

## COMMISSIONI RIUNITE

## GIUSTIZIA (IV) — IGIENE E SANITÀ PUBBLICA (XIV)

## 1.

## SEDUTA DI MARTEDÌ 28 MAGGIO 1974

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE DELLA IV COMMISSIONE **ORONZO REALE**

## INDICE

	PAG.
<b>Disegno e proposta di legge (Discussione e rinvio):</b>	
Disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico (922);	
D'AQUINO ed altri: Norme per il prelievo di parte di cadavere a scopo di trapianto terapeutico (1216) . . . . .	1
PRESIDENTE . . . . .	1, 3, 11, 12, 13, 14
CASAPIERI QUAGLIOTTI CARMEN . . . . .	12
CHIOVINI CECILIA . . . . .	2, 12, 13
CORTESE . . . . .	11, 12, 14
D'ANIELLO . . . . .	12
FRASCA, <i>Presidente della XIV Commissione</i> . . . . .	14
RAMPA . . . . .	2, 12, 14
RICCIO PIETRO, <i>Relatore della IV Commissione</i> . . . . .	13
SPIGAROLI, <i>Sottosegretario di Stato per la sanità</i> . . . . .	11, 12, 14
URSO GIACINTO, <i>Relatore per la XIV Commissione</i> . . . . .	3, 13, 14

La seduta comincia alle 18,30.

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

**PRESIDENTE.** L'ordine del giorno reca la discussione abbinata del disegno di legge: « Disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico »; e della proposta di legge di iniziativa dei deputati d'Aquino, Almirante, De Marzio, Abelli, Alfano, Borromeo D'Adda, Buttafuoco, Caradonna, Delfino, di Nardo, Franchi, Guarra, Manco, Marino, Menicacci, Messeni Nemagna, Niccolai Giuseppe, Nicosia, Pazzaglia, Roberti, Romeo, Romualdi, Santagati, Servello, Sponziello, Tripodi Antonino e Turchi: « Norme per il prelievo di parte di cadavere a scopo di trapianto terapeutico ».

Prima di dare inizio ai nostri lavori, desidero informare i colleghi che alla Commissione XIV sono state assegnate in sede referente due proposte di legge concernenti rispettivamente la disciplina del prelievo del sangue da cadaveri e la disciplina del prelievo dell'ipofisi a scopo terapeutico. Ora, va valutato

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 28 MAGGIO 1974

se sia opportuno richiedere l'assegnazione dei due provvedimenti alla competenza congiunta delle nostre due Commissioni e, in quella sede, dovremmo poi chiedere l'attribuzione degli stessi in sede legislativa. Chiedo, quindi, ai colleghi se ritengono che tale questione debba essere discussa preliminarmente, anche al fine di stabilire se deve procedersi ad un futuro abbinamento delle proposte menzionate ai provvedimenti che sono oggi all'ordine del giorno.

**RAMPA.** Io credo che sarebbe opportuno che pregiudizialmente vedessimo insieme i contenuti prima delle procedure, perché ritengo — se non erro — che sia la proposta Chiovini sia la proposta Messeni Nemagna riguardino solo in certa misura i provvedimenti oggi in esame. La proposta di legge Chiovini Cecilia in ordine al prelievo di ipofisi pone un problema che potrebbe essere affrontato in questa sede, ed anche il problema umano penso che suggerisca di regolare precisi aspetti operativi: occorre esaminare chi fornirà gli ormoni, quale sarà l'ente di assistenza, e così via. Dobbiamo però sgombrare prima il terreno dagli ostacoli giuridici e così avremo creato le condizioni perché la proposta di legge Chiovini possa poi essere esaminata e accolta dalla Commissione sanità.

Quanto alla proposta di legge Messeni Nemagna, essa inserisce nel contesto della questione dei trapianti un problema di cui abbiamo avuto modo di occuparci: il prelievo di sangue a scopo terapeutico. Ma vi sono sul tema convegni scientifici e problemi aperti per quanto riguarda tutta la sistematica del prelievo del sangue e della distribuzione ai centri ospedalieri. Sarebbe quindi un tema che ci porterebbe lontano, mentre dobbiamo pensare che la regolazione legislativa del trapianto di altri organi può consentire di salvare immediatamente delle vite umane. Sappiamo, per esempio, che coloro che sono sottoposti a dialisi non possono sopravvivere più di quattro o cinque anni, e ne decidono ogni anno, lasciando persistere un triste primato che dobbiamo avere la volontà politica di ridurre quanto prima.

Quindi sono del parere, personale ma convinto, che dovremmo procedere all'approvazione del disegno di legge n. 922 così com'è stato configurato, sulla base di tutti i chiarimenti avuti in precedenza, inserendovi solo quei motivi essenziali che possono essere affrontati subito delle due proposte di legge richiamate: una assolutamente urgente da affrontarsi quanto prima, l'altra complessa e

problematica nelle modalità di attuazione, perché il prelievo del sangue da cadavere in Italia troverà difficoltà derivanti dal costume e dalla mentalità del paese, per cui non si può provvedere ad un'attuazione rapida ed immediata. Anche perché, se per il primo problema, quello del nanismo, vi sono terapie in atto e situazioni già affrontate che spingono ad un intervento legislativo, per poter agire con terapie adatte, per quanto riguarda invece il problema del prelievo del sangue, credo che anche sul piano tecnico dovremo a lungo discutere prima di introdurre una qualunque innovazione normativa.

Inoltre già oggi, se non erro, il sangue è considerato un tessuto trapiantabile, e quindi prelevabile, per cui non vedo bene quale sia la novità prevista, sul piano giuridico, della proposta di legge Messeni Nemagna; essa merita tutto il rispetto per lo spirito che l'ha animata ma, ripeto, sul piano giuridico non dice niente di nuovo, mentre per ciò che riguarda le modalità del prelievo ed il rinnovo delle attuali strutture trasfusionali (enti ospedalieri, AVIS, eccetera) penso che si tratta di un problema che dovrà essere definito in sede di riforma sanitaria, o comunque con norme a parte.

**CHIOVINI CECILIA.** Brevemente, per dar atto all'onorevole Rampa di aver sollevato un problema che è stato argomento di dibattito politico ed è di particolare interesse per un gran numero di famiglie. Per quanto riguarda infatti la terapia del nanismo ipofisario, si può parlare di una carenza legislativa, nel senso che per tanti anni la terapia è stata eseguita tramite l'uso di estratti iniettabili di somatotropo proveniente dall'estero, non esistendo in Italia la possibilità di prelevare l'ipofisi da cadavere per uso terapeutico.

Ma proprio perché il problema che abbiamo dinanzi non è solo quello della possibilità del prelievo dell'ipofisi da cadavere, ma soprattutto quello della produzione e dell'uso dell'ipofisi, credo che non si possano scindere i due problemi, perché se da una parte è vero che vi è una remora giuridica, dall'altra il problema della produzione dell'ormone ipofisario è una questione molto delicata e fa scendere in campo una tematica particolare, quella non del prelievo a scopo di trapianto, ma dell'utilizzo farmaceutico, quindi l'utilizzazione a scopo industriale del corpo umano. Una questione abbastanza delicata quindi che non può essere inserita in una legge che disciplina il prelievo e il trapianto di organi, per la quale la deroga per

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 28 MAGGIO 1974

l'ipofisi, aprirebbe un discorso ben più grande che snaturerebbe il senso stesso della legge-quadro sui prelievi e trapianti.

Vorrei ricordare che l'utilizzo di parti del corpo umano a scopo di produzione farmaceutica è una questione che per il momento si rende applicabile dal punto di vista medico-scientifico solo per la terapia del nanismo ipofisario, interessa un numero limitato di persone e data appunto la delicatezza della produzione in sé, comporta necessariamente di legiferare sull'insieme del prelievo, della produzione dell'estratto iniettabile, della distribuzione centralizzata e controllata direttamente dal Ministero, e dall'Istituto superiore di sanità, di concerto con le regioni e che non può essere certamente lasciata alle norme attuali sulla produzione dei farmaci. Il problema quindi non è solo quello riferito alla modifica della legge, che tolga il divieto del prelievo di ipofisi allo scopo di estrarre ormoni destinati a uso terapeutico, ma è più complesso. D'altra parte in Italia recentemente è stata consentita la produzione dell'estratto iniettabile da parte di 2 ditte farmaceutiche importando la materia prima dall'estero, ma a costi molto elevati non rimborsabili dagli enti mutualistici e pressoché identici a quelli del prodotto comprato direttamente dall'estero, che non dipendono solo da remore di carattere legislativo ma dal fatto che non esiste una produzione di carattere controllato che eviti speculazioni.

La particolarità del problema del prelievo dell'ipofisi allo scopo di estrarre ormoni che suggerisce di scinderne la discussione da quella sul progetto di legge sui trapianti sta nel fatto di garantirsi con un adeguato controllo regionale e statale del modo in cui avviene questo prelievo; e ancor più occorre il controllo, ripeto, per la produzione del farmaco, che dovrà essere una produzione limitata al fabbisogno nazionale e controllata direttamente dall'Istituto superiore di sanità, affinché non esca dalla finalità che deve essere quella della cura del nanismo ipofisario.

Il terzo problema che occorre affrontare è quello della distribuzione del farmaco, il che vuol dire anche esaminare la questione di dotare del prodotto farmaceutico quelle strutture ospedaliere che sono attrezzate per la diagnosi e i controlli periodici per la cura del nanismo ipofisario e garantire parallelamente la dotazione del prodotto agli ufficiali sanitari dei comuni in cui risiedono gli interessati alla cura, in modo da facilitare il decentramento del servizio.

In sostanza i problemi non possono essere scorporati, perché la questione è quella di una diversa finalità nell'uso dell'organo umano dopo il prelievo. In sintesi proponiamo che la Commissione sanità presso cui è iscritta all'ordine del giorno la proposta di legge Chiovini Cecilia chieda la sede legislativa in modo d'accelerarne l'iter e non il suo abbinamento al provvedimento di legge sui prelievi per trapianti, pur accogliendo la proposta avanzata dal collega Rampa di tener conto nella discussione della legge-quadro sui prelievi della opportunità di togliere remore legislative al prelievo dell'ipofisi, come è previsto del resto nell'articolo 1 dello stesso progetto di legge Chiovini Cecilia.

**PRESIDENTE.** Onorevoli colleghi, vedo che stiamo entrando in una discussione di merito: devo pertanto ricordare che queste proposte di legge non sono per ora assegnate alle Commissioni riunite, ma alla sola Commissione sanità con il parere della Commissione giustizia, per cui non abbiamo veste alcuna per deliberare in merito, nemmeno in linea di principio.

Volevo solo appurare se i colleghi intendevano soprassedere al dibattito odierno in vista della possibilità di eventuali iniziative della Commissione sanità per arrivare ad una discussione congiunta delle proposte di legge richiamate con i provvedimenti all'ordine del giorno. Andiamo pertanto avanti con l'esame dei provvedimenti in oggetto mentre la Commissione sanità, in una sua prossima seduta, esaminerà le proposte di legge in questione valutando l'opportunità di chiederne l'assegnazione alle Commissioni riunite.

Se i colleghi sono d'accordo, pregherei il relatore per la XIV Commissione, onorevole Urso Giacinto, di riassumere lo stato della discussione, invitando poi i colleghi a rinunciare alla discussione sulle linee generali, rimandando per questa fase a quanto già detto in sede referente, in modo da passare subito alla discussione degli articoli. Prego quindi il relatore Urso Giacinto di puntualizzare brevemente la situazione.

**URSO GIACINTO, Relatore per la XIV Commissione.** Il disegno di legge n. 922 e la proposta di legge n. 1216 di iniziativa degli onorevoli d'Aquino ed altri riportano all'attenzione del Parlamento una complessa e delicata materia, cioè la disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico.

La normativa è vivamente attesa, ma purtroppo lo scioglimento anticipato delle Camere

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 28 MAGGIO 1974

ha determinato ritardi anche in questa materia e vi sono pertanto legittime sollecitazioni ed aspettative da parte degli ambienti scientifici e dell'opinione pubblica; in merito, ultimamente, si sono registrate campagne di stampa molto vivaci, anche se scarsamente serene.

La mia relazione rifletterà, in particolare, la specifica competenza della Commissione sanità. Spetterà al relatore della Commissione giustizia illustrare più marcatamente gli aspetti giuridici di alcune norme; comunque, non sarà facile poter definire le specifiche competenze, in considerazione della delicatezza e della complessità della materia, la cui disciplina deve mirare soprattutto alla conciliazione delle diverse e talvolta contrastanti esigenze della medicina e del diritto.

In via preliminare, è utile richiamare l'attuale normativa vigente in Italia sulla materia al nostro esame, normativa ormai cospicua che presenta però lacune, dubbi di legittimità ed evidenti aspetti di frammentarietà.

Inizio dalla legge 3 aprile 1957, n. 235, che introduce nel nostro paese la possibilità giuridica del trapianto terapeutico. Questa legge consente il prelievo della cornea e di altri organi specificati nel regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica del 20 gennaio 1961, n. 300, modificato con un altro decreto del Presidente della Repubblica n. 1156 del 1965 e ancora con un altro decreto del Presidente della Repubblica del 5 febbraio 1970, n. 78. Con le modificazioni apportate a questi decreti si consente il prelievo dei bulbi oculari, loro parti ed annessi, dei reni e loro parti, delle ossa e superfici articolate, dei muscoli e tendini, dei vasi sanguigni, del sangue, dei nervi, della cute, del midollo osseo, dell'aponeurosi, della dura madre, del cuore e sue parti, dei polmoni e loro parti, delle ghiandole esocrine ed endocrine (con esclusione di quelle della sfera sessuale e della procreazione), della vescica e degli ureteri, e dei segmenti del canale digerente.

La citata legge n. 235 del 1957 riconosce, quindi, di fatto la liceità del prelievo, anche se questo viene effettuato in deroga alle disposizioni vigenti, relative al periodo di osservazione del cadavere (disposizioni che sono contenute nel regolamento di polizia mortuaria approvato con regio decreto 21 dicembre 1942, n. 1880) e in deroga, in particolare, agli articoli 7, 8 e 9 del regolamento medesimo. È da tener presente — per quanto diremo in seguito — che la legge n. 235 del

1957 esige l'accertamento di morte (che poi costituisce il problema nodale, su cui è da prevedersi che si svilupperà una approfondita discussione nelle nostre Commissioni) con il metodo della semeiotica medico-legale, da stabilire — dice la legge — con ordinanza dell'Alto commissario della sanità (oggi del ministro della sanità).

Detta legge, inoltre, limita agli istituti universitari e agli ospedali riconosciuti idonei dal Ministero della sanità la possibilità del prelievo, esige il preventivo consenso da parte del soggetto e, in mancanza di questo, prevede la non opposizione dei congiunti di secondo grado; essa vuole inoltre la redazione di appositi verbali per le varie operazioni, prescrive di evitare mutilazioni non necessarie e commina sanzioni penali a chi procura ad altri parti di cadavere per lucro, ovvero ne fa commercio, partendo dal principio che il cadavere è *res extra commercium*. A tale legge sono state apportate delle rilevanti modificazioni con la successiva legge 2 aprile 1968, n. 519. Questa rende possibile il prelievo su tutti i deceduti sottoposti a riscontro diagnostico, in base alla legge n. 183 del 1961, a meno che non vi sia stata in vita una contrarietà del soggetto, espressa in forma non equivoca e per iscritto. Cade quindi così la condizione di non opposizione dei congiunti, prevista dalla legge n. 235 del 1957. Inoltre, la legge n. 519 del 1968 estende l'effettuazione del prelievo agli ospedali civili e militari, agli istituti di cura privati, agli obitori, alle cliniche universitarie, ove vengono eseguiti i riscontri diagnostici.

Le due leggi di cui ho parlato sono quelle che regolano l'effettuazione del prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico, ed esse verrebbero abrogate qualora fossero approvati i provvedimenti oggi al nostro esame.

Esiste poi tutta una serie di importanti decreti, esplicativi ed operativi. Essi vengono imposti dall'articolo 5 della legge n. 235 del 1957, che demanda all'Alto commissario per l'igiene e la sanità (oggi al ministro della sanità) la determinazione dei metodi di accertamento della morte. Il primo decreto del ministro della sanità in proposito è del 7 novembre 1961, e stabilisce che l'accertamento precoce di morte deve essere effettuato con il metodo elettrocardiografico-diagnostico, legato alla rilevazione dell'arresto del battito cardiaco. L'11 agosto 1969 fu emanato il decreto n. 8428, nell'intento di adeguare alle esigenze della scienza l'accertamento di

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 28 MAGGIO 1974

morte. Tale decreto, per la prima volta in Italia, accorda anche il riconoscimento del cosiddetto metodo elettroencefalografico, non disgiunto dal ricorso ai mezzi offerti dalla semeiotica neurologica, clinica e strumentale da determinarsi ogni due anni con decreto ministeriale. Il metodo elettroencefalografico di accertamento della morte deve essere applicato però soltanto ai soggetti sottoposti a rianimazione per lesioni cerebrali primitive. Nel decreto si indica inoltre il collegio medico abilitato per l'accertamento in questione. Ancora il 9 gennaio 1970 il Ministero della sanità ha fissato con un suo decreto le metodiche dirette all'accertamento della morte, qualora debba essere impiegato il metodo elettroencefalografico, cioè in caso di soggetti sottoposti a rianimazione per lesioni cerebrali primitive. Tale decreto afferma che queste metodiche possono essere usate allorché risulti nei soggetti medesimi la contemporanea presenza dei seguenti parametri (riportati nell'articolo 3 del disegno di legge n. 922 e, in parte, anche nella proposta di legge n. 1216): stato di coma profondo accompagnato da atonia muscolare, ariflessia tendinea, assenza dei riflessi plantari, midriasi paralitica con assenza del riflesso corneale e del riflesso pupillare alla luce; assenza di respirazione spontanea, dopo sospensione per due minuti primi, di quella artificiale; assenza di attività elettrica cerebrale, spontanea o provocata. Tali fenomeni si prescrive che debbano essere rilevati e controllati a breve intervallo di tempo, e, per quanto riguarda l'attività elettrica cerebrale, di continuo. Queste condizioni debbono essere contemporaneamente presenti e persistere immutate per un periodo di almeno 24 ore, in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale e di condizioni di ipotermia.

Dall'interpretazione letterale del decreto 9 gennaio 1970 non risulta che la contemporanea presenza delle condizioni elencate costituisca la diagnosi di morte, limitandosi il decreto a concedere l'attuazione delle metodiche previste dal decreto ministeriale del 1969.

Queste, onorevoli colleghi, la legislazione e la normativa vigenti che presentano, in verità, un'evoluzione e una certa frammentarietà in un campo così delicato in cui i principi, secondo il mio parere, devono essere molto rigorosi anche nella loro organicità. Non mancano quindi delle lacune e vi sono stati o persistono dei dubbi di legittimità. Basta osservare gli articoli della legge

2 aprile 1968, n. 519, sostitutivi della legge 3 aprile 1957, n. 235, in merito al consenso e agli ospedali abilitati al prelievo.

Sulla scorta di questa legislazione e di questa normativa, oltretutto dei tempi mutati per l'avanzata delle conquiste scientifiche, è emersa l'esigenza di aggiornare la disciplina, e su questa materia ha mostrato particolare interesse il Consiglio superiore di sanità. Infatti, detto Consiglio nel 1970 fu chiamato ad esprimere un parere sulla proposta di legge di iniziativa parlamentare n. 2256 concernente la disciplina dei prelievi. Il parere fu negativo, però il Consiglio profitò di quella occasione per esprimere il 3 giugno 1970 uno specifico voto affinché il ministro della sanità si rendesse promotore di un progetto di legge. Fu così nominata una commissione di studio, costituita con decreto dei ministri di grazia e giustizia e della sanità e presieduta da un magistrato di Cassazione. Questa commissione, che ha lavorato circa un anno, precisamente dal maggio 1970 al marzo 1971, ha consultato docenti di chiara fama, ha visitato reparti specializzati, ha recepito una vasta informativa sul piano del diritto comparato ed ha predisposto una bozza di testo legislativo che è stata vagliata il 28 maggio 1971 dalla terza sezione del Consiglio superiore di sanità. Da questa bozza è derivato un disegno di legge presentato al Parlamento il 18 gennaio 1972, decaduto poi per lo scioglimento anticipato delle Camere e ripresentato nella stessa stesura l'11 ottobre 1972 dai ministri Gaspari e Gonella. Si tratta del disegno di legge n. 922 che è sottoposto al nostro esame, insieme con la proposta di legge n. 1216 presentata dagli onorevoli d'Aquino ed altri. Quest'ultima, in linea di massima, riprende i concetti basilari esposti nel disegno di legge e si presenta, sotto certi aspetti, anche più avanzata su alcune questioni medico-legali che saranno — penso — meglio illustrate dall'onorevole corelatore.

In considerazione di quanto ho detto, ritengo che sia utile prendere come testo base il disegno di legge in quanto mi sembra più completo e più organico. Oltretutto ci troviamo di fronte ad un tentativo lodevole di fare un testo unico regolante l'intera materia dei trapianti; anzi mi si dice che al Ministero della sanità si sta già approntando il regolamento, in modo da evitare che vi sia la legge ma — come sempre accade — non il regolamento. In questo caso, però, userei un po' di cautela, in considerazione del fatto che questo provvedimento di sicuro avrà — come si è già notato in sede referente —

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 28 MAGGIO 1974

un iter faticoso e complesso, per cui ritengo che sia più opportuno attendere. A me sembra, come ho già osservato, che con questo disegno di legge (con l'articolo 16 si abrogano le leggi nn. 235 e 519) si sia voluto raggiungere più l'obiettivo di disporre di un testo unico che quello di dare un articolato di avanguardia all'intera materia, ambizione non facile per l'estesa, intensa e delicata problematica caratterizzante l'argomento.

Come primo atto si è optato decisamente per una regolamentazione legislativa che ha assorbito le leggi citate, ma anche, in merito all'accertamento della morte, tutti i decreti di cui ho già parlato, e in particolare quello del 9 gennaio 1970. Si è così sancito il principio che la materia, soprattutto a proposito di diagnosi precoce di morte, va codificata con atti di pienezza legislativa, pur riconoscendo le difficoltà di poter aggiornare volta per volta una legge rispetto all'incalzante evoluzione scientifica. La normativa per mezzo di decreto ministeriale è stata giustamente scartata per ovvi motivi soprattutto di controllo, anche se, a prima vista, questo può sembrare un metodo molto valido ed efficiente.

Passando ora all'esame organico del disegno di legge n. 922, mi preme rilevare che noi dobbiamo riflettere, discutere e decidere su tre punti fondamentali: l'accertamento della morte, il consenso per il prelievo e la conciliazione degli interessi talvolta contrastanti del progresso scientifico, della tecnica del trapianto e di quelli altrettanto supremi della giustizia.

Come relatore per la XIV Commissione mi soffermerò soprattutto sul primo punto, e cioè sulla metodica dell'accertamento della morte che investe anche notevoli aspetti giuridici. Farò qualche cenno sugli altri due punti che, a prima vista, hanno aspetti prevalentemente giuridici, ma in realtà involgono ragguardevoli problemi sanitari ai fini del trapianto. Abbiamo bisogno, in poche parole, di organi vivi da individui sicuramente morti, per dar vita ad individui altrimenti destinati a morire. Il professor Stefanini ha tenuto a dire che « questa dicotomia è proprio l'essenza della situazione conflittuale ». Venendo a parlare dell'accertamento della morte, occorre affermare, in primo luogo, che esso è il presupposto per la possibilità tecnica e giuridica del prelievo e quindi del trapianto. È certo ardua, onorevoli colleghi, la definizione della morte, almeno sotto il profilo astratto, né è facile poter indicare il momento in cui la vita si arresta

e comincia la morte. Comunque la scienza medica deve in merito pronunciarsi, basandosi sulla interdipendenza tra le funzioni dei tre sistemi principali: nervoso, respiratorio, circolatorio. Infatti, l'arresto durevole di uno di questi tre sistemi porta anche all'arresto degli altri. Ed essendosi constatato che generalmente si arresta per ultima la funzione cardiaca, si è pervenuti al precetto convenzionale (anche se ormai molto superato, come vedremo) secondo cui la morte coincide con l'arresto dei battiti cardiaci. Abbiamo cioè la cosiddetta « morte cardiaca » in contrapposizione alla « morte cerebrale »: il concetto di morte è però unico, pur variando il metodo di accertamento della stessa. Spetta all'esclusiva competenza del medico, agendo secondo scienza e coscienza, stabilire se la morte si è verificata o meno.

Il disegno di legge oggi al nostro esame recepisce agli articoli 1 e 2 l'accertamento della cosiddetta « morte cardiaca » e cioè non pone dei problemi, anche se si esige — come già si è ricordato a proposito delle leggi attualmente vigenti — la deroga agli articoli 7, 8 e 9 del regolamento di polizia mortuaria; esso impone, inoltre, prima del prelievo, il rilievo continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di venti minuti primi, sotto il controllo di un collegio di tre medici, di cui uno esperto in cardiologia. 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. Gli articoli 1 e 2 del disegno di legge in esame assorbono le norme contenute nella legge n. 235 del 1957, nel regolamento d'attuazione della medesima e in alcuni dei dispositivi ministeriali già ricordati. Comunque, come dicevo, l'accertamento della morte con il metodo elettrocardiografico non pone assillanti problemi alla scienza medica e forse neppure ai giuristi.

Non così è invece per quanto riguarda l'articolo 3 del disegno di legge n. 922, che recepisce le indicazioni del decreto ministeriale del 9 gennaio 1970. In esso si tratta infatti dei metodi da impiegare per accertare la morte, e quindi per consentire il prelievo, in soggetti affetti da lesioni cerebrali primitive e sottoposti a rianimazione prolungata. Ci si riferisce pertanto a dei casi ben determinati, cioè all'assenza di lesioni encefaliche secondarie. Qualcuno invoca però la considerazione anche delle lesioni cerebrali secondarie, ai fini del prelievo a scopo di trapianto terapeutico: tesi questa molto ardua.

Per quanto concerne l'accertamento della morte in soggetti che presentano lesioni cerebrali primitive e in cui si mantengono artificialmente le funzioni necessarie alla vita, vi è stato un serrato ed approfondito dibattito in seno al Consiglio superiore di sanità; in esso si è concluso senza riserve che la concomitanza di certi parametri consente di esprimere una sicura diagnosi di morte. L'unica variazione che è stata introdotta nell'articolo 3 del disegno di legge, rispetto al precedente decreto ministeriale che trattava dello stesso argomento, consiste nel fatto che mentre quest'ultimo parlava di « indifferenza di riflessi plantari », l'articolo 3 del provvedimento in discussione parla di « assenza di riflessi plantari ». Erroneamente si può parlare — come spesso avviene — di morte cerebrale: non è così invece, perché questa diagnosi è sicura, possibile e lecita solo in presenza di tutti i parametri ricordati ed elencati dal citato articolo 3. In tal caso, infatti, ci si potrebbe trovare di fronte ad un cadavere a cuore pulsante, ma che è veramente un cadavere, con processi disgregatori irreversibili.

Qual è il motivo per cui si ricorre a questo accertamento precoce di morte? Perché dal punto di vista tecnico le possibilità di successo in caso di trapianto aumentano se si può ottenere il prelievo dell'organo entro i margini temporali possibili e tali da garantire la sufficiente irrorazione sanguigna dell'organo stesso, che nel cadavere — attraverso la rianimazione — può essere assicurato in modo artificiale.

Per la scienza medica, quindi, la diagnosi precoce di morte non dà luogo ad alcuna riserva. Non così avviene — io penso — se si consideri la questione da un punto di vista giuridico: comunque lascio un più esatto parere in merito al collega Pietro Riccio.

È da tenere presente che il disegno di legge in discussione, nel recepire i parametri di diagnosi precoce di morte tenta di superare talune riserve di natura giuridica, anche se un po' a scapito delle esigenze della medicina. Cioè, non ci troviamo più di fronte a decreti ministeriali, ma a dei precisi precetti legislativi, che stabiliscono il momento della morte nell'inizio della coesistenza di tutte quelle condizioni che abbiamo detto; fissano il controllo della ininterrotta presenza dei parametri di cui all'articolo 3 del disegno di legge stesso, determinando i tempi di indagine (osservazione di almeno 24 ore in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale e di condizioni di ipotermia; alcune condizioni

devono essere rilevate ad intervalli di tempo non superiore ad un'ora, invece l'attività cerebrale spontanea o provocata, deve essere controllata per periodi di 30 minuti primi, ripetuti ogni 4 ore durante le 24 di osservazione, in pratica sono dei tempi di attesa prudenziale come quelli della camera mortuaria); indicano per l'accertamento della morte, la necessità di un collegio medico-legale altamente qualificato, formato da un anestesista, da un neurologo e da un esperto in elettroencefalografia, collegio abilitato, tra l'altro, ad esprimere con giudizio unanime il momento della morte. Inoltre l'articolo 4 richiama alcune condizioni già poste dal decreto ministeriale del 1969.

In considerazione dell'evoluzione scientifica le perplessità — come si è ricavato dagli interventi in sede referente e in sede di Comitato ristretto — sulla formulazione dell'articolo 3 possono essere notevoli. Per esempio, sembra contraddittoria la cautela di 24 ore di osservazione se la morte è già avvenuta e se ci troviamo di fronte alla sopravvivenza artificiale o alla vita biologica. È poi in discussione — specie da parte degli esperti consultati — se spetti al Parlamento fissare i parametri di accertamento della morte e cioè rigidi schemi che potrebbero essere delegati ad altri organismi, considerate le difficoltà e le incertezze pressoché insuperabili che sorgono da una simile scelta di politica legislativa. La morte, dicono molti, è solo un problema di coscienza medica.

Passo a qualche cenno sul problema del consenso, aspetto delicato che di certo tratterà meglio l'onorevole Pietro Riccio sotto il profilo delle implicazioni giuridiche. L'articolo 5 del disegno di legge al nostro esame si riferisce al consenso soggettivo o, in mancanza di questo, a quello di alcuni membri familiari. Tale articolo concerne la possibilità di incrementare e diffondere una tecnica di grande speranza per l'umanità sofferente e di intervenire rapidamente per il prelievo dell'organo dopo aver effettuato gli accertamenti previsti dagli articoli 2 e 3, sì da non cadere in lungaggini procedurali o comunque in atti tali da compromettere eventualmente la validità dell'organo ai fini del trapianto terapeutico. Occorre, cioè, rispettati alcuni insopprimibili principi di diritto e di controllo e anche in ossequio all'articolo 32 della Costituzione, concernente la tutela della salute, ampliare le possibilità di prelievo e consentire la tempestività del prelievo stesso.

In merito, però, ho dei dubbi, considerato il disposto dell'articolo 5 che riprende, sia

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 28 MAGGIO 1974

pure in maniera differente, il comma secondo dell'articolo 1 della legge 3 aprile 1957, n. 235, modificato dalla legge 2 aprile 1968, n. 519. Non dimentichiamo che quest'ultima legge consentiva il prelievo su tutti i deceduti sottoposti a riscontro diagnostico, a meno che l'estinto non avesse disposto contrariamente in vita, in maniera non equivoca e per iscritto.

Con l'abrogazione della legge n. 519, proposta da questo disegno di legge, cade il quasi generalizzato prelievo su cadaveri sottoposti a riscontro diagnostico e pertanto si incorre in una limitazione di campo che, secondo me, non si allarga con la previsione sussidiaria del consenso da parte di determinati familiari. Dobbiamo tener presente che la legge del 1957, n. 235, esigeva la opposizione e pertanto il campo era più vasto. Da notare che il consenso dei familiari talvolta può risultare financo contraddittorio con la volontà testamentaria, nota *a posteriori*. Infatti, vi è il pericolo che i parenti diano l'assenso e dopo giorni, all'apertura del testamento, si verifichi che la volontà del testatore era di non fare disporre del proprio corpo.

Pertanto, se possibile, l'articolato del consenso dovrebbe basarsi sulla possibilità di effettuare il prelievo comunque, in mancanza di una dichiarazione contraria del soggetto, in considerazione dell'alto fine sociale del trapianto (forse che per l'autopsia e per i prelievi a riscontro diagnostico attualmente è necessario il consenso dei familiari?).

La variazione che viene sottoposta alla vostra attenzione ha già avuto nella commissione di studio promossa dal Ministero della sanità, d'intesa col Ministero di grazia e giustizia, un serrato e fecondo confronto. In subordinata l'articolo 5 a proposito di familiari, dovrebbe prevedere più che il consenso (non facile ad ottenere) almeno la non opposizione da parte degli stessi, ripristinando quanto disposto al comma secondo della legge n. 235 del 1957, soppressa dalla legge n. 519 del 1968.

Credo che l'onorevole Pietro Riccio, relatore per la IV Commissione, vorrà riferirvi sulla conciliazione degli interessi qualche volta contrastanti fra progresso scientifico, tecnica dei trapianti e esigenze di giustizia, e pertanto dell'accavallamento tra il diritto privato e quello pubblico, motivi questi già emersi in sede referente.

Mi riferisco all'articolo 10 del disegno di legge che tratta il caso di insorgenza di sospetto di reato per la morte del potenziale

donatore, con la conseguenziale necessità di essere autorizzati, per poter effettuare il prelievo, dall'autorità giudiziaria. Pertanto si hanno ritardi, procedure lente e doverose cautele; ma soprattutto quello che è importante per noi è che si ha una restrizione notevole nel campo elettivo dei prelievi, in considerazione del fatto che i soggetti affetti da lesioni cerebrali primitive per la quasi totalità interessano la giustizia penale e fondamentali garanzie costituzionali.

In merito bisogna auspicare che in sede di regolamento di esecuzione le norme dell'articolo 10 trovino un meccanismo pratico diretto a concedere un dovuto rilievo alle ragioni di giustizia e, contemporaneamente, a non sottrarre, se non in caso limite, alla terapia del trapianto le possibilità più valide derivanti dal campo dell'infornistica.

In ordine alle pene e multe previste nel disegno di legge, mi sembrano un po' miti quelle enunciate dall'articolo 14, considerato che il provvedimento vieta a chiare lettere per evidenti ragioni giuridiche, medico-biologiche e morali, il prelievo dal cadavere dell'encefalo e delle ghiandole della sfera sessuale o della procreazione.

Dopo quanto ho detto non si possono sottrarre le gravi carenze - rilevate anche dal rappresentante del Governo e da alcuni commissari in sede referente - di questo disegno di legge e per niente superate dalla proposta di legge d'Aquino ed altri in materia di organizzazione sanitaria ai fini dei prelievi ed in specie dei trapianti terapeutici, a meno che non si voglia ammettere che per ora si intende dare un testo unico per la disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico, riservandosi di legiferare in seguito sulle strutture sanitarie che consentano l'espletarsi di questa tecnica, con l'ausilio di un'organizzazione adeguata. Se così fosse io credo che noi commetteremmo un errore evidente: ci limiteremmo a fissare delle norme, forse pregevoli sul piano giuridico, senza ottenere ciò che vogliamo sul piano pratico. Il disegno di legge n. 922 infatti prevede, all'articolo 2, che 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 norma va rivista per il prelievo della cornea); all'articolo 4 prescrive, in caso di soggetti affetti da lesioni primitive cerebrali, che il prelievo venga effettuato solo in enti ospedalieri o in istituti universitari, escludendo invece le case di cura private; all'articolo 9 stabi-



VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 28 MAGGIO 1974

liscie che le operazioni di trapianto devono essere effettuate esclusivamente presso gli enti ospedalieri o gli istituti universitari che siano autorizzati dal Ministero della sanità, previo parere del Consiglio superiore della sanità. Vengono cioè senza dubbio fissate delle norme di garanzia sanitaria, ma le stesse rientrano nell'indirizzo tradizionale, non possono certo valere per prestazioni di alta qualificazione e di rigorosa organizzazione come quelle afferenti il prelievo e quindi il trapianto terapeutico: basti pensare quanto sarebbe positivo che la stessa *équipe* che effettua il trapianto curasse anche il prelievo. Occorre, infatti, una legislazione moderna, occorre superare in proposito il lodevole ma insufficiente pionierismo che abbiamo nel nostro paese, almeno sul piano organizzativo; non possiamo avere istituti per il prelievo a sé stanti, oppure fortunosamente collegati con altri istituti abilitati al trapianto. Bisogna cioè prevedere nel disegno di legge che ci accingiamo a discutere una politica sanitaria, e giungere alla centralizzazione del servizio, così da poter conoscere con immediatezza le potenziali possibilità di prelievo, raccordate con le necessità emergenti dal trapianto.

In merito vi è un ruolo delle regioni — non dimentichiamolo — che hanno competenza esclusiva in materia di assistenza sanitaria. Mi meraviglio, comunque, che un disegno di legge presentato dal Ministero della sanità, valutato e rivalutato dal Consiglio superiore della sanità, cioè dal *summit* scientifico del nostro paese, mostri, proprio dal punto di vista dell'intervento medico, deficienze strutturali, che rischiano di vanificare gli sforzi intrapresi per dare ai prelievi ed ai trapianti una normalità che rimarrebbe però un atto a sé stante se non fosse corredata da tutte le condizioni idonee a consentire l'accesso ottimale ad una tecnica così avveniristica e densa di buone prospettive e di larghe speranze.

Richiamo perciò su questi aspetti l'attenzione degli onorevoli colleghi; non avendo ancora proposte in merito, attendo pareri e suggerimenti, confidando che, al termine del nostro lavoro, il disegno di legge risulti arricchito anche di criteri operativi; auspico a tal fine l'ausilio degli organi tecnici del Ministero della sanità che invero stanno seguendo con diligenza l'*iter* del provvedimento in discussione e hanno già affrontato alcune interessanti indicazioni integrative. Quella a cui daremo il nostro consenso non sarà una legge per la quale si possa concludere la relazione con la frase di rito intesa a raccomandare il provvedimento all'approvazione

dei colleghi, proponendo magari questo o quell'emendamento. Per fortuna, la materia del disegno di legge non richiama visioni politiche, e pertanto il contributo di tutti e di ognuno può divenire più aperto, costruttivo e spontaneo.

Intanto, a confronto della nostra comune fatica, mi preme fornirvi, sia pure brevemente, alcuni cenni di diritto comparato sulla materia. È stata per me un'impresa ardua procurarmi il materiale legislativo: la solitudine del parlamentare emerge più vistosa quando bisogna cimentarsi con argomenti vasti e delicati come questo. Una ventina di paesi hanno emanato una legislazione relativa al prelievo di tessuti ed organi del corpo di persone decedute. Tali legislazioni riflettono, molte volte, la mentalità e le tradizioni dei diversi popoli, e quindi non è neppure facile poterle «parametrare». Mi riferisco comunque ad alcuni aspetti fondamentali di queste legislazioni laddove esse trattano dei criteri di accertamento della morte, dell'intervallo di tempo da osservare per il prelievo (questione del resto ovunque ancora molto dibattuta), del consenso al prelievo stesso e dei luoghi in cui questo viene effettuato. Alcuni testi legislativi precisano i segni ed i criteri di accertamento della morte ed i tempi di prelievo, altri contengono solo delle disposizioni di carattere generale.

Nella Nuova Galles del Sud e nella Tasmania vi è una dichiarazione del medico, dopo l'esame personale, che la vita è spenta ed il prelievo avviene dopo sei ore.

Nel Canada non è stabilita alcuna indicazione circa i criteri di morte ed i tempi di prelievo.

In Danimarca si lascia ogni valutazione esclusivamente al medico, non potendo avvalersi di una regola generale.

In Spagna, invece, i criteri che stabiliscono il decesso sono molto dettagliati, ma tradizionali; non si precisa l'intervallo di tempo prima del quale non si può procedere al prelievo.

In Francia, vi sono due circolari del 1948 e del 1958. La diagnosi precoce di morte può essere stabilita, in aggiunta all'esame diretto, attraverso l'aterotonia, la prova della fluorescina e dai segni dell'etere: processi questi basati sull'arresto della circolazione e del cuore. Vi è, poi, un decreto del 1961 che si basa soprattutto sul carattere distruttore e di irrimediabile alterazione del sistema nervoso centrale, e ciò nel suo insieme è molto simile a quanto si pratica in Italia. Constatato il decesso, si può decidere di prelevare l'organo

e a tal fine proseguire le manovre di rianimazione per non interrompere prematuramente l'irrorazione del sangue nell'organo da prelevare.

Nel Panama vi è l'accertamento del decesso a seguito di paralisi del sistema nervoso, circolatorio e respiratorio ed il prelievo si effettua cinque ore dopo.

Nel Lussemburgo il prelievo avviene dopo 24 ore, limite che si abbassa in caso di segni di decomposizione del cadavere. Negli istituti ospedalieri il prelievo si può effettuare anche subito se vi è un interesse preminente scientifico e terapeutico.

Nelle Filippine, con la riserva di alcune condizioni, il prelievo può aver luogo in ogni momento dopo il decesso.

In Uruguay l'esistenza di mutamenti patologici irreversibili e incompatibili con la vita fissa la morte; prelievo dopo tre ore dal decesso.

Nel Venezuela dopo il responso clinico si può effettuare il prelievo senza dilazione.

Nel Portogallo il decesso viene accertato con i metodi della semiologia medico-legale definiti in un decreto con criteri che si basano sull'assenza di oscillazioni dall'esame elettrocardiografico, dall'arteriotomia radiale sinistra e dall'angiografia, che sono parametri ormai superati. Non evidenziati anche i tempi di prelievo.

In Svizzera vi sono regolamenti cantonali. A Ginevra il prelievo può essere effettuato dopo 24 ore dal decesso, termine che si abbassa in particolari casi. Nel cantone del Nord non si prescrive alcun intervallo per il prelievo.

In Cecoslovacchia il prelievo avviene dopo due ore dal decesso, eccezionalmente prima; la morte viene constatata all'atto dell'irreversibilità delle lesioni.

Interessante è la definizione di morte adottata in occasione della XXII assemblea medica mondiale. La dichiarazione di Sydney precisa: « La determinazione della morte consisterà in un giudizio clinico convalidato, ove occorresse, da alcune tecniche di diagnosi, di cui l'elettroencefalogramma è generalmente il più utile. Tuttavia, allo stato attuale della medicina nessun criterio tecnico può essere da solo sufficiente, così come un solo processo tecnico non può sostituirsi al giudizio di insieme del medico. Se si tratta di fare un trapianto, la decisione che la morte è sopravvenuta deve essere presa almeno da due medici e costoro non devono avere alcun legame diretto con la realizzazione del trapianto. La determinazione del momento della morte di una persona

concede moralmente il diritto di cessare i tentativi di rianimazione, e, nei paesi in cui la legge lo permette, di prelevare organi a condizione che i regolamenti in vigore sul consenso siano stati rispettati ».

In merito al diritto comparato, concernente il consenso, faccio rilevare che nella maggior parte degli Stati si esige la volontà del defunto, spesso la volontà dei parenti prossimi, in pochissimi paesi non si tiene conto né della volontà del defunto, né di quella dei parenti.

In Sudafrica il donatore si deve esprimere in presenza di testimoni e con il consenso di parenti ed amici prossimi.

È più restrittiva la legislazione del Regno Unito, in cui si prevede che il consenso debba essere dato in vita, ma non vi debba essere opposizione da parte di familiari.

Nel Canada, se la persona, già donatore, muore in ospedale, l'autorizzazione di prelievo viene data dall'autorità ospedaliera; se il donatore decede in luogo diverso, l'autorizzazione può essere data dai parenti; se la persona non ha espresso consenso, l'autorizzazione può essere data dai familiari.

L'Australia si uniforma alle disposizioni del Regno Unito.

Gli Stati Uniti si servono del diritto consuetudinario; in alcuni Stati vigono disposizioni particolari. Secondo una statistica, 39 Stati esigono che la persona sia donatore da vivo, pertanto si richiede l'espressione soggettiva del donatore, mentre 16 Stati autorizzano i parenti a dare il consenso.

In Danimarca, che in materia ha una legislazione completa, è consentito il prelievo, purché non vi sia opposizione da parte dell'interessato o dei parenti. La stessa cosa avviene in Finlandia ed in Svezia.

In Francia negli istituti il prelievo viene autorizzato senza indugi anche in assenza dell'autorizzazione della famiglia.

In Spagna si prescrive l'assenso da vivo del *de cuius* e l'autorizzazione della famiglia; se non è possibile rivolgere una richiesta ai membri della famiglia, questi almeno non devono aver manifestato la loro opposizione.

In Svizzera, nel cantone di Ginevra, basta il consenso dei familiari, nel Vaud da parte di un medico con conferma di altro medico.

In Cecoslovacchia il solo ostacolo al prelievo è costituito dalla dichiarazione scritta della persona che si oppone al prelievo.

In merito poi ai luoghi di prelievo e alle persone abilitate a questo, preme rilevare che molti testi non parlano né del luogo né degli operatori autorizzati ad effettuare il prelievo.

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 28 MAGGIO 1974

In Danimarca sono i medici degli ospedali all'uopo autorizzati.

In Spagna sono autorizzati gli enti ospedalieri. Lo stesso nel Panama.

In Portogallo vi provvedono apposite banche organizzate anche da privati.

In Svezia solo negli ospedali autorizzati da decreti reali e da parte dei primari o loro delegati, può essere effettuato il prelievo.

In Cecoslovacchia vi provvede un servizio di anatomopatologia o medico-legale o di istologia in un ospedale con servizio di poli-clinico.

Questi sono gli elementi che ho potuto raccogliere sui testi di diritto comparato; mi scuso per le inevitabili imprecisioni.

Onorevoli colleghi, la relazione vi sarà sembrata anche prolissa, eppure non ritengo di avere trattato tutti i problemi inerenti a questa materia, anzi riconosco che, pur essendomi dilungato nella mia esposizione, non ho certo esaurito l'esame di quei numerosissimi aspetti etici, giuridici, filosofici, medici, morali e religiosi che rimangono dinanzi a noi e che sono tuttora fonti di dubbi e di perplessità. La mia relazione va quindi considerata — anche sulla scorta del lavoro compiuto in sede referente e in comitato ristretto — come la sintesi delle varie questioni attinenti all'argomento in esame. Desidero, infine, ricordare a tutti che l'era dei trapianti non è solo una nuova era per la medicina, poiché essa deve essere tale anche per il diritto.

A conclusione del mio intervento, desidero porre in evidenza l'intenso impegno dimostrato dalle due Commissioni, nonostante l'iter di questi provvedimenti abbia registrato qualche pausa. Vi sono state 5 riunioni congiunte delle due Commissioni e 11 sedute di Comitato ristretto, oltre ad audizioni di esperti che ci hanno chiarito alcuni punti particolari del disegno e della proposta di legge in esame. Non ho nulla da aggiungere e mi rimetto quindi alla Presidenza per il prosieguo dei lavori.

**PRESIDENTE.** Dichiaro aperta la discussione generale.

Nessuno chiedendo di parlare la dichiaro chiusa.

**SPIGAROLI, Sottosegretario di Stato per la sanità.** Il Governo preannuncia la presentazione di emendamenti.

**PRESIDENTE.** Sarebbe stato opportuno che i vari emendamenti fossero pervenuti alla

presidenza prima della discussione degli articoli.

Propongo che sia scelto come testo base il disegno di legge n. 922.

Se non vi sono obiezioni, può rimanere così stabilito.

*(Così rimane stabilito).*

Passiamo quindi all'esame degli articoli.

Do lettura del primo articolo.

#### ART. 1.

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

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

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

Il Governo ha presentato il seguente emendamento:

*Sostituire l'articolo 1 con il seguente:*

#### ART. 1.

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

Salvo quanto disposto nel successivo articolo 1-bis è vietato il prelievo dal cadavere dell'encefalo e delle ghiandole della sfera sessuale e della procreazione ».

L'onorevole Cortese ha presentato il seguente emendamento:

*Sostituire al terzo comma dell'articolo 1 la parola: « sessuale », con l'altra: « genitale ».*

**CORTESE.** Ritengo opportuna questa limitazione perché la sfera sessuale comprende anche l'ipofisi, la tiroide, ecc.

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 28 MAGGIO 1974

SPIGAROLI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Il secondo comma dell'emendamento presentato dal Governo fa riferimento ad un successivo articolo aggiuntivo che il Governo intende presentare; cioè rispetto all'originario articolo 1 si modifica la parte finale, indicando che le modalità in ordine al prelievo dell'ipofisi saranno specificate a parte — appunto in un successivo articolo aggiuntivo — perché il Governo ritiene che questo tipo di prelievo debba essere oggetto di una norma specifica.

Quindi, il Governo presenterà un articolo aggiuntivo che consente il prelievo dell'ipofisi per produrre estratti per la cura del nanismo ipofisario: la modifica introdotta nell'ultimo comma dell'articolo 1 con l'emendamento sostitutivo si riferisce a questa esigenza di raccordo con il successivo articolo aggiuntivo.

PRESIDENTE. Il prelievo dell'ipofisi a scopo terapeutico è anche il contenuto della proposta di legge Chiovini Cecilia.

CHIOVINI CECILIA. Noi saremmo contrari all'emendamento del Governo perché toglie ogni divieto per il prelievo dell'ipofisi, ma lascia libera la produzione dell'estratto (mi riferisco ai motivi illustrati prima).

SPIGAROLI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Non è così, perché la produzione è stabilita dal Consiglio superiore della sanità.

CHIOVINI CECILIA. La soluzione prospettata negli emendamenti del Governo, praticamente a noi sconosciuti, propone di entrare nel merito della produzione del farmaco per il nanismo; trattandosi di due problemi diversi, ripeto ciò che ho detto all'inizio: noi siamo contrari al loro abbinamento.

D'ANIELLO. A parte che anch'io sono d'accordo sul fatto che quanto riguarda il prelievo dell'ipofisi che il Governo vorrebbe introdurre non debba invece essere trattato in questa sede per le ragioni che abbiamo detto prima, per potere avere un'idea più completa vorrei pregare il rappresentante del Governo di leggerci anche gli altri emendamenti che intende presentare. Poi potremo discutere a ragion veduta il testo dell'articolo 1.

CASAPIERI QUAGLIOTTI CARMEN. Qui si tratta di cambiare anche il titolo del provvedimento, di fare un'altra legge.

CORTESE. Lo scopo di questo progetto di legge risiede nell'esigenza di avere quegli elementi certi di morte che permettono di operare dei prelievi.

Allo stato attuale della scienza, in seguito ai trapianti già effettuati, si è visto che il tipo di trapianto che probabilmente resisterà alla usura del tempo è quello renale, mentre per gli altri si sta studiando la possibilità della sostituzione meccanica, cioè delle protesi.

Lo scopo del provvedimento in esame è soltanto quello di stabilire con certezza quando il chirurgo può effettuare il prelievo di un organo vitale, tolto il quale l'ammalato non potrebbe tornare in vita. Questo è il fine immediato; se domani si potrà prelevare l'ipofisi, il colon o il pancreas, è una questione che vedremo in seguito.

Il tema dell'ipofisi non rientra nell'ambito di questo provvedimento se non indirettamente, cioè per sapere quando un cadavere può essere utilizzato per il prelievo; sarà il progresso della scienza che ci dirà quali altri organi potranno essere prelevati in futuro, però parlare oggi del prelievo dell'ipofisi — che oltretutto comporta tutt'altri problemi di ordine organizzativo, e soprattutto immunologico — non ha senso. Vorrei a questo proposito ricordare che per esempio gli HL sono H leucociti, e che nel solo gruppo A ce ne sono una trentina, con un numero infinito di possibili incompatibilità immunologiche. Quindi il problema è estremamente vasto, ed esula dalla portata del provvedimento in esame.

Il disegno di legge prevede quello che non si deve fare sul cadavere, anche avendolo a disposizione.

RAMPA. Sul punto nodale ora in discussione penso valga la pena di riflettere un momento, per trovare la giusta soluzione. Ritengo che l'unica contraddizione in cui potremmo cadere se sosteniamo l'emendamento del Governo, riguardi il titolo del provvedimento che parla di prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico. Nel caso dell'ipofisi si potrebbe correttamente sostenere che non si tratta di trapianto terapeutico, ma di uso terapeutico, cioè di terapia vera e propria. Ma nessuno di noi dovrebbe fermarsi di fronte a questo ostacolo formale, se pensiamo che sia possibile, attraverso un emendamento al disegno di legge sui trapianti (tralasciando ed affidando ad altre leggi tutta la parte operativa, la produzione, la distribuzione, l'assistenza), eliminare un ostacolo giuridico che oggi esiste. Se in Italia non si può provvedere, se non clandestinamente, alla cura di questi pazienti, è perché la legislazione non consente di utilizzare l'ipofisi per uso terapeutico, perché di trapianto del-

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 28 MAGGIO 1974

l'ipofisi non si parla neppure, né in Italia né nel mondo.

Quello che vorremmo, e mi pare che il Governo abbia interpretato questa esigenza, è approfittare di questo disegno di legge senza ulteriori ritardi per sgombrare il terreno da una posizione che probabilmente era stata rigidamente sancita dal legislatore in relazione ai rischi che l'uso terapeutico indiscriminato dell'ipofisi poteva avere; anche per le possibili conseguenze sulla sfera personale e sessuale dell'uomo. Ecco perché il testo governativo, quando questo problema non era stato sollevato dall'onorevole Chiovini Cecilia, prevedeva il divieto del prelievo dal cadavere delle ghiandole della sfera sessuale. Probabilmente se c'è una ragione scientifica non è perché le ghiandole possono essere trapiantate in Italia o nel mondo, ma perché l'ipofisi conteneva principi ormonali che potevano, per falsa o artificiosa terapia, produrre conseguenze nello sviluppo autonomo della personalità.

La scelta che dobbiamo fare è quindi vedere se l'esigenza di evitare una modificazione giuridica di questo *status* impedisce di ipotizzare l'applicabilità della proposta di legge Chiovini Cecilia, o se invece, affrontando, come il Governo ci ha proposto, il problema liberiamo il campo da un ostacolo giuridico, preparando il terreno per inserirvi poi leggi di carattere operativo.

Questo mi pare sia, correttamente, il problema. Se c'è poi contrasto con il titolo attuale del provvedimento, è cosa che si può facilmente superare.

Prego quindi, se possibile, di prendere in esame l'articolo 1 e di approvarlo tenendo conto dell'emendamento del Governo che, ripeto, modifica la legislazione attuale aprendo nuove prospettive.

**RICCIO PIETRO, Relatore per la IV Commissione.** Ho l'impressione, dal momento che non conosciamo gli emendamenti preannunciati dal Governo, né quelli relatore Urso Giacinto, che sarebbe opportuno ci venisse lasciato il tempo sufficiente per prendere visione degli emendamenti stessi nel loro complesso e confrontarli con il testo originario, in modo da poter esprimere un'opinione adeguata non solo rispetto alle modifiche proposte per i singoli articoli, ma sul complesso delle norme che verrebbero modificate.

**URSO GIACINTO, Relatore per la XIV Commissione.** Dobbiamo aver presente che stiamo affrontando una materia delicata e tecnica. Con la variazione all'ultimo comma del

l'articolo 1 proposta dal Governo, da cui discendono l'articolo aggiuntivo ed altri articoli relativi al prelievo dell'ipofisi, mi sembra si compia un passo avanti, perché negli ultimi tempi il problema del prelievo dell'ipofisi si è fatto pressante al fine di combattere il nanismo ipofisario; tanto pressante che è stata presentata appunto un'apposita proposta di legge.

Perché dobbiamo perdere l'occasione, visto quanto è travagliato spesso l'iter parlamentare dei progetti di legge, di inserire nel provvedimento sui trapianti la possibilità del prelievo anche dell'ipofisi? È una domanda che rivolgo a me stesso e ai commissari. Certo dobbiamo riflettere su questi emendamenti che sono stati approntati e credo quindi sarebbe bene accogliere la proposta dell'onorevole Pietro Riccio di rinviare il dibattito ad una prossima seduta per meglio valutare le modifiche proposte.

**PRESIDENTE.** L'onorevole Cortese poco fa ci ha fatto riflettere sul fatto che in questo provvedimento non si parla dei vari organi se non per l'esclusione di alcuni di essi; quindi da questo punto di vista il problema non sarebbe precluso dall'approvazione del disegno di legge così come era stato elaborato.

**URSO GIACINTO, Relatore per la XIV Commissione.** Ma l'ipofisi non si può togliere, con il testo attuale del provvedimento!

**CHIOVINI CECILIA.** Non si può però inserire l'autorizzazione a prelevare una parte del corpo a scopo di estrazione in una legge di regolamentazione generale dei prelievi per i trapianti. Prelievo per estrazione e prelievo per trapianto sono cose estremamente diverse dal punto di vista della finalità.

Quindi se vogliamo affrontare il problema della cura del nanismo ipofisario, lo si deve affrontare nella sua globalità. Inserire l'argomento dell'estrazione per produzione farmaceutica nel contesto di una legge che riguarda il trapianto e non la produzione farmaceutica, è un nonsenso legislativo.

**PRESIDENTE.** Dobbiamo prendere in esame questo nuovo sistema della legge che ci prospetta il Governo dopo averlo letto con attenzione e averlo valutato nel suo complesso. Allo stato, non abbiamo cognizione esatta delle proposte complessive che il Governo intende avanzare, quindi riterrei opportuno rinviare il seguito della discussione.

VI LEGISLATURA — COMMISSIONI RIUNITE (GIUSTIZIA-SANITÀ) — SEDUTA DEL 28 MAGGIO 1974

RAMPA. Pregherei il presidente, se fosse possibile, di fissare allora un termine per la presentazione degli emendamenti e di stabilire anche la data della prossima riunione.

FRASCA, *Presidente della XIV Commissione*. Nella seduta di dopodomani la Commissione sanità potrebbe prendere cognizione delle due proposte di legge ad essa assegnate concernenti il prelievo dell'ipofisi per la cura del nanismo e il prelievo del sangue, per chiederne eventualmente l'assegnazione alle Commissioni riunite, superando così i problemi di ordine procedurale. Il relatore, frattanto, dovrebbe raccogliere gli emendamenti dei commissari e del Governo, provvedendo, se occorre, alla stesura di un nuovo testo della legge.

SPIGAROLI, *Sottosegretario di Stato per la sanità*. Desidero però far rilevare che, in pratica, il Governo intende presentare una sola proposta di modifica avente carattere sostanziale, relativa all'articolo aggiuntivo con cui si consente il prelievo dell'ipofisi. Gli altri emendamenti non alterano la logica, la struttura e la sostanza degli articoli del disegno di legge. Il punto fondamentale, quindi, è l'articolo aggiuntivo, e pertanto io penso che sia opportuno definire sollecitamente questa questione. Successivamente si parla dei modi di produzione dei medicinali che debbono essere utilizzati per la cura del nanismo ipofisario: ma questo è un altro problema. Io penso che dobbiamo definire in via preliminare la questione dell'eventuale inserimento in questo testo del principio relativo al prelievo della ipofisi dai cadaveri per la cura del nanismo. Che poi nel disegno di legge si inseriscano anche norme relative ai criteri operativi e alle tecniche di produzione dei medicinali necessari per queste cure, è un'altra questione: vi sono delle proposte in questo senso che potranno essere accettate o respinte. Ma è importante, a mio avviso, che in una legge concernente i trapianti si preveda il principio del prelievo dell'ipofisi, al fine di evitare una notevole perdita di tempo. Una volta chiarito qual è il problema, accantoniamolo pure per approfondimenti: successivamente prenderemo una decisione in via definitiva. Penso cioè che sia opportuno, proprio ai fini di una maggiore snellezza dei nostri lavori, chiudere la seduta odierna avendo già definito la linea da seguire in ordine a questa materia.

CORTESE. Ma il disegno di legge non contempla un elenco degli organi che possono

essere prelevati da un cadavere: quindi, se noi discutiamo delle modalità di prelievo dell'ipofisi, per quale ragione non dovremmo occuparci, sotto questo profilo, anche di altri organi?

FRASCA, *Presidente della XIV Commissione*. Sul piano formale, nulla vieta al Governo di proporre un emendamento tendente ad aggiungere altre voci all'elenco degli organi che possono essere trapiantati.

PRESIDENTE. Bisogna però precisare che il decreto presidenziale 20 gennaio 1961 contiene il regolamento di esecuzione della legge 3 aprile 1957, n. 235, relativa al prelievo delle parti di cadavere: poiché questa legge risulterà abrogata dall'approvazione del presente provvedimento, anche il regolamento, di conseguenza, risulterà cancellato. A mio avviso, ha pertanto ragione il collega Cortese, il quale si domanda: perché occuparsi soltanto dell'ipofisi e non anche di altri organi?

URSO GIACINTO, *Relatore per la XIV Commissione*. « Il resto » cui accennava il collega Cortese è compreso in un nuovo articolo e quindi non dovrebbero sorgere dubbi in materia. Se comunque i colleghi ritengono di dover esaminare la questione dopo aver preso visione di tutti gli emendamenti sospenderemo il dibattito odierno. In questo caso pregherei i colleghi ed il rappresentante del Governo, ai fini di una maggiore rapidità e semplicità dei nostri lavori, di farmi pervenire in tempo utile gli emendamenti che intendessero presentare.

PRESIDENTE. Sono d'accordo su questo punto. Non sono ancora in grado di fissare la data della prossima seduta, però avverto i colleghi ed il rappresentante del Governo che gli emendamenti potranno essere presentati entro sette giorni da oggi e non oltre.

Se non vi sono obiezioni, può rimanere stabilito che il seguito della discussione è rinviato ad altra seduta.

*(Così rimane stabilito).*

**La seduta termina alle 19,50.**

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO  
DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Dott. GIORGIO SPADOLINI

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO