

COMMISSIONE XIV
IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

67.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 28 NOVEMBRE 1985

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIO CASALINUOVO

INDICE

	PAG.		PAG.
Disegno di legge (Discussione e rinvio):		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);	
Ulteriori disposizioni nell'attesa della riforma istituzionale delle unità sanitarie locali (<i>Approvato dal Senato</i>) (3113-ter)	3	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);	
CASALINUOVO MARIO , <i>Presidente</i>	3, 4, 9, 10, 11	FALCIER ed altri: Norme sui prelievi di parti di cadavere per finalità terapeutiche (1253);	
ARTIOLI ROSSELLA	8	PASTORE ed altri: Disciplina del prelievo di organi o di parti di organi da cadaveri a scopo di trapianto terapeutico (1447);	
BARONTINI ROBERTO	7	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)	11
CURCI FRANCESCO	10	CASALINUOVO MARIO , <i>Presidente, Relatore</i> ..	11, 16, 18
GUERZONI LUCIANO	10	PASTORE ALDO	11
LUSSIGNOLI FRANCESCO	9	SEPPIA MAURO	16
MAZZONE ANTONIO	4, 9		
PALOPOLI FULVIO	9		
SARETTA GIUSEPPE , <i>Relatore</i>	3, 9, 10		
TAGLIABUE GIANFRANCO	5		
Disegno e proposte di legge (Seguito della discussione e rinvio):			
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)			

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 10,20.

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

(È approvato).

Discussione del disegno di legge: Ulteriori disposizioni nell'attesa della riforma istituzionale delle unità sanitarie locali (Approvato dal Senato) (3113-ter).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Ulteriori disposizioni nell'attesa della riforma istituzionale delle unità sanitarie locali », già approvato dal Senato nella seduta del 30 luglio 1985.

Comunico che per la seduta odierna è stata concessa la prescritta autorizzazione, sulla base del conforme orientamento a tenerla espresso da parte di tutti i gruppi.

L'onorevole Saretta ha facoltà di svolgere la relazione.

GIUSEPPE SARETTA, *Relatore*. Al nostro esame abbiamo il disegno di legge n. 3113-ter che costituisce uno stralcio del disegno di legge n. 3113, già approvato dal Senato.

In particolare, esso consta della lettera c) del comma 1 e dei commi 2, 3, 4 e 5 dell'articolo unico del disegno di legge sopra citato, stralciati con deliberazione dell'Assemblea nella seduta del 26 novembre 1985.

La lettera c) dell'articolo unico disciplina la composizione del collegio dei revisori; il punto 2 dello stesso articolo pre-

vede che nei comuni con popolazione superiore a 500 mila abitanti l'ambito territoriale di attività di ciascuna unità sanitaria locale venga determinato dal comune, anche in deroga ai limiti indicati dall'articolo 14, primo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833. La stessa disposizione si applica ai comuni nel cui territorio, alla data del 30 maggio 1985, operino due o più unità sanitarie locali.

Pur non soffermandomi sugli altri punti contenuti nel provvedimento di legge, come relatore, non posso non richiamare l'attenzione della Commissione sul carattere di urgenza che riveste il disegno di legge in esame. A tale riguardo, dirò soltanto che dal 12 maggio, data di rinnovo degli enti locali, il paese sta ancora aspettando che il Parlamento approvi le indicazioni normative nel rispetto delle quali dovranno poi essere rinnovati gli enti di gestione. Le competenze di questi ultimi enti sono di rilevantissima importanza e urgenza, riguardando il settore della programmazione, il bilancio, il rendiconto consuntivo. Il mancato rinnovo di tali enti, infatti, a seguito del nuovo quadro politico (effetto dei risultati elettorali del 12 maggio), sta portando incertezze e instabilità in periferia.

Desidero ricordare brevemente le finalità del provvedimento: in primo luogo, il collegamento tra l'ente locale ed il governo della sanità; in secondo luogo, la possibilità di rendere più agili e meno pletorici le assemblee ed i comitati; infine, la distinzione del momento politico da quello tecnico, demandando alle assemblee la facoltà di indirizzo e di controllo, ed ai comitati di gestione l'autonomia e la responsabilità di gestione, nel rispetto degli indirizzi politici stabiliti.

Inoltre, in attesa della riforma delle autonomie locali è opportuno ridisegnare un sistema di controllo e garanzia, di trasparenza ed efficacia degli organi dell'amministrazione, ridefinendo anche, per le aree metropolitane, le competenze del comune, l'ambito territoriale delle unità sanitarie locali e la potestà di coordinamento. Questo è quanto il provvedimento — proveniente dal Senato e rinviato dall'aula in Commissione — poneva alla nostra attenzione.

Tuttavia, ritengo che l'ampio dibattito svoltosi in aula e le posizioni espresse dai gruppi politici — sia pure in modo informale — inducano a considerare le necessità di introdurre elementi di novità. Mi riferisco all'opportunità di inserire una parte — certamente non esaustiva, ma necessaria — che delinei, quanto meno, l'ufficio di direzione. Ciò non solo per rispondere alle esigenze politiche provenienti da alcuni gruppi presenti in Commissione, ma anche per fornire completezza al provvedimento, per la parte concernente gli organi di gestione ed amministrazione delle unità sanitarie locali.

In conclusione, invito i colleghi a far pervenire al relatore gli emendamenti che riterranno opportuno presentare, al fine di poterli esaminare e coordinare per una rapida approvazione del provvedimento.

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali.

ANTONIO MAZZONE. Desidero ribadire la contrarietà del mio gruppo sulla procedura seguita per l'esame di questo provvedimento, ivi compresa l'assegnazione in sede legislativa. Noi riteniamo, infatti, che così facendo si distolga l'attenzione dell'opinione pubblica dalla cosiddetta « miniriforma » che, in effetti, aggrava la posizione e la presenza dei partiti politici nei comitati di gestione, invece di attenuarla o, addirittura, eliminarla, così come il mio gruppo domandava.

Voglio rappresentare, inoltre, una difficoltà di carattere tecnico. Personalmente, ho già presentato emendamenti; ora vorrei proporre altri con riferimento ai con-

trolli dei collegi dei revisori dei conti ed alle disposizioni per la mancata attuazione delle norme legislative, ma non mi è possibile. Non ho gli strumenti per farlo; allo stato, non dispongo nemmeno dello stampato parlamentare. Questo lo dico, in quanto non intendo arroccarmi su posizioni ostruzionistiche né ritardare i lavori di un provvedimento che deve essere definito, anche ricorrendo a « storture » regolamentari.

Ricordo che l'esigenza manifestata dal mio gruppo e da altre forze politiche (liberali) riguardava la necessità di correggere quella « stortura » — che politicamente la Camera avallò con un voto a sorpresa — rappresentata dal fatto che i presidenti dei comitati di gestione potevano essere eletti soltanto nell'ambito dei componenti il consiglio comunale. È chiaro che né il relatore né altre parti politiche potranno cambiare la sostanza, ma nel momento in cui avete affrettato tutto, vorremmo dal partito comunista — che preferisce la presenza di più partiti nella gestione dei comitati delle USL — una dichiarazione di intenti politici (considerata la posizione assunta al Senato), al fine di rivedere quello che a noi sembra un emendamento assurdo, dal punto di vista della credibilità politica, nel momento in cui si tenta di impadronirsi di un comitato di gestione attraverso il presidente.

In conclusione, vorremmo conoscere la posizione del gruppo comunista in merito alla richiesta, avanzata da noi e da altre forze politiche, di rivedere la prima parte dell'articolo che prevede l'elezione del presidente soltanto nell'ambito dei componenti il consiglio comunale.

PRESIDENTE. Sospendo la seduta per consentire l'acquisizione degli atti parlamentari e per valutare la procedura da seguire nel prosieguo.

La seduta, sospesa alle 10,45, è ripresa alle 10,55.

PRESIDENTE. Riprendiamo la discussione.

GIANFRANCO TAGLIABUE. Il relatore ha ricordato le tappe del provvedimento che è nuovamente all'esame della nostra Commissione, ed io vorrei fossero ben chiari la vicenda che abbiamo alle spalle e l'ulteriore *iter* del disegno di legge.

Il disegno di legge in oggetto deriva da uno stralcio della cosiddetta « riforma della riforma » il cui obiettivo fondamentale era quello di tentare di ordinare in modo diverso le elezioni degli organi gestionali delle unità sanitarie locali. Il provvedimento del Governo, composto di un solo articolo, faceva riferimento alla composizione delle assemblee — accogliendo in modo positivo il dibattito politico e culturale aperto nel Paese — e del comitato di gestione, in cui esistono orientamenti e opinioni diverse; reintroduceva in modo negativo un meccanismo di controllo, attraverso il collegio dei revisori dei conti — su cui sarebbe opportuno riflettere, considerate le esperienze di questi anni; non scioglieva sostanzialmente il nodo delle grandi aree metropolitane e introduceva norme conclusive di dubbia validità sul piano costituzionale.

Abbiamo cercato allora come gruppo comunista di dare un contributo, nel senso di mantenere il provvedimento collegato alla legge n. 833, in particolare all'articolo 15, e alla riforma delle autonomie locali, il cui testo è stato predisposto dalla I Commissione del Senato e che è in discussione in quel ramo del Parlamento.

Nel dare questo contributo abbiamo verificato le contraddizioni esistenti all'interno dei gruppi di maggioranza. Mentre al Senato i gruppi di maggioranza sul testo della riforma delle autonomie locali, riferita in particolare al settore della sanità e al ruolo che si vuole assegnare ai comuni, hanno concordato seri orientamenti, in questa sede, anziché lavorare per coordinare l'assestamento della legge n. 833, articolo 15, alla riforma delle autonomie locali, si sono ulteriormente allontanati da ambedue i provvedimenti.

Ricordo che nella assemblea di Bari del 18-19 ottobre scorso l'assemblea del-

l'ANCI ha approvato all'unanimità un ordine del giorno in cui si invitava il Parlamento a raccordare strettamente la legge di assestamento della riforma sanitaria al testo della riforma delle autonomie locali.

Non si capisce perché il relatore, nel riproporre alla nostra attenzione questo punto specifico, non dica nulla in proposito e faccia finta di non sapere che esiste questo orientamento unanime degli amministratori comunali.

Il nostro gruppo, ripeto, ha invece lavorato per un raccordo del provvedimento alla legge n. 833 e alla riforma delle autonomie locali e il nostro emendamento approvato in aula (che è stato poi oggetto di giudizi e interpretazioni errate anche da parte di organi di stampa) muoveva in questa direzione. Il suo valore — anche se si può discutere se quella modifica, dal punto di vista della formulazione, coglieva a pieno gli orientamenti della Commissione che ha elaborato il testo della riforma delle autonomie locali — non può essere messo in discussione, perché restituiva correttamente il governo della sanità agli enti locali.

Ma proprio nel momento in cui l'Assemblea si era espressa favorevolmente sull'emendamento del gruppo comunista, il ministro aveva chiesto il rinvio del provvedimento in Commissione, bloccando in tal modo l'*iter* dello stesso.

Vorrei fossero ben chiare a noi e all'opinione pubblica le responsabilità del tempo che si è perduto, di fronte all'urgenza di indicazioni chiare in merito al rinnovo degli organi di governo delle unità sanitarie locali. Nella relazione che accompagna il decreto-legge che ha congelato le procedure di rinnovo degli organi di gestione si precisa che ciò viene fatto in attesa dell'approvazione da parte del Parlamento delle « leggine » in discussione. Ma non viene accennato, sempre nella relazione, che il provvedimento di rinnovo degli organi era già all'esame dell'Assemblea e che, se non ci fosse stato questo atto governativo, avrebbe già potuto essere approvato e pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale*.

A nostro avviso il decreto di congelamento proposto dal Governo, oltre ad essere lesivo dell'autonomia delle regioni, interviene in modo negativo nel processo già in atto di rinnovo, sulla base della legislazione regionale, degli organi di governo delle unità sanitarie locali.

L'intervento del Governo ha provocato problemi molto seri per il funzionamento delle unità sanitarie locali.

Nell'esaminare il disegno di legge oggi all'ordine del giorno devono essere molto chiare le vicende trascorse e la direzione di marcia per il prosieguo della discussione.

Siamo certamente disponibili a fornire il nostro contributo, perché sia approvato un disegno di legge concernente una effettiva riforma delle autonomie locali. Indubbiamente, questa nostra disponibilità è subordinata ad una effettiva volontà delle forze politiche della maggioranza di sciogliere, in modo positivo, quei nodi normativi ancora esistenti nel provvedimento in oggetto. In particolare, mi riferisco alla questione della composizione del collegio dei revisori dei conti e a quella riguardante l'ambito territoriale di attività di ciascuna unità sanitaria locale nei vari comuni del nostro paese.

Un altro tema che il gruppo comunista si farà carico di esaminare attentamente è quello riguardante la disciplina degli uffici di direzione. Non è certamente addebitabile al nostro gruppo la responsabilità che nel disegno di legge n. 3113 non è prevista una specifica norma sugli organi politici di governo dell'unità sanitaria locale (mi riferisco, per esempio, all'assemblea e ai comitati di gestione). Tale responsabilità, infatti, è sola del Governo, che ha redatto l'articolo unico in esame.

Ciò detto, riaffermata la nostra disponibilità a discutere dei vari problemi che scaturiscono dall'esame del provvedimento, riteniamo opportuna una pausa di riflessione, a fronte anche di molteplici perplessità che su determinati punti hanno già manifestato alcuni gruppi, qui presenti. Proprio a tale riguardo, ricorderò che sulla materia in oggetto fu con-

cordemente deciso di presentare e varare un ordine del giorno che impegnava il Governo (ed in particolare il ministro della sanità Degan) ad emanare quei decreti, ritenuti necessari, atti a fornire indicazioni alle regioni, in merito alla concreta applicazione della normativa vigente in materia.

Il relatore Saretta non può disconoscere questi precedenti nel momento in cui ci occupiamo di questo provvedimento di legge; si tratta — lo ribadisco — di arrivare ad un orientamento comune di tutti i gruppi politici sul tema dei compiti deliberativi, di indirizzo e di controllo delle assemblee delle unità sanitarie locali.

In altre parole, l'urgenza di pervenire all'approvazione di questo provvedimento, che, come è noto, è derivato dalla decisione di stralcio di una parte dell'originario disegno di legge n. 3113, non deve, in ogni caso, ingenerare equivoci di sorta in materia. Ed è per questo che mi permetto di richiamare l'attenzione delle forze di maggioranza a mantenere quanto promesso (soprattutto con riferimento al delicato problema delle aree metropolitane ad alta densità di popolazione) agli amministratori delle unità sanitarie locali. La buona volontà e la disponibilità non possono rimanere mere affermazioni di principio, ma debbono concretizzarsi nel varo di un testo legislativo che comporti una effettiva riforma delle autonomie locali.

Quanto poi alla problematica relativa agli uffici di direzione e alla opportuna, oltre che giusta e corretta, distinzione fra quelle che sono le responsabilità politiche delle assemblee delle USL e quelle dei loro comitati di gestione, ricordo che più volte il gruppo comunista ha sostenuto la necessità di evitare confusioni interpretative delle norme. La « piccola riforma » che si intende introdurre con il disegno di legge n. 3113-ter trova il gruppo comunista sostanzialmente favorevole, a patto che essa avvenga in stretto collegamento con la legge n. 833, e in particolare con l'articolo 15, nonché con la riforma delle autonomie, come è andata delineandosi

nell'altro ramo del Parlamento. Per questo, motivi di chiarezza sono alla base di alcuni emendamenti che il nostro gruppo presenterà in materia di bilanci e consuntivi, progetti, programmi e politica dell'organizzazione e distribuzione del personale delle USL. Dovranno, in particolare, essere ben definite le responsabilità dei comitati di gestione (meglio sarebbe chiamarli comitati esecutivi) nel momento di dare pratica attuazione alle delibere delle assemblee.

Attendiamo che su tutta questa materia emerga un chiaro orientamento del relatore e delle forze della maggioranza, nonché eventuali proposte emendative alternative alle nostre. Mi auguro, tuttavia, che questa Commissione vorrà tenere presente lo stretto collegamento della norma in oggetto con l'articolo 15 della legge n. 833; in particolare, occorrerà che siano evitate attuazioni regionali difformi tra loro. Per questo non si può non avvertire l'esigenza di una rilettura del testo normativo che va delineandosi: un passo, questo, propedeutico alla presentazione di proposte emendative.

Un'altra questione che merita la nostra attenzione, è quella relativa alle procedure di rinnovo degli organi di gestione delle USL. Anche in questo caso, non c'è dubbio che la norma dovrà subire delle modifiche per superare quelle preoccupazioni e difficoltà che si sono manifestate a seguito dell'emanazione del decreto-legge per il congelamento di tali procedure.

Come ho già affermato, una rilettura attenta della prima parte (approvata dall'aula) e della seconda (posta alla nostra attenzione), forse, ci indurrà a qualche puntualizzazione per evitare la disarticolazione applicativa sul piano delle legislazioni regionali. Quando entreremo nel merito del provvedimento, specificheremo agli altri gruppi la ragione di questa richiesta.

Dunque, un atteggiamento positivo e propositivo quello del gruppo comunista, per dotare gli organi di governo delle unità sanitarie locali, cioè l'assemblea ed i comitati di gestione, dei contenuti e

delle responsabilità che gli competono. Dedicheremo attenzione alla discussione di merito riguardante l'ufficio di direzione e gli aspetti concernenti le modalità per un rapido rinnovo degli organi di governo delle unità sanitarie locali. Infine, da parte del mio gruppo, sarà compiuto uno sforzo affinché il provvedimento mantenga un rapporto, coerente e costante, con la riforma delle autonomie locali.

In questo senso, credo di aver fornito una risposta al collega Mazzone, il quale domandava se avessimo abbandonato le posizioni sostenute: non le abbiamo abbandonate, ma, semmai, ribadite. Lavoreremo perché il provvedimento posseda le potenzialità e le caratteristiche idonee al superamento delle difficoltà esistenti e sia in grado di offrire alle unità sanitarie locali ed ai loro organi, nuove capacità per affrontare le complesse tematiche dell'attuazione della riforma sanitaria.

ROBERTO BARONTINI. Signor presidente, signor rappresentante del Governo, colleghi, sarò breve perché non intendo ripetere le considerazioni espresse in aula durante quell'ampio, interessante e suggestivo dibattito che, purtroppo, si concluse immeritabilmente, in modo piuttosto squallido.

Personalmente, ritengo che la questione della cosiddetta « miniriforma » abbia valore se collegata all'urgenza delle risposte che dobbiamo fornire, e non altro.

Bisogna stare attenti che interventi di assestamento e razionalizzazione non scardinino i principi informativi della legge n. 833; bisogna stare attenti che qualsiasi intervento di razionalizzazione e riassetto cerchi di superare — forse in questa sede marginalmente, ma con la maxiriforma, in maniera più sostanziale — le « storture » istituzionali e gestionali emerse durante la vigenza della legge di riforma sanitaria.

Il discorso, a mio avviso, deve essere circoscritto agli amministratori delle unità sanitarie locali: in particolare, occorre fornire una risposta rispetto al si-

stema di elezione dei comitati di gestione che sia uniforme per l'intero territorio nazionale, in modo tale da raggiungere l'obiettivo (che ritengo prioritario) della maggiore snellezza delle procedure di gestione.

A questo punto, il discorso del « congelamento » — che l'onorevole Tagliabue ritiene negativo — rappresenta, a mio giudizio, un fatto positivo perché, in sostanza, siamo riusciti a fornire risposte in attesa che altri problemi possano essere affrontati, quando il provvedimento tornerà in questa sede.

Non nutro alcuna preoccupazione per le problematiche strettamente giuridiche ed istituzionali inerenti al collegamento tra la revisione dell'assetto giuridico del comitato di gestione e la riforma delle autonomie locali. Tuttavia, intendo ribadire l'importanza della collocazione centrale dell'ente locale, rispetto al problema relativo alla programmazione ed alla gestione della sanità (storicamente, per quanto ci riguarda, si ricollega ad uno dei momenti di critica che il mio partito rivolse all'assetto istituzionale delle unità sanitarie locali).

Il comune, singolo od associato, deve divenire il punto di riferimento, il centro delle scelte compiute in materia sanitaria, perché rappresenta la sede in cui, nella maniera più concreta, pregnante ed incisiva, avviene il raccordo tra società civile ed organo politico.

Il problema è più complesso dal punto di vista gestionale. Un argomento che è ritenuto da tutti importante in questa sede e per questo provvedimento abbastanza circoscritto è quello del rapporto tra organi di governo e organi di direzione; tra attività programmatica di indirizzo (da parte dell'assemblea dei comuni) ed attuazione tecnica si colloca, quale *trait d'union* di carattere istituzionale e gestionale, il comitato di gestione. Ritengo che il problema dell'esecutività, cui ha accennato poco fa il collega Tagliabue, sia importante. L'esecutività di per sé è tale da escludere certi livelli di discrezionalità e molto spesso è in contrasto con l'autonomia delle scelte. In altri

termini, se scelte di indirizzo e di programmazione vengono fatte a livello di assemblea e se l'attuazione di queste, dal punto di vista tecnico, spetta all'ufficio di direzione, si restringe lo spazio discrezionale, politico e decisionale, del comitato di gestione e viene anche meno il riferimento alle competenze specifiche di questo organo.

Il problema è di dare spazio, autonomia, capacità decisionale, in altri termini « potere », all'ufficio di direzione.

Credo che il Comitato ristretto (ai cui lavori non ho partecipato) abbia cercato, nei limiti della valenza della legge che stiamo discutendo, di attuare il superamento dell'articolo 15 della legge n. 833 che non ci ha mai visto concordi. Con questo superamento si potrebbe arrivare — non so se in questa sede, ma spero in una successiva — a svincolare gli uffici di direzione, soprattutto per quanto riguarda i vertici, da pressioni politiche e partitiche. Da parte nostra auspichiamo che i direttori vengano assunti tramite concorso, e non per chiamata. I problemi sottolineati, che riprenderemo al momento opportuno, ci preoccupano molto, perché, considerata la ristrettezza di spazi e di scelte politiche che si sta ipotizzando, l'esecutività del comitato di gestione, che diventa esecutività delle scelte, può diventare potere, e grosso potere, nei rapporti di condizionamento tra comitato di gestione e uffici di direzione.

Se questo nodo importante venisse sciolto, forse potremmo anche superare l'amarazza che ci derivò dalla mancata approvazione del provvedimento in Assemblea.

Se viene oggi risolto il problema del rapporto tra organi di governo e di direzione, in base agli orientamenti da noi e da altri colleghi espressi in aula e in questa sede, probabilmente il tempo non è trascorso inutilmente e ha prodotto il risultato positivo di dare uniformità di indirizzo e di « scongelare » una situazione, modificando ciò che andava corretto.

ROSSELLA ARTIOLI. Il gruppo socialista si rimette alle considerazioni già

espresse in sede di discussione del provvedimento n. 3113.

PRESIDENTE. Nessun altro chiedendo di parlare, dichiaro chiusa la discussione sulle linee generali.

Informo i colleghi che le Commissioni che devono esaminare il provvedimento in sede consultiva non si sono ancora pronunciate. Considerato che il disegno di legge è stato assegnato alla nostra Commissione il 27 novembre, occorre attendere la scadenza dei termini previsti dal regolamento per l'espressione di detti pareri per proseguire nell'esame del provvedimento. Inoltre, sono stati preannunciati emendamenti al testo al nostro esame.

GIUSEPPE SARETTA, Relatore. Mi rendo conto che i nostri lavori debbono procedere nel pieno rispetto delle norme regolamentari, ma non posso fare a meno di sottolineare l'estrema urgenza che riveste il disegno di legge n. 3113-ter.

Apprendere, in questa sede, che vari gruppi parlamentari hanno intenzione di presentare formalmente emendamenti al testo del disegno di legge, crea in me non poche perplessità, in quanto ciò sicuramente comporterà un prolungamento dell'iter legislativo del provvedimento. Più volte (e secondo me a ragione) sentiamo parlare di una non corrispondenza del paese reale con quello legale. Ebbene, i tempi di una reale e concreta democrazia debbono mutare giorno per giorno; ciò è anche possibile — come in questo caso — con l'approvazione di provvedimenti di legge di portata limitata.

FRANCESCO LUSSIGNOLI. Condivido le considerazioni testé formulate dal relatore e, quindi, anch'io sono preoccupato di un eccessivo prolungamento dell'iter legislativo di questo disegno di legge.

Mi auguro che, dato il carattere di urgenza e l'inizio, tra qualche giorno, della sessione di bilancio, il provvedimento sia approvato dalla nostra Commissione entro il 18 dicembre prossimo.

Per questi motivi e proprio per accelerare i tempi di esame del progetto di

legge, riterrei opportuno che gli eventuali emendamenti fossero presentati dai gruppi parlamentari nella seduta odierna.

ANTONIO MAZZONE. Mi associo a quanto ha detto poc'anzi il presidente circa il necessario rispetto delle procedure e delle disposizioni regolamentari.

Ritengo che il gruppo del MSI-destra nazionale abbia dimostrato la propria disponibilità nel condividere la richiesta di deroga per l'odierna riunione in sede legislativa, in concomitanza con i lavori dell'aula.

Il provvedimento di legge in esame, indubbiamente, è importante e abbisogna di una rapida approvazione. Tuttavia, un rapido iter legislativo non deve in alcun modo pregiudicare la validità della norma. Una pausa di riflessione è pertanto opportuna, anche perché ciò permetterà a tutti di rendersi conto se il provvedimento di legge debba o meno essere modificato. D'altra parte, mi pare che l'onorevole Tagliabue, a nome del gruppo comunista, si sia riservato la possibilità di presentare emendamenti *ad hoc*.

Preannuncio fin d'ora la formalizzazione di proposte emendative da parte del gruppo MSI-destra nazionale, al quale appartengo, ritengo che il disegno di legge, una volta acquisiti i prescritti pareri delle Commissioni competenti, potrà essere approvato entro la prossima settimana.

FULVIO PALOPOLI. Desidero rispondere al collega Mazzone, in merito alla richiesta di deroga avanzata stamane. A mio avviso, non si può in un primo momento essere contrari alla sede legislativa e poi, successivamente, accoglierla! Lei aveva la possibilità di non accettarla, ma ha accettato alla discussione del provvedimento ritenendo importante arrivare alla conclusione dell'iter.

Comunque, intendo ribadire che il mio gruppo ha espresso l'adesione alla discussione, ed eventuale approvazione, della nuova formulazione del testo, proprio per superare la situazione creatasi, e mi di-

spiace di non vedere più il ministro della sanità, perché fu lui a chiedere il rinvio del provvedimento in Commissione. Tutti sanno, quindi, che non ci sono « eventuali » responsabilità, perché, mentre la maggioranza ed il MSI-destra nazionale votarono a favore del rinvio, il partito comunista si espresse contro. Le responsabilità, dunque, sono chiare!

È nostra intenzione arrivare rapidamente alla conclusione: per questo abbiamo acceduto anche alla proposta formulata dal gruppo liberale che, però, pone un ulteriore problema, in quanto affronta l'argomento dell'ufficio di direzione, non previsto nel disegno di legge. Sulle decisioni da adottare in merito, sono sorte alcune difficoltà, in quanto un conto è voler dare al problema una soluzione consona al carattere del provvedimento in esame, cosa diversa è l'introduzione di profonde modifiche.

In ordine alla procedura da seguire per l'esame del provvedimento, il mio gruppo concorda con la proposta formulata dal presidente, che consente la massima funzionalità dei lavori nel rispetto del dettato regolamentare.

Tuttavia, se i pareri che le Commissioni di merito debbono esprimere dovessero pervenire prima del termine previsto, potremmo incontrarci mercoledì per procedere alla discussione.

A mio avviso, la strada indicata dal presidente è percorribile e consente di lavorare alla definizione delle questioni che, sul piano politico, sono ancora aperte, al fine di arrivare il più rapidamente possibile alla conclusione dell'*iter* legislativo.

LUCIANO GUERZONI. Intervengo brevemente per replicare al relatore. Trovo singolare lamentarsi, oggi, sulla lunghezza delle procedure regolamentari, dal momento che, se non fosse stata avanzata la richiesta di rinvio in Commissione (da parte del relatore e del Governo), il provvedimento sarebbe stato certamente approvato un mese fa!

In relazione alla proposta formulata dal gruppo liberale, riguardante l'ufficio

di direzione, ricordo che tale argomento costituiva il tema di un emendamento presentato in aula, per cui, se fosse proseguito il confronto in quella sede, il provvedimento sarebbe stato approvato.

FRANCESCO CURCI. Dal momento che la Commissione si trova ad attendere pareri rispondenti più a motivazioni di ordine procedurale che a motivazioni di carattere sostanziale e di merito, credo che potremo compiere uno sforzo nel senso indicato dal relatore, cioè quello di addvenire con urgenza all'approvazione del provvedimento in esame, ovviamente superando le perplessità che da varie parti politiche erano già state manifestate sull'originale disegno di legge n. 3113.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, vi sono norme regolamentari che non possono essere eluse.

Le Commissioni interpellate per l'espressione di un parere possono farlo, di norma, nel termine di otto giorni. Il rispetto di quei termini è per noi obbligatorio, ma ciò non esclude la possibilità di concludere tempestivamente l'*iter* del provvedimento pur rinviandone il prosieguo della discussione a mercoledì della prossima settimana, soprattutto se nel frattempo si lavorerà, in via informale, alla elaborazione concertata degli emendamenti.

Per quanto riguarda la sua osservazione in merito all'assenza del ministro, debbo ricordarle, onorevole Palopoli, che è in corso la Conferenza dei capigruppo e che l'onorevole Degan ha ritenuto opportuno parteciparvi proprio per prospettare l'esigenza di inserire la discussione del provvedimento assegnatoci in sede referente nel calendario dei lavori d'aula di mercoledì o giovedì della prossima settimana.

Ritengo che la Commissione abbia messo in movimento tutti i meccanismi necessari per licenziare sia il disegno di legge assegnatoci in sede legislativa sia il disegno di legge assegnatoci in sede referente.

GIUSEPPE SARETTA, *Relatore*. Condivido la proposta da lei avanzata, signor

presidente, di rinviare a mercoledì della prossima settimana il prosieguo della discussione del disegno di legge n. 3113-ter, purché da parte dei gruppi vi sia l'impegno di non presentare ulteriori emendamenti nel corso della nuova seduta, cosa che, ovviamente, non ci consentirebbe di completare in quella sede l'iter del provvedimento.

PRESIDENTE. Il seguito della discussione del disegno di legge n. 3113-ter è rinviato alla seduta di mercoledì della prossima settimana. Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

Seguito della discussione del disegno e della 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 produzione 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 organi da cadaveri a scopo di trapianto terapeutico (1477); 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 il seguito della discussione abbinata del disegno e della proposta di legge di iniziativa dei senatori Bompiani ed altri: « Nuova disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo della 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 ed altri: « Nuova disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo della ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico »; Seppia ed Artioli: « Nuova disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo della ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico »; Falcier ed altri: « Norme sui prelievi di parti di cadavere per finalità terapeutiche »; Pastore ed altri: « Disciplina del prelievo di organi o di parti di organo da cadaveri a scopo di trapianto terapeutico »; Lussignoli ed altri: « Nuova disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo della ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico ».

Ricordo che nella seduta di ieri sera era stata da me svolta la relazione.

Dichiaro, pertanto, aperta la discussione sulle linee generali.

ALDO PASTORE. Giungiamo alla discussione della nuova normativa legislativa in tema di trapianto di organi in sensibile ritardo rispetto all'evoluzione scientifica e tecnologica avvenuta in questo settore in Italia e, con molta probabilità, anche rispetto alle modificazioni intervenute nella coscienza della gente sui temi più delicati e controversi dell'intera problematica, vale a dire sui temi relativi alla donazione di organi che in qualche modo coinvolge la sfera morale e psicologica di ogni singolo individuo.

Credo che tutti i colleghi convengano sul fatto che è ormai necessario, anzi indispensabile, addivenire al superamento della legge n. 644 del 1975 e del relativo regolamento di esecuzione, vale a dire il decreto del Presidente della Repubblica n. 409 del 1977.

Sembra che le difficoltà che si sono incontrate e si incontrano tuttora in Italia, nell'effettuare trapianti, siano più di ordine giuridico che di ordine tecnico-scientifico. Possiamo dire (e la storia di quest'ultimo decennio è sicuramente dimostrativa in tal senso) che si sono rivelati decisamente più ardui da superare i problemi giuridici che non quelli rappresentati dalle cosiddette crisi di rigetto. L'esempio più evidente, in questo senso, ci viene offerto dal caso dei trapianti di cornea; come è noto si tratta, nella fattispecie, di una operazione che dà ottimi risultati; ciò è dimostrato dal fatto che, nel caso di trapianto per cheratocono, la sopravvivenza del tessuto trapiantato è pressoché indefinita nel 98 per cento dei casi.

Ebbene, nonostante questi dati statistici, il miglioramento delle conoscenze scientifiche e l'affidamento delle tecniche operatorie, i prelievi e i trapianti di cornea si sono ridotti negli ultimi anni di circa il 25 per cento, rispetto a quelli effettuati prima dell'entrata in vigore della legge n. 644 del 1975.

Stiamo assistendo, in questo settore, ad un esasperante allungamento dei tempi di attesa per i pazienti, seriamente bisognosi di questo semplice intervento riparatore.

Non dissimile è la situazione dei trapianti renali: dal 1966 (anno in cui venne effettuato il primo trapianto renale) al 1984 sono stati complessivamente eseguiti 2.848 trapianti, di cui 453 nel 1983 e 449 nel 1984.

Il numero risulta veramente esiguo, soprattutto se confrontato con quello dei pazienti sottoposti a dialisi (circa 16 mila nel 1982 e circa 20 mila nel 1985) e ancor più se si tiene conto che degli attuali 20 mila dializzati quasi la metà di essi (e cioè circa 9 mila soggetti) potreb-

bero essere restituiti a condizioni di salute pressoché normali, attraverso il trapianto renale.

Secondo i dati dell'*European Renal Association*, nel 1982 i trapianti renali eseguiti in Italia equivalevano ad un rapporto di 4,1 per milione di abitanti, superiore soltanto a quello della Bulgaria (0,1), dell'Egitto (0,2), della Polonia (1,4), della Jugoslavia (1,9) e dell'Ungheria (3,9), ma nettamente inferiore a quello di altri paesi dell'Europa occidentale ed orientale.

Analizzando la situazione geografica dei trapianti renali eseguiti in Italia nel 1983, si nota facilmente che la grande maggioranza di essi è avvenuta al nord, con 378 trapianti, di cui 355 da cadavere e 23 da vivente, mentre al centro-sud il numero dei trapianti renali si è ridotto ad un totale di 75, di cui 54 da cadavere e 21 da vivente.

A rendere più evidente ed eloquente la drammaticità della situazione viene poi il dato dei 211 pazienti che, nel solo 1983, hanno dovuto recarsi all'estero per essere sottoposti a trapianto. Vale la pena di sottolineare, a questo proposito, la notizia secondo la quale molti ospedali degli Stati Uniti d'America hanno deciso di limitare il numero degli interventi di trapianto sui cittadini stranieri. In Gran Bretagna, si fanno sempre più forti le voci di coloro che propongono di escludere gli stranieri dalle liste di attesa; sono notizie, queste, che rendono evidentemente più difficile e più drammatica la situazione degli emodializzati del nostro paese.

È evidente che, persistendo questo stato di cose, lo squilibrio nel rapporto « trapiantabili-trapiantati » è destinato progressivamente ad aumentare con gravi danni socio-sanitari per gli sfortunati cittadini affetti da insufficienza renale, ma anche con un onere economico rilevantisimo, ed in continua crescita, per il servizio sanitario nazionale e, quindi, per l'intera collettività nazionale.

Con stima probabilmente riduttiva, si calcola che un singolo paziente in emodialisi costa al servizio sanitario nazionale circa 22 milioni di lire all'anno,

senza contare il costo degli esami periodici di laboratorio, eventuali ospedalizzazioni e terapie necessarie per condizioni direttamente o indirettamente dipendenti dalla insufficienza renale.

Possiamo stimare che per il 1982 il servizio sanitario nazionale abbia sopportato un onere di circa 350 miliardi di lire (in quello stesso anno i dializzati sono stati 16.111), salito a 385 miliardi nel 1983. Per ogni anno successivo a quest'ultimo è possibile prevedere che l'incremento minimo di spesa si manterrà intorno a 35 miliardi, senza considerare l'aumento del costo dei materiali e del personale di assistenza.

Il costo del trapianto renale, invece, è valutato attualmente in circa 23 milioni di lire per paziente per il primo anno, ma, per ogni anno successivo, il paziente, con trapianto funzionante, costa al servizio sanitario nazionale una media di 2 milioni di lire.

I dati sin qui esposti sottolineano, dunque, la gravità del problema dei pazienti con insufficienza renale cronica terminale e l'inadeguatezza (ed anche l'antieconomicità) del programma di trapianto renale fin qui svolto.

Tralascio per ragioni di brevità (ed anche perché non mi sembrano significativi ai fini del nostro discorso) i dati relativi a trapianti di altri organi — cuore, polmone, fegato, pancreas, midollo osseo — trapianti che, tuttavia, sono destinati ad aumentare, almeno numericamente, una volta che si saranno affinate e migliorate le metodologie tecniche di trapianto, e risolti i complessi problemi immunologici che attualmente sono ancora riscontrabili.

Torniamo dunque al tema iniziale e, quindi, a discutere del perché rimane ancora difficile in Italia la possibilità di pervenire ad interventi di trapianto.

A nostro giudizio (l'ho detto poc'anzi, ma intendo ribadirlo) le difficoltà non risiedono in fattori tecnici, perché proprio i fatti di questi giorni, relativi al continuo susseguirsi di trapianti cardiaci con esito positivo, ci inducono a ritenere che in Italia esistono strutture pubbliche e per-

sonale dipendente pienamente idonei ad effettuare trapianti, anche se, in questo settore, continuano a permanere — lo ricordava il presidente — sostanziali differenze tra il nord e il sud d'Italia; differenze che vanno ascritte, tuttavia, non tanto e non solo a deficienze tecniche o ad incapacità professionale, quanto, soprattutto, ad una organizzazione e ad una gestione politica del potere locale che vengono ad incidere anche sull'etica e sul costume della popolazione e portano, oggettivamente, ad un arretramento globale del meridione rispetto al nord d'Italia.

Le difficoltà non vanno riferite nemmeno, a nostro giudizio, ad una presunta indisponibilità dei cittadini italiani a donare organi; in realtà l'AIDO, dal 1973 ad oggi, pur con pochi mezzi di informazione e di propaganda a sua disposizione, è riuscita a reclutare 482 mila iscritti, a creare 87 sezioni provinciali e 1.395 gruppi comunali.

Tuttavia, la stessa AIDO — il cui auspicio è quello di poter un giorno non lontano cessare di funzionare come associazione, allorquando si sarà diffusa in Italia un'adeguata cultura dei trapianti tra la popolazione — la stessa AIDO, dicevo, ritiene che, con opportune ed adeguate iniziative di informazione, sia possibile giungere ad una adesione alla donazione di gran lunga maggioritaria tra l'intera popolazione italiana.

Le difficoltà sono, dunque, di ordine strettamente giuridico. Nasce da questa oggettiva constatazione la necessità di modificare la legislazione attuale e di renderla armonica non solo con il progresso scientifico e tecnologico, ma anche con le modificazioni di costume e del modo di pensare intervenute tra le nostre genti.

Nella relazione introduttiva alla proposta di legge n. 1447, abbiamo cercato di individuare gli elementi negativi della legislazione attuale. A nostro giudizio, tali elementi sono: in primo luogo, la complessità e la macchinosità delle procedure richieste per l'accertamento della morte; in secondo luogo, l'insoluta questione

della denominazione; infine, la mancanza di una seria e razionale politica di programmazione nel settore dei trapianti.

Oggi, ci troviamo di fronte ad un testo, licenziato dalla XII Commissione del Senato il 10 luglio 1985, che mira a dare una soluzione positiva ai problemi sopra accennati.

Per quanto concerne il primo aspetto dell'intera problematica, vale a dire la definizione delle procedure richieste per l'accertamento della morte, debbo dire che il presidente, nella sua relazione introduttiva, ha illustrato diffusamente e correttamente le posizioni da noi espresse nella proposta di legge n. 1447.

Desidero ripetere brevemente l'essenza della nostra proposta e la *ratio* alla quale essa si ispira. Noi abbiamo suggerito che lo stato di morte sopravvenuta venga accertato da un collegio di tre medici, abilitati all'esercizio della professione e designati dalla struttura sanitaria in cui è avvenuto il decesso; l'uso degli strumenti tecnici idonei allo scopo è facoltativo e lasciato, in ogni caso, alla discrezione del collegio medico.

La soluzione da noi proposta appare conforme ai disposti legislativi di molte nazioni che hanno disciplinato recentemente la materia: ci riferiamo, in particolare, alle leggi dell'Austria, della Repubblica democratica tedesca e della Francia.

La *ratio* di questa nostra scelta è presto detta: riteniamo che il giudizio sulla morte (che ha plurime metodiche di accertamento, ma unico nella sua essenza concettuale) debba essere affidato all'uomo e non alla macchina. Pertanto, tale giudizio deve, a nostro parere, ricadere interamente sull'uomo a ciò preposto, vale a dire sul medico. L'esatta definizione dello stato di morte è — secondo noi — un problema di etica professionale e di coscienza che ha, come base, doti di capacità, di preparazione, di possesso, di valido ed onesto uso degli strumenti assegnati al medico.

Inoltre, la formulazione da noi proposta, oltre ad essere ineccepibile sul piano morale, potrebbe consentire di rendere più agile e meno macchinosa la proce-

dura per l'accertamento dello stato di morte, e, di conseguenza, potrebbe rendere più agevole il prelievo degli organi, risolvendo positivamente i complessi problemi posti, attualmente, dalla chirurgia sostitutiva.

Tuttavia, signor presidente, non intendiamo arroccarci su rigide posizioni di principio. Riteniamo che nostro obiettivo prioritario debba essere la rapida approvazione dell'attuale disegno di legge: per questa ragione siamo disponibili ad approvare gli articoli 4, 5 e 6 così come definiti dalla XII Commissione del Senato.

In particolare, condividiamo la disposizione, prevista nell'articolo 5, di abbreviare da dodici a sei ore il periodo di accertamento della morte cerebrale. Tale riduzione dei tempi potrà consentire l'incremento del prelievo delle cornee ed inoltre permetterà di avere a disposizione organi più vitali con maggiori possibilità — dunque — di successo nell'intervento operatorio di trapianto.

Per quanto riguarda, invece, l'insoluta questione del consenso, mi sembra che la formulazione della norma contenuta nell'articolo 2 sia confusa, macchinosa e, altresì, in contraddizione con il primo comma dell'articolo 1 e con le norme definite nell'intero articolo 8.

Nella nostra proposta di legge ci siamo dichiarati seriamente favorevoli al principio del consenso presunto (o silenzio-assenso che dir si voglia) ed abbiamo cercato di motivare con argomenti, che riteniamo fondati, questa nostra scelta.

Desidero ripetere brevemente quanto contenuto nella relazione introduttiva alla nostra proposta di legge.

Abbiamo sostenuto che l'attuale legislazione italiana si dibatte tra due opposti interessi: il primo è quello « collettivo », legato all'irrinunciabile progresso della scienza medica ed all'introduzione di nuove, e sempre più avanzate, terapie chirurgiche, che mirano ad assicurare la sopravvivenza a pazienti già condannati, chiedendo in cambio la mutilazione delle altrui spoglie.

Il secondo interesse è quello del « singolo », vincolato al rispetto della persona umana (nel suo irrinunciabile *unicum* psicofisico) che proietta queste sue esigenze anche al di là della morte, conferendo quasi una sacralità al cadavere, la cui scomposizione non può non evocare immagini di degradazione.

Ora noi riteniamo che di fronte ai due interessi precedentemente citati (« collettivo » ed « individuale ») debba prevalere l'interesse generale rispetto all'interesse del singolo; crediamo altresì sia logico, razionale ed eticamente corretto riconoscere alla persona potenzialmente donatrice la facoltà di disporre degli organi del proprio corpo anche *post mortem*. Tuttavia, a nostro giudizio, questo diritto o facoltà deve essere riservato unicamente al soggetto direttamente interessato alla donazione o ad un suo rappresentante legale; mentre, a nostro modo di vedere, nessun diritto può essere riconosciuto ai congiunti del defunto, in quanto questi si arrogerebbero una titolarità dei diritti di disposizione che spetta, in linea di principio costituzionale, solo al diretto interessato, proprio perché si tratta di un interesse personale o individuale, la cui tutela non può essere delegata ad altra persona, anche se unita all'interessata da vincoli di parentela.

Sin qui, dunque, le nostre convinzioni. Nel testo approvato dalla XII Commissione del Senato è stato conservato il principio del consenso presunto (o silenzio-assenso che dir si voglia), in assenza di contraria disposizione in vita sicuramente accettabile 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; tuttavia viene sancito un obbligo generale per tutti i cittadini, a partire dal sedicesimo anno di età, a manifestare l'assenso o il dissenso alla donazione di organi o tessuti del proprio corpo a scopo di trapianto terapeutico.

Ho affermato poc'anzi che tale norma (definita all'articolo 2) appare macchinosa

e contraddittoria; in particolare essa appare antitecamente contrapposta all'impianto concettuale dell'intero articolo 8. Non riusciamo infatti a capire perché la titolarità del diritto di disposizione dei propri organi *post mortem* venga negata nei casi di prelievo di organi durante i riscontri diagnostici o di operazioni autoptiche (per i quali casi nessuna opposizione è possibile, né preventiva — in vita — del soggetto interessato, né dei parenti), mentre invece la stessa titolarità debba venire riconosciuta nel caso di prelievo di organi a scopo di trapianto.

Mi si dirà che nel caso di riscontri diagnostici o di operazioni autoptiche l'interesse della collettività prevale sull'interesse dell'individuo, e quindi non è necessario chiedere l'assenso alla donazione. Ma anche la donazione di organi, interpretando correttamente l'articolo 32 della nostra Costituzione, è un interesse della collettività. Se la salute è interesse della collettività e non solo diritto dell'individuo, esiste, per il prelievo di organi a scopo di trapianto, lo stesso interesse pubblico che obbliga al riscontro diagnostico o all'autopsia.

Per queste ragioni noi consideriamo non soddisfacente la formulazione dell'articolo 2, così come esso è stato definito dagli onorevoli senatori. Non ci sembra, d'altra parte, che il testo dell'articolo 2 sia conforme alla posizione già formulata dal Consiglio d'Europa con la risoluzione n. 29 del 1978, quella cioè di consentire il prelievo ogni volta che non vi è stata manifestazione esplicita della volontà contraria del defunto. Cercheremo quindi di apportare a questo articolo gli opportuni emendamenti per renderlo maggiormente rispondente al principio del consenso presunto precedentemente illustrato.

Trovano invece il nostro consenso le norme definite agli articoli 16, 17 e 18 del disegno di legge n. 3068, perché esse vengono a colmare una delle più gravi carenze attualmente esistenti, cioè l'assenza di una seria e razionale politica di

programmazione nel settore dei trapianti; le disposizioni contenute in questi articoli ci sembrano conformi alle norme sancite dalla legge n. 595 del 23 ottobre 1985 e molto simili — almeno concettualmente — a quanto previsto dall'articolo 7 della nostra proposta di legge.

Lascia in noi, peraltro, qualche perplessità il disposto del primo comma dell'articolo 10, laddove si prevede, relativamente alle sedi dei prelievi di organi parenchimali, anche la dotazione del reparto di neurochirurgia; ci sembra una previsione veramente eccessiva che condurrà fatalmente ad una notevole limitazione del numero dei prelievi essendo molto ridotto il numero degli ospedali attualmente dotati di questo reparto.

Nel complesso, tuttavia, pare a noi che il disegno di legge approvato dal Senato sia da considerarsi positivamente perché viene a superare i difetti dell'attuale legislazione e perché viene a mettere al passo la nostra giurisprudenza sulla materia con il progresso scientifico e con l'evoluzione culturale della nostra popolazione. Rimangono — ripeto — le nostre perplessità sull'articolo 2, ma ci auguriamo che esse possano essere superate da una nuova formulazione del medesimo.

PRESIDENTE. La ringrazio, onorevole Pastore, per il suo intervento estremamente interessante. Prima di dare la parola all'onorevole Seppia, che mi ha chiesto di intervenire nella discussione sulle linee generali, desidero ricordare ai colleghi della Commissione che egli è stato relatore sul medesimo provvedimento nella VIII legislatura. L'anticipato scioglimento di questa non ha però consentito la conclusione dei lavori iniziati. Anche nella IX legislatura l'onorevole Seppia avrebbe senz'altro svolto la funzione di relatore sul provvedimento in esame, se ciò non gli fosse stato impedito dalla gran mole di lavoro che, per le ragioni che tutti conosciamo, si trova ad affrontare.

MAURO SEPPIA. La ringrazio, signor presidente. Desidero anzitutto sottolineare

la positività dei nostri lavori, cioè il fatto che, finalmente, il provvedimento di modifica della legge n. 644 è prossimo al traguardo. Nel momento in cui fu emanata, la legge n. 644 sembrava essere non solo all'altezza dei tempi, ma addirittura anticipare talune aspettative presenti in Europa. Con il tempo, invece, si è dimostrata una normativa in grado di realizzare ciò che in tema di trapianti era lecito attendersi, tanto che non vi è stato, come era nelle aspettative, uno sviluppo del settore all'altezza delle conoscenze tecniche raggiunte dalla scienza italiana e delle stesse strutture di carattere ospedaliero, sia per quanto riguarda i trapianti di cornea e di reni, sia per la cardiocirurgia. Vi sono stati esperimenti interessanti, per quanto concerne i trapianti del fegato e del pancreas, rimasti però un momento isolato, senza sviluppo conseguente. Al forte aumento di domande di intervento non è conseguito un corrispondente aumento di offerta e ciò ha incentivato il pellegrinaggio di cittadini italiani in altri Stati (e questo è un fenomeno che in campo sanitario rattrista moltissimo).

Probabilmente questa situazione si è determinata per una serie di limiti e di inesattezze presenti nella legge n. 644, le cui norme sono caratterizzate da un eccesso di tutela e di rigidità di carattere tecnico-giuridico.

Per quanto riguarda innanzitutto l'accertamento della morte, è da rilevare l'eccessiva macchinosità e rigidità delle procedure previste.

In secondo luogo, per quanto riguarda il consenso, il tipo di procedura contemplata affidava ai familiari del donatore la decisione finale, senza riuscire a rimuovere gli elementi culturali e psicologici di fondo che ci trasciniamo dietro da millenni, in base ai quali esiste una specie di diritto dei parenti sul corpo *de cuius*. Si tratta di un'arretrata concezione culturale che è largamente diffusa nel nostro paese.

Un terzo elemento di carattere limitativo presente nella legge n. 644 era rela-

tivo alle procedure autorizzatorie, così lunghe ed estenuanti da allungare enormemente i tempi per quanto riguarda sia i prelievi sia i trapianti.

Di fronte a questa serie di limitazioni, ci si è posti in modo serio il problema di una nuova normativa in materia. Con franchezza debbo dire che il testo approvato dalla XII Commissione del Senato recepisce molti degli orientamenti espressi nella nostra Commissione al termine della precedente legislatura. È da rilevare che siamo stati particolarmente sfortunati in questo ramo del Parlamento perché una serie di circostanze — il Governo che già in una fase avanzata di esame nella nostra Commissione di un provvedimento di modifica della legge n. 644 era intervenuto con una propria iniziativa, spostando così la discussione al Senato e la fine della legislatura — non ci ha consentito di approvare questa legge.

Ricordo che il dibattito si era sviluppato in modo particolare su due temi di fondo: l'accertamento della morte e il consenso. Si tratta di due problemi sui quali non vi è un unanime orientamento.

Personalmente concordo con l'impostazione data dal nostro presidente che, partendo dal presupposto di un interesse collettivo da tutelare, superiore al comportamento, alla cultura e ai diritti individuali, prevede la disponibilità del corpo per un atto di grande solidarietà nei confronti della collettività, atto che assume non solo un valore etico e religioso, ma esalta il senso laico dello Stato.

Ma non possiamo, pur con questo tipo di impostazione che peraltro non da tutti è accettata, non tener conto di resistenze reali per combattere le quali non basta una nuova e diversa educazione sanitaria, ma è necessario modificare la cultura e la mentalità della gente.

Nel testo del Senato, pur con i limiti e le contraddizioni che esso presenta, emerge come elemento di grande novità il consenso presunto. Dobbiamo dire che l'AIDO è un'associazione che ha fatto

grandi passi in avanti, ma ha trovato forti resistenze, solo se si pensa che dopo dodici anni di attività gli iscritti di questo organismo che hanno avuto il coraggio di esplicitare la disponibilità del loro corpo sono soltanto tremila. Occorre dire che la solidarietà, la disponibilità soggettiva trova limiti e resistenze a livello medio è anche in casi meno traumatici dei trapianti, ad esempio per la donazione del sangue. Ciò considerato, il modo in cui è affrontata la questione del consenso rappresenta un elemento innovativo, per cui si impone di approvare rapidamente la norma.

Un ulteriore elemento importante è quello relativo alle procedure di legittimazione amministrativa per quanto riguarda sia i prelievi sia i trapianti. Le procedure sono state snellite notevolmente, senza defatiganti e difficili riunioni di commissioni nazionali per le verifiche, dando così la possibilità di individuare rapidamente i centri di prelievo e di trapianto.

In proposito non vi è soltanto un problema di carattere legislativo, ma ve n'è uno organizzativo.

Concordo con il presidente che molto spesso sono i pregiudizi che portano a considerare che le strutture sanitarie del centro-nord siano migliori di quelle del mezzogiorno: Ma vi è anche un problema di carattere organizzativo che va risolto nel più generale contesto del funzionamento del servizio sanitario nazionale. In questo ambito le *équipes* altamente specializzate che effettuano i trapianti sembra che costituiscano una specie di oasi, un mondo molto lontano e diverso dalle strutture medie; dobbiamo allora far sì che vi sia una crescita complessiva delle strutture ospedaliere. Abbiamo bisogno di portare avanti un discorso che esca dalla legge sui trapianti come tale e che affronti il problema del funzionamento del servizio sanitario nazionale.

Anche se il provvedimento meriterebbe delle correzioni — non sul piano dei grandi principi, ma su quello pratico e

operativo — ritengo, di fronte all'urgenza che esso riveste, che lo si debba approvare senza modificazioni, per evitare una rincorsa tra Camera e Senato che allungherebbe i tempi di approvazione di una normativa ormai sentita nel paese.

Concludendo, sottolineo con soddisfazione che è giunto finalmente in dirittura di arrivo un provvedimento importante, in grado di rispondere alle esigenze di un paese civile e moderno.

PRESIDENTE. Il seguito della discussione è rinviato ad altra seduta.

La seduta termina alle 12,50.

*IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO
DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
DOTT. TEODOSIO ZOTTA*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO