

COMMISSIONE XIV  
 IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

66.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 27 NOVEMBRE 1985

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIO CASALINUOVO

INDICE

	PAG.		PAG.
<b>Disegno e proposte di legge</b> (Discussione e rinvio):		lievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico (854);	
Senatori BOMPIANI ed altri: Nuova disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico ( <i>Approvati in un testo unificato dalla XII Commissione permanente del Senato</i> ) (3068);		FALCIER ed altri: Norme sui prelievi di parti di cadavere per finalità terapeutiche (1253);	
ANIASI ed altri: Nuova disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico (381);		PASTORE ed altri: Disciplina del prelievo di organi o di parti di organo da cadaveri a scopo di trapianto terapeutico (1447);	
SEPPIA ed ARTIOLI: Nuova disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul pre-		LUSSIGNOLI ed altri: Nuova disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico (2327) .....	3
		CASALINUOVO MARIO, <i>Presidente, Relatore</i> 3,	16
		CECI BONIFAZI ADRIANA .....	16
		GARAVAGLIA MARIAPIA .....	16
		POGGIOLINI DANILO .....	16

PAGINA BIANCA

**La seduta comincia alle 10,30.**

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

(È approvato).

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

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione abbinata del disegno e della proposta di legge di iniziativa dei

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

maldi e Trabacchi: « Disciplina del prelievo di organi o di parti di organo da cadaveri a scopo di trapianto terapeutico »; Lussignoli, Garavaglia, Armellin, Augello, Balestracci, Becchetti, Bianchi, Bonetti, Borri, Bosco Bruno, Brocca, Cafarelli, Coloni, Comis, Dell'Andro, Garocchio, La Russa, Lattanzio, Mannino Calogero, Mancini Vincenzo, Mensorio, Merolli, Napoli, Pasqualin, Patria, Perugini, Portatadino, Quietì, Rabino, Ricciuti, Righi, Rinaldi, Rocelli, Rosini, Rubino, Russo Ferdinando, Russo Raffaele, Sinesio, Sullo, Vincenzi, Viscardi, Zolla e Zoppi: « Nuova disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico ».

Svolgerò io stesso la relazione sul provvedimento.

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

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

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

Una delle polemiche più ricorrenti ha riguardato le autorizzazioni ai prelievi e ai trapianti concesse alle strutture sanita-

rie del nord ma non a quelle del sud. Su un piano di carattere generale, ritengo che bisognerà senz'altro approfondire e correggere le cause che stanno alla base del divario nord-sud nella politica dei trapianti; una situazione, questa, già presente in altri campi della sanità.

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

Del resto, lo stesso presidente della Società italiana per i trapianti di organo, professor Carlo Casciani, ha pubblicamente criticato la divisione dell'Italia con esclusione completa del sud ».

Mi è sembrato opportuno includere questo rilievo nella premessa della mia relazione, anche perché ritengo giusto che la Commissione sanità della Camera, nell'occuparsi dei progetti di legge sui prelievi di organo a scopo di trapianto terapeutico, approfondisca l'argomento e senta il parere del ministro sui problemi che sono stati sollevati e che, sul piano generale, riflettono esigenze di equità nella politica sanitaria per l'intero paese.

Come i colleghi sanno, nella precedente legislatura, la XII Commissione permanente del Senato approvò un testo unificato, successivamente trasmesso alla Camera ma da questa non esaminato a causa dello scioglimento anticipato del Parlamento. Tale testo è stato ripresentato, in questa legislatura, negli identici disegno di legge n. 418 e proposta di legge n. 408, poi approvati, con talune

modifiche, dalla XII Commissione permanente del Senato in data 10 luglio 1985, ed ora al nostro esame nel testo unificato.

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

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

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

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

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

certamente non esiste o non esisterà più per i trapiantati.

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

Per dare qualche dato, ricordo che oggi nel mondo vi sono più di trecento persone con il cuore trapiantato e che il trapianto più lungo risale a 14 anni or sono.

Per quanto riguarda l'attività di prelievo e trapianto di reni da cadaveri, in Italia, esistono, per il quinquennio 1978-1982, dati riferiti dall'Istituto superiore di sanità (cito la relazione del professor Vicari che reca la data del 3 maggio 1983), per altro incompleti, secondo quanto affermato dallo stesso estensore della relazione, soprattutto per difetto d'informazione dovuto alla mancata istituzione del registro nazionale trapianti presso l'Istituto superiore di sanità, in difformità con quanto previsto dall'articolo 14, quarto comma, del decreto del Presidente della Repubblica 16 giugno 1977, n. 409. Dall'analisi compiuta dall'Istituto superiore di sanità emergono diverse considerazioni.

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

Riprendendo un argomento cui avevo già fatto cenno all'inizio della mia relazione, posso ricordare l'attività nel campo dei trapianti di reni da cadavere svolta in Italia nel 1982, secondo i dati forniti dall'EDTA: il numero dei trapianti di rene eseguiti è stato di 231, nettamente inferiore al fabbisogno minimo, se si tiene presente che il numero dei dializzati in Italia nel 1983 è pari a 16.111 (nel 1979 erano 11.285) con una tendenza consolidata all'inserimento di circa 1.500 nuove unità l'anno.

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

Una nota di ottimismo proviene, tuttavia, dai resoconti dell'attività svolta dal North Italian Transplant (NITp) fino al 31 dicembre 1983 (« Trapianto di rene da cadavere »; attività fino al 31 dicembre 1953, presentata dal centro di riferimento del NITp).

Passo ora ad esaminare i precedenti legislativi della materia. Innanzitutto, ricordo la legge n. 235 del 3 aprile 1957, che autorizzava il trapianto di cornea, ispirata esplicitamente all'esempio di don Gnocchi; poi, il decreto del Presidente

della Repubblica 20 gennaio 1961, n. 300, che faceva un elenco « positivo » delle parti del cadavere prelevabili (rimasto sostanzialmente identico anche con i decreti del Presidente della Repubblica 3 settembre 1965, n. 1156, e 5 febbraio 1970, n. 78); la legge n. 644 del 2 dicembre 1975, tuttora vigente, che porta il titolo « Disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico »; il decreto del Presidente della Repubblica 16 giugno 1977, n. 409, che ne approva il regolamento di esecuzione e formula un elenco « negativo » delle parti del cadavere per le quali non è consentito il prelievo. In materia di trapianti tra viventi, possiamo ricordare soltanto la legge 26 giugno 1967, n. 455 (« Trapianto del rene fra persone viventi »); la legge 14 luglio 1967, n. 592, e il relativo regolamento di esecuzione approvato con decreto del Presidente della Repubblica 24 agosto 1971, n. 1256, che riguardano la materia analoga, ma sostanzialmente diversa, delle trasfusioni di sangue.

La disciplina vigente, in materia di prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico (mi riferisco alla legge 2 dicembre 1975, n. 644, e relativo regolamento di esecuzione emanato con decreto del Presidente della Repubblica 16 giugno 1977, n. 409), è incentrata sui due problemi chiave del consenso e dell'accertamento della morte e reca, altresì, numerose disposizioni di carattere organizzativo e penale. In materia di consenso, la legge ha fatto propria la posizione, già formulata dal Consiglio d'Europa, con la risoluzione n. 29 del 1978, di consentire il prelievo ogni volta che non vi sia stata manifestazione esplicita della volontà contraria del defunto. Tale volontà contraria può essere manifestata anche dal coniuge non separato, dai figli maggiorenni o dai genitori. Non si tiene — però — conto della volontà contraria espressa dal defunto o dai congiunti qualora il cadavere debba essere sottoposto a riscontro diagnostico ai sensi

della legge 15 febbraio 1961, n. 83, (« Norme per il riscontro diagnostico sui cadaveri ») o ad operazioni autoptiche ordinate dall'autorità giudiziaria.

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

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

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

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

La situazione attuale conferma l'insufficienza dei detti trapianti rispetto alle ne-

cessità nel nostro paese e una loro concentrazione nell'Italia settentrionale.

Molteplici sono i motivi che fanno ritenere insufficiente la legge n. 644. Il primo è quello relativo al problema del consenso: a tale riguardo, infatti, vi è da rilevare che, se con tale legge si è fatto strada il principio del « consenso presunto », con altre disposizioni della stessa legge, concernenti il potere di opposizione dei familiari del donatore, quel principio si è quasi vanificato.

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

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

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

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

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

Sono in totale circa 4.500 i pazienti italiani che hanno usufruito del trapianto, metodica ormai caratterizzata (nei casi in cui ci sia una precisa indicazione ed ido-

neità clinica) da scarsa mortalità, da elevata percentuale di successo e da riabilitazione eccellente.

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

Si pensi ai quasi mille trapianti della Repubblica federale di Germania o della Francia, od ai 1.200 dell'Inghilterra ed ai 700 della Spagna. Il confronto è ancora più amaro se si pensa che nel 1976 Spagna e Repubblica federale di Germania avevano trapiantato, per milione di abitanti, meno che l'Italia; all'ultimo congresso EDTA hanno potuto dichiarare 15 trapiantati per milione di abitanti mentre l'Italia è rimasta a 5. La Svezia e la Norvegia, con circa 35 trapiantati per milione di abitanti all'anno, coprono il 50 per cento delle nuove immissioni in dialisi e cioè tutti i trapiantabili ».

Mi sembra interessante citare anche, in relazione a tale situazione drammatica che risulta dai dati che ho testé letto, il resoconto per il 1984 del NITp (North Italian Transplant), che ha particolarmente sottolineato quanto segue: « Le liste dei pazienti in attesa di trapianto si sono ulteriormente incrementate e molti attendono ormai da oltre un lustro, molti presentano una età limite per il trapianto oppure sviluppano, con il passare degli anni, complicanze che li rendono non più idonei.

La carenza di strutture di trapianto nel sud fa sì che ai centri del nord affluiscono molti pazienti non residenti i quali, per gli scarsi prelievi di reni effettuati nel sud, hanno minore probabilità di essere trapiantati rispetto a quelli del nord.

Un altro squilibrio che si è verificato nelle liste di attesa deriva dal fatto che il rene di gruppo 0 può essere innestato anche in pazienti di altri gruppi sanguigni, mentre i reni dei gruppi A, B ed AB non possono essere trapiantati su pazienti di gruppo 0.

Inoltre, il numero dei pazienti immunizzati od iperimmunizzati per precedenti trasfusioni, gravidanze o per altri motivi è in continuo aumento. Ad esempio, i pazienti in lista di attesa di un secondo o terzo trapianto costituiscono quasi il 20 per cento del *pool* dei trapiantabili.

Infine, il numero degli organi disponibili è rimasto stazionario (anzi, tende drasticamente a contrarsi nei primi mesi del 1985). La necessità di costruire una rete di centri trapianto — ma ancora più di centri prelievo — è impellente; oltre ai bisogni descritti per i pazienti in dialisi (o per i trapianti di cornea), si affacciano con sempre maggior evidenza i bisogni dei cardiopatici e degli epatopatici perché il trapianto di cuore ed il trapianto di fegato sono ormai realtà del presente.

Un dipartimento di trapianto in ogni ospedale regionale dovrebbe essere, quindi, un obiettivo a breve termine.

Tenendo presenti le difficoltà del reperimento di organi e la necessità di creare centri di dimensioni tali da assicurare una tecnologia ed un'esperienza adeguate, ci sembra opportuno indirizzare a questo scopo le risorse con priorità nelle regioni più macroscopicamente carenti, come, ad esempio, la Campania, la Puglia, la Calabria e la Sardegna ».

Il problema dei trapianti a livello europeo merita particolare attenzione, anche in considerazione del fatto che dalle posizioni assunte e dal Consiglio d'Europa e dal Parlamento europeo sono derivati alcuni principi legislativi i quali sono stati consacrati nel testo legislativo ora in discussione.

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

Ricordo innanzitutto la risoluzione n. 29 adottata dal Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa l'11 maggio 1978 sul-

l'armonizzazione delle legislazioni nazionali in materia di prelievo di tessuti ed organi a fini terapeutici.

L'ultima parte della risoluzione è dedicata al prelievo e trapianto di tessuti provenienti da persone decedute. Due sono le norme fondamentali: quella che stabilisce la liceità del prelievo da cadavere salvo volontà contraria del defunto esplicitamente manifestata; quella secondo cui la morte deve essere constatata da un medico che non appartenga alla *équipe* che procederà al prelievo od al trapianto.

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

La seconda proposta di risoluzione, ancora dell'onorevole Krouwel-Vlam, in data 7 aprile 1981, deplorando che non fosse stata ancora presentata al Parlamento la proposta di direttiva chiesta dalla risoluzione n. 24 del 1979 sulle banche di organi, invitava perentoriamente la Commissione a presentare entro sei mesi tale proposta con le relative modalità di esecuzione e ad adottare, alla scadenza dello stesso termine, misure che permettessero a breve scadenza di giungere al coordinamento tra le banche di organi.

La proposta, deferita dal Parlamento europeo l'8 aprile 1981 all'esame della Commissione per la protezione dell'ambiente, la sanità pubblica e la tutela dei consumatori e da questa esaminata in più riunioni sulla base di una relazione dell'onorevole Del Duca, è stata approvata dal Parlamento europeo con una diversa formulazione nella seduta del 15 aprile 1983. La risoluzione invita la Commissione ad elaborare nel termine di un anno una regolamentazione destinata a migliorare il coordinamento e la cooperazione tra le banche europee di organi.

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

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

La nostra legislazione, come ho già ricordato, ha in definitiva accolto — mi riferisco alla legge del 1975 — il principio del « consenso presunto », sia pure con le limitazioni derivanti dalla possibilità di opposizione dei familiari. Ma il

principio del « consenso presunto » diventa molto più esplicito nelle proposte in corso di esame e che ci accingiamo ad approfondire, dopo l'approvazione da parte del Senato.

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

L'articolo 1 della legge 2 aprile 1968, n. 519, introdusse, invece, il principio del consenso presunto, per una categoria limitata di soggetti per la quale doveva esistere l'obbligo di riscontro diagnostico. L'articolo 6 della legge 2 dicembre 1975, n. 644, facendo un vero balzo in avanti, introdusse il principio del consenso presunto, esteso a tutti i soggetti, e, specificatamente, del consenso presunto in mancanza di un dissenso esplicito dichiarato dal donatore. Venne introdotto, altresì, con la legge del 1975, il potere di opposizione dei familiari che, in verità, non era contemplato nella precedente legge n. 519 del 2 aprile 1968. In sostanza, da una parte, si fece un passo avanti in tema di consenso perchè fu introdotto esplicitamente il principio del « consenso presunto », mentre, dall'altra, si compì un passo indietro introducendo l'opposizione dei familiari che, in tal modo, venne a condizionare molto il consenso stesso.

Nel testo unificato al nostro esame, n. 3068, che recepisce il provvedimento pervenuto dal Senato, viene mantenuto il principio del consenso presunto in mancanza di un dissenso esplicito mediante dichiarazione scritta. Peraltro, superando le difficoltà che derivavano dall'opposizione dei familiari, secondo il testo del

1975, si pone, in forma nuova e del tutto diversa, il potere di opposizione dei familiari. Ci troviamo di fronte ad un problema di estrema delicatezza. Desidero sottolineare ciò, nella convinzione che stiamo discutendo di una questione di rilevante importanza, che diventerà sicuramente fondamentale nel corso del dibattito. Ricordo che la Commissione giustizia del Senato, nella passata legislatura, espresse parere negativo sul tema del « consenso presunto », che venne recepito da un provvedimento, il cui *iter* fu interrotto dallo scioglimento anticipato delle Camere. La Commissione giustizia del Senato ritenne che « se pure l'importanza sociale del prelievo di parti di cadavere a scopo terapeutico è indiscutibile, la diffusione di tale pratica non può essere che la conseguenza, appunto per intuibili esperienze di rispetto della persona umana, di un progressivo diffondersi nella popolazione della tendenza a dare volontariamente disposizioni in tale senso e non il risultato di disposizioni coattive, per le quali all'evidente inopportunità si aggiungono serie perplessità di ordine anche costituzionale ». Sulla base di questo ragionamento, la Commissione ritenne inaccettabile ogni forma di consenso presunto al prelievo. Di parere contrario a tale impostazione fu la maggioranza della Commissione igiene e sanità della precedente legislatura che, in armonia peraltro con quanto sostenuto da illustri giuristi, approvò il testo che poi la Commissione della Camera non fece in tempo ad esaminare. La Commissione giustizia della Camera, invece, nella passata legislatura, esprimendo il proprio parere, in data 20 aprile 1983, sul consenso da parte del donatore, ritenne la prevalenza dell'interesse generale su quello del singolo ed aggiunse che « appare eticamente corretto riconoscere alla persona la facoltà di disporre degli organi del proprio corpo anche *post mortem* », che tale diritto « deve essere però riservato al soggetto direttamente interessato alla donazione o ad un suo rappresentante legale » e che « nessun diritto, quindi, deve essere riconosciuto ai congiunti del defunto che non possono

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

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

Per quanto riguarda l'indirizzo giurisprudenziale esistente in materia, dirò subito quale è stato, a quanto mi risulta, quello seguito dalla Corte di cassazione. In una pronunzia del 1971, detta Corte, infatti, affermò che nel nostro ordinamento, pur nella vigenza di norme apparentemente assai limitative, non esiste un diritto del soggetto ovvero, dopo la sua morte, dei prossimi congiunti a vietare la utilizzazione del cadavere per fini di giustizia, atteso che, qualora questi fini debbano essere perseguiti, l'interesse individuale è posposto rispetto a quello generale. Questa affermazione appare ancora più significativa, ove si consideri che l'esigenza di riesumazione del cadavere nasceva, nel caso esaminato dalla Corte,

nell'ambito di una controversia civile avente per oggetto una azione per risarcimento di danno (Giacobbe, *Trapianto d'organo: profili civilistici*, Atti del congresso sul tema « Diritto alla vita, diritto alla morte », CNR, Roma, 5 maggio 1983).

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

Ciò detto, pur trattandosi di un problema particolare e riguardante un trapianto di organo da vivente a vivente, desidero ora ricordare quanto ebbe modo di scrivere il professor Coppi, in una sua interessante relazione, circa i profili penalistici di una sentenza pronunciata nel 1930 dal tribunale di Napoli (Coppi, *Trapianto d'organo: profili penalistici*, Atti del Congresso citato).

« Nel 1930 in quella città per tanti versi singolare e miracolosa che è Napoli » — così commenta il professor Coppi — « accadde un fatto per quell'epoca abbastanza strano e, siccome di questo fatto poi si sono occupati giudici di tribunale, di Corte di appello e di cassazione, io ve lo racconterò con le parole di una delle sentenze pronunciate dai giudici che di tale caso si sono occupati.\* »

Nell'ottobre del 1930 un cittadino americano di San Francisco di Cordova, decaduto nei suoi poteri genetici " in seguito ad abuso ", ricorse ad alcuni sanitari napoletani, invocando, se del caso, l'innesto di una ghiandola sessuale più vigorosa. La notizia fu diffusa e uno studente si offrì di cedere uno dei suoi testicoli: l'offerta fu accettata, il prezzo della cessione fu pattuito in lire 10 mila. L'operazione ebbe luogo con risultato positivo. Lo studente riprese la sua vita consueta: egli ebbe, come prima, le sue estrinsecazioni sessuali e nessuna meno-

mazione riscontrò in queste sue funzioni. L'americano, dal canto suo, riebbe la sua antica forza e riprese gli antichi contatti ».

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

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

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

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

La Corte di cassazione, in ultima istanza, riprese la tematica del consenso dell'avente diritto e, pur confermando la sentenza di assoluzione perchè il fatto

non costituiva reato, nella motivazione « ritornò alla teoria del consenso dell'avente diritto fatta propria dalla prima sentenza ».

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Per quanto riguarda l'accertamento della morte, i criteri di accertamento per arresto cardiocircolatorio e la composizione del collegio medico che lo esegue sono stati mutati per consentire l'incremento del prelievo delle cornee, che possono essere espantate fino a sei ore dalla morte ed anche a domicilio del donatore. È stato così eliminato l'esame elettroencefalografico e conseguenzialmente la presenza del medico esperto in elettroencefalografia dal collegio peritale. È infatti scientificamente acquisito che la registrazione di un elettrocardiogramma « piatto » per venti minuti consecutivi è garanzia sufficiente per affermare con certezza non soltanto che l'arresto cardiaco è definitivo, ma anche che una eventuale ripresa della funzione cerebrale è impossibile. Viene altresì abbreviato da dodici a sei ore il periodo di accerta-

mento della morte cerebrale, purchè ciò avvenga in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale o di ipotermia indotta artificialmente, nonché di malattie endocrine o metaboliche da accertare clinicamente.

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

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

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

Le nuove disposizioni consentiranno e faciliteranno il prelievo delle cornee, di cui esiste un elevato fabbisogno, nella casa del donante. La morte in tal caso — ed anche qui è necessario sottolinearlo — dovrà essere dichiarata da un medico car-

diologo che accerti la cessazione dell'attività cardiaca per un periodo minimo di venti minuti almeno, con una innovazione notevole rispetto alla legge attualmente in vigore.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La proposta di legge n. 1447, che, sul problema dell'accertamento della morte, si differenzia dalle altre, presenta — dall'onorevole Pastore ed altri colleghi del gruppo comunista, all'articolo 3 dispone specificamente che l'accertamento della morte deve essere espressamente demandato alla scienza ed alla coscienza dei medici chiamati ad esprimersi, prevedendo esplicitamente che « il prelievo è possibile soltanto allorché un collegio di tre medici, abilitati all'esercizio della

professione e designati dalla struttura sanitaria in cui è avvenuto il decesso, ha accertato lo stato di morte sopravvenuta». È sul medico che deve ricadere interamente la responsabilità dell'accertamento del decesso.

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

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

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

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

ADRIANA CECI BONIFAZI. Innanzi tutto desidero unirmi all'omaggio che il nostro presidente ha rivolto alla memoria dei primi donatori italiani di cuore.

Ciò detto, è mia intenzione richiamare l'attenzione del ministro Degan su una constatazione di fatto: questi primi donatori (tutti molti giovani) sono deceduti a seguito di incidenti stradali. È presumibile ritenere che incidenti così gravi si sarebbero potuti evitare se già fosse in vigore nel nostro ordinamento la legge

che prevede l'obbligo dell'uso del casco per i motociclisti. Sarebbe veramente paradossale, ora, che alla nostra coscienza si ponesse il quesito di salvare « normativamente » la vita di alcuni individui favorendo, contestualmente, la morte di altri. Sono certo che il ministro Degan vorrà farsi carico di questo mio rilievo, sollecitando l'iter di un provvedimento di legge che, già approvato da questo ramo del Parlamento, ha trovato ostacoli, a mio avviso immotivati, al Senato.

Concludendo, desidererei chiedere se non sia opportuno abbinare alla discussione delle proposte di legge in esame anche il provvedimento riguardante il trapianto di midollo, considerato anche che tale abbinamento è avvenuto presso l'altro ramo del Parlamento.

DANILO POGGIOLINI. Mi sento in dovere di rivolgere un sentito ringraziamento al presidente Casalinuovo per aver svolto una ponderosa, puntuale e dettagliata relazione sulla materia in oggetto.

MARIAPIA GARAVAGLIA. Condivido il giudizio testé espresso dall'onorevole Poggiolini.

PRESIDENTE. Ringrazio gli onorevoli Poggiolini e Garavaglia.

Prendo atto della richiesta formulata dall'onorevole Ceci Bonifazi. La questione sarà affrontata in seno all'ufficio di presidenza.

Il seguito dell'esame del provvedimento è rinviato ad altra seduta.

**La seduta termina alle 11,55.**

---

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO  
DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI  
DOTT. TEODOSIO ZOTTA

---

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO