità di vivere o di prolungare la vita ad un altro uomo. Allo stesso modo è consentito — anche contro la volontà del soggetto — il riscontro diagnostico in determinati casi, quando, in definitiva, tale riscontro è utile ai fini scientifici. Ne conseguirebbe, logicamente, la liceità del prelievo in mancanza di una dichiarazione contraria del soggetto proprio per la tutela di quelle alte finalità cui il prelievo stesso è subordinato, le finalità di trapianto, la possibilità di incrementare e diffondere una tecnica dalle grandi speranze per l'umanità sofferente, se non ancora dalle decisive e convincenti realizzazioni. Ma le difficoltà pratiche di applicazione della legge 2 aprile 1968, n. 519 e la considerazione che in campo internazionale è stato richiesto l'assenso del soggetto o in mancanza dei congiunti ha suggerito la soluzione che prevede, in difetto dell'autorizzazione del soggetto, il consenso del coniuge non separato, o, in mancanza di questi, dei figli, se di età non inferiore ai sedici anni o, in mancanza di questi ultimi, dei genitori; o, infine, in mancanza di essi, dei fratelli.

A sostegno di tale soluzione è da chiarire come tale diritto non si inquadri tra i diritti ereditari, nell'ambito dei quali non potrebbe trovare un utile e sistematico collocamento. Si tratterebbe invece di un diritto che compete *iure proprio* ad una cerchia ben delimitata di familiari, il cui fondamento si rinviene nella pubblica coscienza la quale, almeno allo stato, non tollererebbe che il corpo di un congiunto deceduto sia manomesso contro la volontà del congiunto vivente.

E di questo diffuso stato d'animo il legislatore non potrebbe non tener conto, tanto più che di esso risulta che hanno tenuto conto la quasi totalità delle legislazioni straniere.

Un terzo fondamentale problema è quello che può definirsi della conciliazione degli interessi — talvolta contrastanti — del progresso scientifico, della tecnica dei trapianti e della giustizia.

È di tutta evidenza che il trapianto in tanto è possibile in quanto il prelievo dell'organo del donatore avvenga nella immediatezza della morte. Si è visto anzi che nel corpo di chi oramai è morto viene mantenuto artificialmente il fenomeno della circolazione sanguigna proprio per facilitare la riuscita della prevista operazione di trapianto. Per contro in una serie assai numerosa, se non addirittura prevalente di casi, i corpi che possono essere utilizzati per il prelievo sono o debbono essere messi a disposizione dell'autorità giudiziaria perché questa proceda alle indagini generiche di sua competenza ai fini dell'accertamento di responsabilità penali. Se poi ci si riferisce ai casi di soggetti affetti da lesioni cerebrali primitive può dirsi che la quasi totalità di essi interessa la giustizia penale.

È, di fatti, da ricordare che se non sono sempre configurabili ipotesi di delitti dolosi, sono sempre o quasi sempre configurabili ipotesi di delitti colposi, specie in materia di incidenti stradali e di infortuni sul lavoro. In questi casi le esigenze degli accertamenti di competenza dell'autorità giudiziaria, sia per le finalità che si propongono, sia per le modalità di tempo e di esecuzione secondo le quali sono espletate, sia infine per le persone che sono incaricate di svolgerli, rendono o possono rendere impossibile il prelievo di un organo ai fini del trapianto.

D'altra parte se meritano attenta e aperta considerazione le esigenze della medicina che si risolvano nella certezza o nella speranza di strappare alla morte un uomo, non ne meritano una minore quelle della giustizia che deve accertare eventuali responsabilità penali e, se sussistono, perseguirle.

Può anzi aggiungersi, che mentre il medico può utilizzare, ai fini del prelievo, i corpi di coloro che sono deceduti per cause non delittuose né sospette, il giudice non può rinunciare ad alcuno degli accertamenti che fossero imposti dalle necessità del magistero penale.

La meditata valutazione di tutti i citati aspetti, per conciliazione di questi contrastanti interessi induce a suggerire una soluzione soddisfacente.

Nell'ipotesi che per la morte del soggetto, il cui corpo deve essere utilizzato per prelievi, sorga sospetto di reato, non può che ricevere piena conferma il principio che non solo debba essere informata l'autorità giudiziaria, ma anche che a questa vada chiesta l'autorizzazione per il prelievo. In molti casi tale autorizzazione potrà essere concessa sen-

za che si manifesti la necessità di procedere ad indagini autoptiche, sufficiente potendo essere la visita esterna del cadavere. La durata del periodo di rianimazione e di quello obbligatorio *ex lege* di osservazione per i casi di decerebrati possono consentire, in via pratica, quelle intese tra uffici del pubblico ministero e ospedali che già ora si sono dimostrate molto utili ed efficaci.

Nel caso invece che siano necessarie indagini autoptiche, sono affiorate e sono state vagliate alcune proposte che però non sono sembrate accettabili. Si era, cioè, proposto di prevedere la trasmissione all'autorità giudiziaria del rapporto dei medici che eseguono il prelievo, rapporto che, pronunziandosi sulle cause della morte, potrebbe essere considerato, per legge, perizia. La proposta è palesemente inaccettabile: la perizia è il parere tecnico che il magistrato chiede, di volta in volta, al perito appositamente scelto; la perizia inoltre deve svolgersi nel rispetto di alcune formalità, tra cui il giuramento del perito e l'avviso preventivo ai difensori delle parti. Non può trascurarsi a riguardo la considerazione che è in gioco il diritto di difesa delle parti, garantito dall'articolo 24 della Costituzione, il cui esercizio è assicurato proprio da quelle formalità che il codice di procedura penale impone.

Per gli stessi motivi non è stata accolta la proposta di prevedere una disposizione che consenta all'autorità giudiziaria la nomina preventiva del perito o, in altri termini, il conferimento preventivo dell'incarico di perito al sanitario o ai sanitari che normalmente in uno o in diversi ospedali procedono ai prelievi di organi.

L'unica soluzione accettabile è pertanto quella di concedere all'autorità giudiziaria la facoltà di disporre che l'autopsia venga eseguita contestualmente con le operazioni di prelievo, incaricando in tal caso delle operazioni autoptiche lo stesso sanitario che esegue il prelievo, il quale viene nominato all'uopo perito e svolge le operazioni peritali secondo le norme del codice di procedura penale.

Naturalmente l'autorità giudiziaria si avvarrà della esposta facoltà solo quando non vi sia pericolo di intralciare e deviare le indagini.

La soluzione accolta risponde al fine di un equo temperamento delle esigenze della medicina con quelle della giustizia, senza imporre il sacrificio o la compressione delle une o delle altre. Il sanitario, all'uopo nominato perito, procederà dapprima al prelievo dell'organo, con tutte quelle cautele che tale

delicata operazione comporta; successivamente, trasportata la salma nella sala anatomica appropriata, completerà l'esame autoptico.

Il problema della partecipazione dei difensori e dello stesso magistrato inquirente sarà risolto in pratica: spesso costoro non parteciperanno; se parteciperanno, dovranno partecipare nelle condizioni in cui partecipa il personale sanitario e con le cautele igieniche da detto personale comunemente adottate.

Anche in questi casi è lecito fare affidamento sul buon senso, sull'equilibrio, sulla ragionevolezza di tutti coloro che hanno il diritto e il dovere di presenziare agli accertamenti.

Esposta la problematica fondamentale e illustrate le soluzioni adottate, può passarsi all'esame più dettagliato del provvedimento predisposto.

Gli articoli 1 e 2 prevedono e disciplinano i casi generali del prelievo di parti di cadavere, nei quali è consentita la deroga alle norme concernenti il periodo di osservazione contenute nel regolamento di polizia mortuaria. Viene però consacrato in una norma legislativa il criterio per l'accertamento della morte, criterio recepito, come è appena il caso di rilevare, dalla scienza medica: il rilievo continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di venti minuti primi. L'accertamento deve essere effettuato da un collegio di tre medici, di cui uno esperto in cardiologia. Viene quindi stabilito quali organi possono essere prelevati.

Si consente praticamente il prelievo di tutte le parti del cadavere, fatta eccezione per le ghiandole della sfera sessuale e della procreazione e dell'encefalo.

Le ragioni dell'eccezione sono assai facilmente intuibili, avendo un chiaro contenuto etico e biologico. Allo stato attuale delle cognizioni mediche, per altro, il trapianto del cervello non è neppure concepibile.

L'articolo 2 contiene una disposizione di ordine generale cioè la disposizione relativa al luogo dove può essere effettuato il prelievo. Pacifico essendo che tale operazione può essere effettuata negli ospedali civili e militari e negli istituti universitari, si è consentito che il prelievo possa essere effettuato anche nelle cliniche private. A differenza di quanto si è stabilito per l'operazione di trapianto e per il prelievo nel caso di soggetti affetti da lesioni cerebrali primitive, è sembrato eccessivo vietare il prelievo degli organi nelle cliniche private: è sembrato, cioè,

eccessivo rinunciare aprioristicamente alla possibilità di utilizzare, a scopo di prelievo, i corpi delle persone decedute nelle cliniche private.

Peraltro tali case di cura private vanno appositamente autorizzate previo accertamento della loro idoneità tecnica e dell'esistenza nel proprio personale di sanitari idonei a tale tipo di intervento.

D'altra parte la stretta connessione tra l'operazione di prelievo e quella immediatamente successiva del trapianto autorizza a far affidamento sul senso di responsabilità dei sanitari e a superare quelle riserve e quelle perplessità che assai spesso le case di cura private, a causa della loro organizzazione e del loro funzionamento, destano.

L'articolo 3 regola l'accertamento precoce di morte nel caso di soggetti affetti da lesioni cerebrali primitive e dianzi è stata esposta la problematica relativa a tale caso e la soluzione che si ritiene di dover adottare.

L'articolo 4 detta le modalità per il suddetto accertamento precoce di morte: esso 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; il collegio deve esprimere un giudizio unanime circa il momento della morte. Sia le operazioni di accertamento della morte che quelle di prelievo debbono essere compiute presso enti ospedalieri o istituti universitari.

Sulle disposizioni sopra ricordate si deve rilevare come non si ritenga di adottare una regolamentazione rigida e formale del collegio medico che deve accertare la morte. È sembrato superfluo richiedere una nomina formale dei componenti del collegio; anzi è sembrato pericoloso, avuto riguardo alla urgenza di molti casi e alle difficoltà che potrebbero in pratica sorgere per l'adempimento di quella che si risolverebbe in una mera formalità. Così pure la Commissione non ha voluto prevedere norme particolari circa i poteri degli organi ospedalieri, in generale, chiaro essendo che il prelievo, come lo stesso trapianto, sono interventi tecnici che non possono essere sottratti alla disciplina che regola tutti i comuni interventi che ogni giorno avvengono negli ospedali e negli istituti universitari. Così infine non sono state previste norme specifiche circa la presenza ininterrotta del collegio medico nel periodo di osservazione: è ovvio che i medici debbono procedere alla diagnosi precoce di morte secondo scienza e coscienza, nel pieno rispetto delle norme giuridiche che regolano la

materia. Ma nulla vieta che essi possano avvalersi dei loro collaboratori; l'importante è che i medici acquisiscano responsabilmente quegli elementi sui quali fondare la predetta diagnosi.

L'esclusione delle case di cura private dal novero dei luoghi dove è autorizzata la diagnosi precoce di morte nei casi di decerebrati e il conseguente trapianto è stata sancita perché solo gli istituti universitari e gli enti ospedalieri offrono quelle garanzie, di natura tecnica e professionale che nel caso sono richieste.

L'articolo 5 regola il problema del consenso.

L'articolo 6 dispone che il prelievo deve essere praticato in modo da evitare mutilazioni e dissezioni non necessarie e che dopo il prelievo il cadavere deve essere ricomposto con la massima cura.

L'articolo 7 impone l'obbligo di redigere appositi e analitici verbali sia dell'accertamento della morte che delle operazioni di prelievo. Detti verbali, ai fini del controllo dell'attività dei sanitari sia sul piano giuridico che su quello medico, debbono essere trasmessi al procuratore della Repubblica e al medico provinciale competenti per territorio.

Infine il citato articolo dispone che l'originale dei verbali, con la relativa documentazione, rimanga custodito nell'archivio dell'ente ospedaliero, dell'istituto universitario, dell'ospedale civile e militare o delle case di cura, se si accederà alla tesi della maggioranza della Commissione in ordine all'abilitazione di esse al prelievo.

L'articolo 8 conferma la ferrea disposizione anche ora vigente secondo cui i medici che effettuano il prelievo e il trapianto devono essere diversi da quelli che accertano la morte. La *ratio* della norma è troppo evidente per aver bisogno di ulteriore illustrazione.

L'articolo 9 stabilisce che le operazioni di trapianto devono essere effettuate esclusivamente presso gli enti ospedalieri o gli istituti universitari che il Ministero per la sanità munisce di apposita autorizzazione, dopo aver sentito il parere del Consiglio superiore di sanità, e dopo aver accertato sia l'idoneità delle attrezzature, sia l'adeguata e specifica competenza degli operatori.

L'autorizzazione 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.

Come si vede, la normativa è assai rigida circa il luogo di esecuzione della difficile operazione del trapianto.

Ferma l'esclusione delle case di cura private, sia gli istituti universitari che gli enti ospedalieri debbono essere muniti di apposita autorizzazione da parte del Ministero per la sanità. Non basta quindi la natura o il collocamento dell'ente nell'ambito pubblicistico perché il trapianto possa essere lecitamente eseguito; non basta, cioè, una presunzione di idoneità per le persone e le case che operano o esistono in un settore pubblico, ma occorre la constatazione concreta, caso per caso, dei necessari requisiti e delle indispensabili condizioni in presenza delle quali il trapianto può essere eseguito.

L'articolo 10 risolve il problema dei rapporti tra ospedale in cui deve eseguirsi il prelievo e autorità giudiziaria come sopra si è esposto.

Completano il provvedimento in esame le norme penali contenute negli articoli 11, 12, 13, 14, 15 e 16. Al riguardo è utile una premessa. Non può e non deve destare sorpresa né il numero degli articoli dedicati alla normativa penale, né la gravità delle pene comminate: la materia dei trapianti, se pure apre le porte della speranza a molti sofferenti, proprio per questo o anche per questo comporta il pericolo di basse speculazioni e di tentativi spericolati di professionisti in cerca di facile pubblicità. Per questi casi che è augurabile siano rarissimi, un trattamento penale di rigore è doveroso, trattamento penale che è fondato sperare possa evitare abusi e imprudenze, fermando coloro che fossero sordi ai doveri imposti dall'etica professionale e, più in generale, dal senso di umanità.

L'articolo 11 prevede come reato il ricevere denaro o altra utilità ovvero accettarne la promessa, per consentire al prelievo a scopo di trapianto di parti del proprio corpo, o di quello di altra persona. Il fatto, oltre ad essere riprovevole sul piano etico, merita di essere severamente represso perché bene si presta a vere e proprie speculazioni truffaldine. La pena comminata per tale reato è la reclusione da sei mesi a tre anni e la multa da lire 400.000 a lire 2.000.000.

Più grave è l'ipotesi delittuosa contemplata nell'articolo 12: procurare ad altri, per lucro, una parte di cadavere per trapianto a scopo terapeutico, ovvero farne comunque commercio. Si è ritenuta equa per tale ipotesi delittuosa la pena della reclusione da due a sette anni e della multa da lire 500.000 a lire 3 milioni.

Inoltre è prevista la interdizione temporanea per l'esercente una professione sanitaria, pena accessoria che è stata determinata nel minimo di due anni e nel massimo di sette.

L'articolo 13 prevede l'ipotesi delittuosa del prelievo in violazione delle disposizioni di cui al secondo comma dell'articolo 2 e delle operazioni di trapianto in ospedali od istituti non autorizzati e quella delle stesse operazioni effettuate in ospedali ed istituti autorizzati, ma da sanitari sprovvisti della apposita abilitazione di cui si è trattato (reclusione fino ad un anno). Alla condanna consegue l'interdizione dell'esercizio della professione sino a due anni.

L'articolo 14 prevede l'ipotesi di asportazione di parti di cadavere il cui prelievo sia vietato dalla legge. La pena è la reclusione fino ad un anno. Alla condanna consegue la interdizione dall'esercizio della professione.

L'articolo 15 prevede l'ipotesi del prelievo senza il consenso del soggetto o dei familiari.

Gli articoli 16 e 17 abrogano espressamente le norme vigenti e conferiscono al Governo la potestà di emanare, entro sei mesi il regolamento di esecuzione alla legge.

Il provvedimento è stato presentato alla Camera dei deputati il 18 gennaio 1972 ed è decaduto alla fine della V legislatura. Viene ora ripresentato nello stesso testo.

## DISEGNO DI LEGGE

### 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.

### 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.

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

## 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 e 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 e 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.

## 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.

ART. 5.

Il prelievo può essere effettuato quando la persona del cui corpo si tratta abbia preventivamente dato esplicite 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.

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.

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'ospedale militare o della casa di cura privata ove è stato eseguito il prelievo.

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.

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.

**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.

**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.

**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.

**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.

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.

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.

ART. 16.

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

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.