

# SENATO DELLA REPUBBLICA

VI LEGISLATURA

## 12<sup>a</sup> COMMISSIONE

(Igiene e sanità)

### 43° RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDUTA DI GIOVEDÌ 10 APRILE 1975

Presidenza del Presidente MINNOCCI

#### INDICE

##### DISEGNI DI LEGGE

##### IN SEDE DELIBERANTE

##### Discussione e rinvio:

« 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 » (1929) (Approvato dalla Camera dei deputati):

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 689, 696, 697 e passim
ARCUDI . . . . .	698
ARGIROFFI . . . . .	696
BARBARO, <i>relatore alla Commissione</i> . . . . .	689
BENEDETTI . . . . .	697
CAPUA . . . . .	697, 698
MERZARIO . . . . .	698
PITTELLA . . . . .	698
PREMOLI . . . . .	697

*La seduta ha inizio alle ore 11.*

MERZARIO, *segretario*, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

#### IN SEDE DELIBERANTE

##### Discussione e rinvio del disegno di legge:

« 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 » (1929) (Approvato dalla Camera dei deputati)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « 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 approvato dalla Camera dei deputati.

Prego il senatore Barbaro di riferire alla Commissione sul disegno di legge.

BARBARO, *relatore alla Commissione*. Onorevole Presidente, onorevole rappresentante del Governo, onorevoli colleghi, l'esigenza di adeguare la legislazione vigente in tema di prelievi di parti di cadavere a

scopo di sostituzione terapeutica è stata da lungo tempo avvertita in Italia, non solo dagli organi politici ma anche dal mondo scientifico, dagli operatori medici che a questo settore si dedicano ed anche dal corpo sociale, dai cittadini cioè che sperano di trovare migliori soluzioni a certi stati di malattia. Infatti, il Ministero della sanità, a seguito del voto unanime espresso dal Consiglio superiore di sanità nel giugno 1970, promosse, d'intesa con il Ministero di grazia e giustizia, una commissione di studio preposta a risolvere i non pochi problemi di ordine medico e giuridico legati al prelievo di organi vivi da individui certamente morti.

Il disegno di legge in discussione, modificato in prima lettura alla Camera dei deputati, riflette i lavori della citata commissione ed anche il parere favorevole espresso dal Consiglio superiore di sanità su tali lavori nel maggio 1971.

Prendendo la parola come parlamentare, ma anche e soprattutto come medico, legato per certi aspetti non solo di ordine affettivo alla realizzazione di un Centro per i trapianti renali nell'Università di Bari, non posso non esprimere preliminarmente il mio assenso per un provvedimento — e spero vivamente che tale assenso sia condiviso anche dagli onorevoli colleghi — che di certo, oltre che a rendere meno complicato il lavoro degli operatori sanitari del ramo, servirà soprattutto ad alleviare in maniera concreta lo stato di un grandissimo numero di pazienti, precariamente tenuti in vita ogni giorno, senza certezza del domani, per la grave carenza quantitativa di centri emodialitici esistenti in Italia. Infatti, il presente provvedimento, pur prevedendo la possibilità di espianto di ogni organo — meno l'encefalo e le gonadi per motivi di ordine etico — darà certamente dei benefici immediati per quanto riguarda i nefropazienti. Non intendo peraltro dilungarmi sulle gravi discrepanze esistenti fra i circa 8.000 nefropazienti attualmente esistenti in Italia, abissognevoli di trattamento emodialitico e scarsità di centri attrezzati, essendo a tutti note.

È chiaro che, superati per taluni organi (in modo particolare per il rene) i molti problemi di ordine tecnico e biologico legati

alla possibilità di attecchimento, si rendeva ormai indispensabile ed indilazionabile uno strumento legislativo il quale permettesse di dare una concreta risposta ad una domanda di salute che non può essere ulteriormente disattesa a causa della mancanza di una chiara e definita regolamentazione.

La storia del trapianto è vecchia, forse, quanto l'umanità. Si può dire che il trapianto di organi sia uscito dalla fantasia di Omero nell'Iliade e dalla mitologia greca con il Minotauro. Però, al di fuori di queste reminescenze mitologiche e umanistiche, nell'uomo il primo trapianto di organo è divenuto realtà nel 1954. A tale proposito, mi sembra doveroso riconoscere il gran merito che ebbe il primo trapianto cardiaco effettuato nella storia dell'uomo, non tanto per i meriti tecnici del professor Barnard che lo effettuò (anche se, per la verità, non aveva risolto molti problemi biologici legati all'attecchimento), quanto per il fatto che quel trapianto cardiaco, certamente perchè il cuore era l'organo ritenuto dal popolo indispensabile per la vita, fu importante perchè contribuì a formare una coscienza a livello di popolo e portò in ogni caso la convinzione, la certezza che un organo malato potesse essere sostituito, aprendo quindi nuovi orizzonti, nuove possibilità, nuove speranze. Comunque, già ai tempi del primo trapianto cardiaco erano stati praticati in tutto il mondo numerosi trapianti renali (insisto su questo organo perchè soprattutto su di esso si incentra questo disegno di legge), ma in Italia non vi era e non vi è ancora una legislazione la quale permetta sistematicamente di adottare, nel rispetto dei valori della vita, nella rigorosa certezza di una verifica scientifica, questa tecnica del prelievo di organi vivi da individui certamente morti.

Una tale carenza legislativa in Italia ci costringe spesso ancora a mutilare di un rene sano un donatore compatibile per offrirlo al ricevente compatibile. Non si fa certo un grande sforzo a rilevare come, in tal guisa, per risolvere un problema se ne apra certamente un altro, altrettanto grave per le implicazioni umane, sociali, morali. In America, infatti, si è constatato che spesso il donatore di rene successivamente è an-

dato incontro anch'egli a insufficienza renale.

Ecco perchè oggi siamo a discutere su questo disegno di legge, soprattutto per approfondire e vagliare — con la certezza che deriva da una corretta analisi scientifica — sia le condizioni indispensabili per il prelievo, sia i requisiti giuridici dell'accertamento dello stato di morte.

Quest'ultimo punto, cioè l'accertamento dello stato di morte, si è modificato in questi ultimi anni, con recenti acquisizioni in tema di neurofisiologia ed anatomia patologica. Senza voler dare una definizione filosofica del concetto di morte, possiamo ben dire però che esso non può facilmente essere avulso dal mistero che circonda la vita e che investe il fenomeno vitale, dall'inizio fino alla sua cessazione.

È appunto l'ombra di questo mistero che può tormentare la coscienza del legislatore e del cittadino e rendere ardua la definizione della morte, almeno sotto il profilo di una pura, astratta definizione. Il biologo puro, il ricercatore, l'uomo del laboratorio non sempre riescono infatti a trovare il momento in cui la vita si arresta e comincia l'oscuro viaggio della morte.

A questi inquietanti interrogativi la scienza medica è in grado, da qualche tempo, di dare una tranquillizzante e serena risposta: la scienza è in grado di individuare questo momento, l'ora zero, in termini di certa e verificata irreversibilità, esaminando le varie ed interdipendenti attività di apparati ed organi, quelle funzioni collettive, cioè, che nella loro globalità rappresentano la manifestazione primaria ed essenziale della vita stessa.

Partendo da queste premesse, sulle quali non aleggia da tempo alcuna ombra di dubbio, la vita può essere ricondotta a tre principali ed essenziali sistemi interdipendenti tra loro: il sistema nervoso, quello respiratorio, quello circolatorio. Allorchè queste tre funzioni, esercitate da apparati distinti ma non autonomi tra loro, non sono state ancora irreparabilmente compromesse, una persona, anche se in fin di vita, deve essere considerata, giuridicamente e biologicamente, ancora viva e pertanto doverosamente

suscettibile di ogni trattamento terapeutico, diretto a superare lo stato di malattia; invece, l'arresto prolungato nel tempo di una di queste tre funzioni determina inevitabilmente l'arresto anche delle altre due funzioni.

Prima dell'acquisizione certa e verificata di questi concetti, appariva oggettivamente difficile stabilire il momento della morte di un uomo, il cui corpo dovesse servire per prelevare organi vivi da trapiantare a scopo terapeutico. Stabilito anche che l'ultima delle tre funzioni ad arrestarsi è quella cardiaca, si era pervenuti alla convenzionale acquisizione che la morte coincidesse con l'arresto dei battiti cardiaci. In questo senso si è stati soliti parlare di « morte cardiaca » in contrapposizione al concetto di « morte cerebrale », che la moderna neurofisiologia veniva codificando e scientificamente verificando.

In realtà il concetto di morte è unico, essendo oggi possibile esperire tale accertamento con notevole anticipo sulla morte tradizionale (quella cardiaca), la quale non permette assolutamente una corretta metodica per quanto riguarda i trapianti di organi. Non ritengo di dire cose nuove quando affermo che quanto più il tempo passa, quanto più lungo è l'intervallo di tempo tra il prelievo ed il trapianto, tanto minori sono le probabilità che si verifichi l'attecchimento.

Stabilito pertanto il principio che la morte è concettualmente unica, un particolare aspetto del problema si impone alla scienza medica: l'accertamento della morte in soggetti affetti da lesioni cerebrali primitive e sottoposti a manovre di rianimazione prolungata.

Sia ben chiaro che l'aspetto del problema ora ora accennato è rigorosamente limitato e chiaramente definito: si deve trattare di lesioni cerebrali primitive, con esclusione quindi di tutti i soggetti con lesioni cerebrali secondarie; si deve trattare cioè di soggetti sottoposti alle tecniche della rianimazione, di individui nei quali, attraverso mezzi straordinari ed artificiali, si mantengono attive alcune funzioni biologiche che permettono la sopravvivenza degli organi

stessi, ma che non certo possono restituire la vita. In altre parole si tratta — anche se il termine è molto brutto — di « apparati cuore-polmone », di « apparati digerente-emuntorio », cioè purtroppo di cadaveri con cuore pulsante artificialmente.

I motivi di questa precisazione sono chiaramente evidenti per non correre il rischio di sfiorare, nemmeno concettualmente, l'idea di comprendere individui cerebropatici di alta natura. Per chiarezza espositiva mi sia concesso, onorevole Presidente e onorevole rappresentante del Governo, ricordare la descrizione, che risale al 1959, della sindrome di coma *depassé*, al quale si rifanno i parametri previsti nel disegno di legge in esame, data da Mollaret e Goulon. Questo quadro clinico, come ebbe a ripetere nel 1964 Bozza Marrubini, una rianimatrice di Milano, « è un mostro creato dalla rianimazione, è la giusta punizione per chi, come i rianimatori, hanno avuto la presunzione di sconfiggere la morte quando la morte stessa è intervenuta ». In questi casi l'applicazione entro due o tre minuti di una qualsiasi metodica di ventilazione artificiale ha allungato di diverse ore l'intervallo tra arresto respiratorio ed arresto cardiaco. Sommando a quella respiratoria anche una rianimazione circolatoria, l'intervallo è divenuto di giorni (a volte di 7, 8 e anche 11 giorni), così che si è venuto definendo il quadro clinico descritto da Mollaret: « corrispettivo anatomico-patologico del quale in tutti i casi studiati è una necrosi massiva dell'encefalo irreversibile ed assolutamente incompatibile con una qualsiasi possibilità di ripresa della vita ».

Nel disegno di legge in esame sono chiaramente indicati questi parametri, la contemporanea rilevazione dei quali permette ad un'*équipe* medica di constatare la morte del soggetto. Va evitato comunque un equivoco, in cui potrebbe incorrere il profano, e cioè che non è sufficiente l'assenza di correnti elettriche cerebrali per diagnosticare uno stato di morte, ma la contemporanea presenza e persistenza di tutti i parametri è la sola condizione che permetta al medico di fare una diagnosi certa di morte e, quindi, di trovarsi di fronte ad un cadavere, se pure

cadavere con il cuore pulsante. In questi casi la rianimazione porta al mantenimento artificiale di talune funzioni relative ad organi ancora in vita, in un soggetto certamente irrecuperabile, anzi morto, perchè è esclusa qualsiasi possibilità di sopravvivenza dell'organismo.

È chiaro che un precoce e tempestivo accertamento di morte è strettamente legato alla tecnica dei trapianti (reni, polmoni, cuori, eccetera), le cui probabilità di successo — come dicevo — sono tanto più notevoli quanto più breve è il lasso di tempo intercorrente tra prelievo di organo vivo (cioè perfuso artificialmente) e trapianto; anzi perchè non intervengano i fenomeni di rigetto è indispensabile che gli organi da trapiantare siano irrorati adeguatamente dal sangue che, nel cadavere a cuore pulsante, potrà essere fatto circolare solo in maniera meccanica ed artificiale.

A questo punto, pur senza voler entrare nell'articolato, il relatore anticipa un poco quelle che sono le inderogabili esigenze prospettate dai trapiantatori circa il cosiddetto tempo di osservazione del cadavere con il costante rilievo di quei parametri che il provvedimento in esame elenca egregiamente ed opportunamente.

A tale proposito, ho presentato un emendamento che pur nell'assoluto rispetto della diagnosi di certezza di morte tende a diminuire da 24 a 12 ore il terzo dall'ora zero al momento del prelievo.

Comunque, di questo parleremo al momento della discussione degli articoli.

Quindi, certezza medica non solo a livello nazionale, ma anche sovranazionale e della Organizzazione mondiale di sanità, di morte precoce: i processi disgregatori dell'organismo, in particolare dell'encefalo, sono certamente irreversibili, per cui di fronte a questa chiara ed inequivocabile certezza medica, si acquisisce anche una serena e tranquilla certezza morale.

Dell'argomento ha avuto occasione di occuparsi anche la Chiesa cattolica. Ricordiamo quanto ebbe a dire Pio XII rispondendo ai quesiti postigli dal professor Hald dell'università di Innsbruck in una udienza del 1957:

« Tocca al medico dare una definizione chiara e precisa della morte e del momento della morte del paziente. Perciò si può riprendere il concetto usuale della separazione definitiva dell'anima e del corpo; ma in pratica si terrà conto della imprecisione dei termini di corpo e di separazione ». E, più innanzi, il Sommo Pontefice aggiungeva: « Nel caso di dubbio insolubile si può ancora ricorrere alle presunzioni di diritto e di fatto. In generale, bisognerà fermarsi a quella della permanenza vitale, perchè si tratta di un diritto fondamentale ricevuto dal Creatore e di cui bisogna provare con certezza la inesistenza ».

In altre parole, per affermare il verificarsi della morte bisogna fornire la prova certa della inesistenza della vita. Riprendendo lo stesso argomento, il Sommo Pontefice, nell'udienza concessa nel 1956 all'Associazione italiana donatori di organi, ebbe a dire: « I pubblici poteri hanno il dovere prima di tutto di prendere misure perchè un cadavere non sia considerato e trattato come tale, prima che la morte non sia stata debitamente constatata ». Alla luce delle acquisizioni scientifiche ed in perfetta sincronia con il pensiero del Sommo Padre, possiamo tranquillamente affermare che i parametri previsti nel presente disegno di legge offrono anche una serena e completa risposta morale e religiosa oltre che scientifica.

E se questo problema relativo alla certezza di morte può dirsi risolto in chiave medica, non altrettanto definito e chiarito potrebbe apparire in campo giuridico, ove sussistono alcuni problemi ai quali si deve dare una risposta altrettanto valida e certa.

Il primo punto è quello relativo a fissare lo strumento normativo, il quale deve contenere l'elenco rigido dei parametri che autorizzano a stabilire ed a diagnosticare la morte precoce.

Per la verità vi è un decreto del Ministero della sanità (gennaio 1970) che ha regolato, sino ad ora, detta materia; ma a parte la idoneità del provvedimento ministeriale, occorre — è fuor di dubbio — un provvedimento legislativo, e ciò sia ai fini della responsabilità del medico, che alla diagnosi procede, sia per la tranquillità dei familiari

del soggetto in esame, sia per soddisfare le esigenze etiche del « corpo sociale », sia, infine, perchè da un dibattito nel Parlamento, lo strumento legislativo possa arricchirsi di tutti quei contributi che ciascun Gruppo può apportare.

Si è sostenuto, da qualcuno, che sarebbe difficile introdurre, in un provvedimento legislativo di per sè statico, una serie di parametri inevitabilmente destinati ad essere superati dalle conoscenze scientifiche in evoluzione, per cui solo il decreto, data la sua snellezza ed agilità, avrebbe consentito di recepire i nuovi criteri che la scienza medica e la tecnica, di volta in volta, nel loro incalzante progresso, indicano.

Si è preferito lo strumento legislativo formale non solo per i motivi innanzi accennati, ma anche perchè in campo scientifico, almeno per i prossimi anni, non sono prevedibili altre acquisizioni che possano modificare le conoscenze attuali. Nell'eventualità che ciò possa avvenire in un prossimo futuro, si potrà certamente modificare anche la legge, anche se l'iter potrà risultare più lungo.

Nel provvedimento in esame oggi presso la nostra Commissione si vuole inequivocabilmente fissare il momento della morte e detto momento è stato fissato ed identificato con la coesistenza dei parametri prima accennati; da questo momento ha inizio il periodo di controllo, per un certo numero di ore, in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale e di condizioni di ipotermia. Sia ben chiaro, però, che tale attesa, in altre parole, è una semplice misura precauzionale di copertura, non essa stessa un parametro per l'accertamento della morte: essa ha sola ed esclusiva funzione di garanzia, alla stessa stregua dell'osservazione nella camera mortuaria secondo il sorpassato concetto della morte cardiaca.

Un altro aspetto giuridico di non trascurabile interesse ai fini di una concreta e pratica applicazione della legge in discussione è quello relativo al consenso per lo spianto degli organi da trapiantare.

La precedente normativa consentiva il prelievo (legge n. 235 del 3 aprile 1957) se il soggetto ne avesse data preventiva autorizzazione; in mancanza di una tale diretta disposizione della persona, il prelievo era consentito qualora non vi fosse opposizione da parte del coniuge o dei parenti entro il 2° grado. Tale normativa fu successivamente modificata in senso estensivo dalla legge numero 519 del 2 aprile 1968, per cui il prelievo si poteva effettuare su tutti i deceduti sottoposti a riscontro autoptico a norma dell'articolo 1 della legge n. 83 del 15 febbraio 1961, a meno che l'estinto non avesse chiaramente disposto in maniera contraria in vita.

Per la verità l'articolo 1 della legge n. 83 del 1961 non può non apparire superato alla luce delle vigenti disposizioni in tema di assistenza sanitaria, là dove per esempio si parla di individui da sottoporre a riscontro diagnostico solo perchè privi di assistenza sanitaria. Come pure vanno fatte rilevare le difficoltà pratiche che hanno vanificato lo spirito della legge 2 aprile 1968, n. 519, per il semplice fatto che in grande prevalenza i familiari di un paziente in gravissime condizioni preferiscono portare a casa il congiunto prima ancora che muoia, anzichè lasciarlo in ospedale, perchè dopo la morte possa essere sottoposto a riscontro diagnostico per chiarire problemi che talvolta restano insoluti. Purtroppo è questo un diffuso stato d'animo, specie nelle regioni centro-meridionali, che cozza contro la volontà degli operatori medici. Ed è proprio questo diffuso stato d'animo a rigettare qualsiasi forma di riscontro autoptico, che sino ad oggi ci ha impedito di correggere determinati errori, con la inevitabile conseguenza, purtroppo, di ripeterli, talvolta.

È questo diffuso stato d'animo dei parenti del morto che rischia anche di vanificare la concreta efficacia di questo disegno di legge, ove non si proceda contestualmente ad un approfondimento culturale, a tutti i livelli sociali (scuola, sindacato, posto di lavoro), che induce a non negare il consenso allo espianto di organi dal cadavere del congiunto, giacchè il prelievo è coordinato al trapianto e la tecnica del trapianto permette di far

vivere, o almeno di prolungare la vita ad un altro uomo.

Alla stessa maniera è consentito, anche contro la volontà del soggetto, il riscontro diagnostico in determinati casi, quando cioè tale verifica sia utile ai fini scientifici. Ne consegue, logicamente, la liceità dell'espianto in mancanza di una dichiarazione contraria del soggetto o dei familiari, proprio per la tutela di quelle alte finalità cui il prelievo stesso è subordinato.

Si potrebbe quindi ipotizzare, al limite, la socializzazione del cadavere ai fini del trapianto; ipotesi peraltro sostenuta in epoca non lontana da giuristi di grandissima fama.

Ma, come avanti dicevo, le difficoltà pratiche della legge n. 83 del 1961, legge che praticamente metteva a disposizione della scienza il cadavere quando i curanti lo avessero richiesto per scopi diagnostici, vanificano il senso della socializzazione del cadavere. Di questa situazione il legislatore ha tenuto giustamente conto, per cui nell'altro ramo del Parlamento si è modificata la normativa in una forma più agile e concreta; si è stabilito, cioè, che in difetto di dissenso espresso dal soggetto l'espianto può essere effettuato qualora entro i termini fissati dal presente disegno di legge non intervenga opposizione da parte del coniuge o dei parenti entro il 2° grado. Questa modifica, invero formale e che forse non soddisfa completamente le esigenze degli operatori sanitari del settore, non poteva non tenere conto di un diritto che compete, *iure proprio*, ad una cerchia ben delimitata di familiari. Comunque, anche al fine di snellire questa procedura, il relatore sottoporrà alla Commissione un emendamento, per rendere più agile la norma stessa.

Non crediamo che si possa, almeno per il momento, codificare una normativa che comporti la nazionalizzazione del cadavere, perchè riteniamo che nel momento attuale la pubblica coscienza non tollerebbe che il corpo del congiunto possa essere manomesso contro una volontà chiaramente espressa in vita. Di questo diffuso stato d'animo il legislatore non poteva e non può non tenere conto, tanto più che di esso risulta che hanno

tenuto conto la quasi totalità delle legislazioni straniere.

Infine, un terzo aspetto è quello relativo alla conciliazione degli interessi, spesso contrastanti, della tecnica del trapianto e della giustizia. È di tutta evidenza che il trapianto intanto ha possibilità di attecchimento in quanto l'espianto dell'organo avvenga nella immediatezza della morte. Di contro, nella stragrande maggioranza dei casi, i cadaveri che possono essere utili ai fini del trapianto sono a disposizione dell'autorità giudiziaria. In questi casi le esigenze degli accertamenti di competenza del magistrato, sia per le finalità che si propongono, sia per le modalità di tempo e di esecuzione, sia infine per le persone che sono incaricate di svolgerle, potrebbero rendere impossibile il prelievo di un organo ai fini del trapianto. D'altra parte, se meritano attenta ed aperta considerazione le esigenze mediche umane e sociali per strappare a morte certa un individuo, non vanno altresì sottovalutate le ragioni della giustizia, che devono chiarire, se esistono, ed eventualmente perseguirle, responsabilità penali.

Una meditata e responsabile valutazione di tutti questi dati contrastanti ha superato queste difficoltà ed ha prospettato una soluzione soddisfacente. Scontata in sede giurisprudenziale la necessità di informare l'autorità giudiziaria, in presenza di un cadavere utilizzabile per trapianto in molti casi l'autorizzazione potrà essere concessa essendo possibile stabilire la *causa mortis* con la semplice ispezione esterna del cadavere. Nel caso, invece, che sia indispensabile il riscontro autoptico, sorge qualche problema che al relatore sembra sia stato risolto nel pieno rispetto del problema emergente.

Recepito il concetto che non può essere accettata come perizia il rapporto dei medici che eseguono l'espianto per il semplice fatto che l'atto peritale è un parere tecnico che il magistrato chiede di volta in volta al perito appositamente da lui scelto, e che gli stessi atti peritali debbono essere svolti nel rigoroso rispetto di alcune formalità, tra cui l'avviso preventivo dei difensori ed il giuramento del perito stesso; non potendosi

accogliere, per gli stessi motivi formali, la ipotesi di una norma che conferisca preventivamente l'incarico di perito ai sanitari i quali procedono negli ospedali autorizzati all'espianto degli organi, è stata infine accolta la soluzione che concede all'autorità giudiziaria che il riscontro autoptico sia effettuato contestualmente con le operazioni dell'espianto, dando l'incarico di effettuare la autopsia allo stesso sanitario che esegua il prelievo, il quale sanitario viene nominato perito e svolge tutte le operazioni peritali secondo le norme del codice di procedura penale. È chiaro, altresì, che resta sempre una prerogativa dell'autorità giudiziaria la facoltà di non concedere l'autorizzazione all'espianto ove insorga il pericolo di intralcio nelle indagini.

Questa soluzione ci è parsa offrire una adeguata risposta alle esigenze mediche e giuridiche, senza imporre sacrificio o compromissione delle une o delle altre.

Per quanto riguarda l'articolato, pur senza scendere nei particolari, dirò che nell'articolo 3, dopo avere enunciato come e da chi debba essere effettuato l'accertamento di morte in casi di arresto cardiaco, si stabilisce che l'espianto, in questi casi, possa essere effettuato anche nelle case di cura private, e ciò perchè è sembrato eccessivo rinunciare aprioristicamente alla possibilità di utilizzare a scopo di prelievo i corpi delle persone decedute in cliniche private. Inutile aggiungere che tali case di cura private debbono essere appositamente autorizzate.

Per quanto riguarda invece i traumatizzati cranici, i prelievi non possono essere praticati nelle case di cura private, perchè gli istituti universitari e gli enti ospedalieri offrono le più ampie garanzie richieste nella fattispecie. Una attenzione particolare viene riservata al prelievo dell'ipofisi per la cura del nanismo, la cui distribuzione viene effettuata gratuitamente.

È anche regolata la materia che impone l'obbligo di redigere appositi ed analitici verbali, sia dell'accertamento di morte che degli espianti, verbali i quali debbono essere inoltrati al procuratore della Repubblica e al medico provinciale. Come pure è sancita

opportunamente la norma secondo cui i medici i quali effettuato l'espianto ed il successivo innesto debbono essere diversi da coloro i quali hanno accertato la morte; la *ratio* di questa norma è troppo evidente perchè meriti di essere illustrata.

Il disegno di legge stabilisce che le operazioni di trapianto debbono essere eseguite in ospedali debitamente autorizzati dal Ministero della sanità, su parere del Consiglio superiore di sanità, e che tale autorizzazione deve essere rinnovata ogni cinque anni e può essere revocata in qualsiasi momento, qualora vengano a mancare in tutto od anche parzialmente le condizioni che ne hanno consentito il rilascio.

Alcuni articoli sono infine dedicati alla normativa penale e alle pene comminate in caso di trasgressione delle norme sancite dalla legge. Ciò non deve meravigliare: la materia dei trapianti, se pure apre la porta della speranza a molti sofferenti, proprio per questo o anche per questo (l'esempio del mercato del sangue è emblematico) comporta il pericolo di basse speculazioni e di possibili e mai sufficientemente condannabili tentativi di qualche professionista in cerca di pubblicità. Per questi casi, che è augurabile siano rarissimi, un trattamento penale di rigore è d'obbligo, anche per evitare abusi ed imprudenze, fermando coloro che fossero sordi ai doveri dell'etica professionale e più in generale ai doveri del senso di umanità.

Un'altra cosa il relatore desidera porre all'attenzione degli onorevoli commissari e cioè se non sia il caso, in presenza di morte cerebrale, anche se il cadavere non è strettamente legato alla tecnica del prelievo e quando ogni manovra di rianimazione sia divenuta assolutamente inutile, in base alla constatata certezza dell'impossibilità di sopravvivenza, sospendere qualsiasi ulteriore tentativo di trattamento intensivo.

Le implicazioni di un tale concetto sono morali, sociali, religiose, ma l'aspetto più importante è certo quello che la presenza di uno o più degenti in coma *depassé*, vale a dire in stato di morte certa, con assoluta certezza che non potranno sopravvivere, im-

pedisce troppo spesso l'ammissione di altri pazienti bisognosi di trattamento rianimatorio ed eventualmente suscettibili di recupero.

Concludendo, io credo nella validità del disegno di legge sottoposto al nostro esame, che mi auguro possa essere migliorato con qualche emendamento che intendo presentare ed arricchito dai contributi di tutti gli onorevoli componenti la Commissione. Ritengo questo provvedimento un primo passo certo di allineamento a livelli europei e di altre nazioni più progredite da questo punto di vista, un primo atto di un più ampio disegno di forme sempre maggiori di solidarietà umana e civile, un atto legislativo che contribuisce in parte a riequilibrare la dimensione dell'uomo, in un mondo che cerca talvolta con disperazione forme più accettabili di sopravvivenza, alla luce della intuizione cristiana della vita.

**P R E S I D E N T E .** Ringrazio il senatore Barbaro per la sua ampia ed approfondita relazione. Prima di sospendere la seduta, essendo necessaria la nostra presenza in Aula, vorrei chiedere agli onorevoli colleghi se non ritengano opportuno proseguire la discussione addirittura nel pomeriggio di oggi, visto che la Commissione è già convocata per le ore 17,30, senza dover tornare di nuovo qui dopo la votazione che si svolgerà tra poco in Assemblea. Se i commissari desiderano però che la seduta della Commissione prosegua anche nel corso della tarda mattinata, io sono senz'altro a loro disposizione.

**A R G I R O F F I .** Data la complessità della relazione, la ricchezza delle argomentazioni e, direi, anche la estrema problematicità degli interrogativi inquietanti che vengono suggeriti da un disegno di legge della portata di quello in esame, il cui approfondimento del resto ha già occupato un arco temporale abbastanza notevole all'altro ramo del Parlamento, a mio avviso sarebbe opportuno che l'onorevole relatore ci fornisse il testo della relazione testè fatta. Oseremmo insistere perchè in tempi brevi si possa disporre di tale documento, in modo

da poterlo utilizzare per le osservazioni che da parte nostra — ma suppongo anche da parte di tutti gli altri componenti la Commissione — dovranno essere fatte nel corso della discussione.

Per quanto riguarda poi il quesito posto dall'onorevole Presidente circa l'opportunità o meno di proseguire il dibattito nella tarda mattinata, dirò che, secondo il mio parere, forse non è il caso di pensare per questa mattina ad una ripresa della seduta, in considerazione dello specifico problema, abbastanza importante, che si è presentato in Aula; problema che peraltro si ripresenterà molto probabilmente nel pomeriggio e forse anche domani mattina, costringendoci ad essere presenti in quella sede. Tuttavia, se nel pomeriggio dovessimo riprendere i lavori in Commissione, io credo che non potremmo certo essere in grado neanche allora di discutere convenientemente il disegno di legge.

**PRESIDENTE.** Per quanto riguarda la richiesta avanzata dal senatore Argiroffi, di poter disporre quanto prima del testo della relazione svolta dal senatore Barbaro, provvederà la segreteria della Commissione ad inviarne una copia ad ogni commissario.

Ora però si tratta di stabilire se nel pomeriggio la Commissione intende proseguire o meno i suoi lavori sul disegno di legge. Certo, dalle considerazioni del collega Argiroffi si evince la necessità di un profondo esame della materia, oltre che della relazione del collega Barbaro; cosa che non è certo possibile realizzare nelle ore che intercorrono da questo momento alla convocazione della seduta pomeridiana.

Riterrei pertanto utile procedere ad una sconvocazione della seduta stessa, ma vorrei sentire in merito i colleghi delle varie parti.

**BENEDETTI.** In effetti, la relazione ha introdotto, con un'argomentazione molto ricca, una problematica assai complessa ed articolata, che in gran parte rimette in discussione questioni molto delicate già risolte dalla Camera, le cui conclusioni erano parse a tutti noi esaurienti ed accetta-

bili. Tutto ciò ci costringe ad uno studio ulteriore della materia, che richiede ovviamente un certo lasso di tempo.

**CAPUA.** Io sono stato il presentatore del primo provvedimento sulla materia e conosco abbastanza bene l'argomento. Ciò nonostante ritengo senz'altro utile un rinvio della discussione, preferendo che si mediti ancora su un problema che mi sta particolarmente a cuore.

**PREMOLI.** Siamo anche noi d'accordo sull'opportunità del rinvio.

**PRESIDENTE.** Mi sembra che tutti concordino per il rinvio. A parte ciò, debbo informare la Commissione che, dal resoconto sommario della seduta del 3 aprile della Commissione giustizia, risulta che tale Commissione ha chiesto l'assegnazione del disegno di legge all'esame congiunto della 2<sup>a</sup> e della 12<sup>a</sup> Commissione. A tale proposito credo sia facile ritenere, anche se non risulta dal resoconto stesso, che le motivazioni addotte dalla 2<sup>a</sup> Commissione per l'esame congiunto del disegno di legge vada no ricercate in modo particolare negli articoli 3 e 4 del medesimo, nonchè nell'articolo 6: si tratta delle norme che concernono praticamente il diritto alla vita e la facoltà di disporre in vita del proprio cadavere.

Ora, non avrei alcuna difficoltà ad aderire alla richiesta della Commissione giustizia, se non fosse per una duplice considerazione. Anzitutto, l'esame congiunto del disegno di legge ne ritarderebbe assai l'iter, mentre già dalla relazione svolta stamane dal collega Barbaro si può legittimamente presumere che il testo pervenutoci dalla Camera dovrà essere da noi modificato e quindi tornare a quel ramo del Parlamento.

La Commissione, già in altra occasione, discutendo sull'ordine dei lavori, ha manifestato le proprie preoccupazioni circa il ritardo dell'iter legislativo del disegno di legge al nostro esame. Al riguardo, io ho già fatto presente che, nella mia qualità di Presidente della Commissione, ricevo continue sollecitazioni, non solo da organismi

pubblici ma anche da privati cittadini, per un esame di questo disegno di legge quanto più sollecito possibile. Per dire le cose in termini molto concreti, cioè, se noi perdiamo tempo impediamo a della gente che sta morendo di salvarsi: arrivati ad un certo punto, infatti, molti malati, se non esiste per loro la possibilità del ricorso al trapianto, specialmente per quanto riguarda il rene, sono destinati a morire.

Per questi motivi, io ritengo che sia il caso di far presente alla 2<sup>a</sup> Commissione, nella persona del suo Presidente, e soprattutto al Presidente del Senato, al quale spetta la decisione in merito, che la nostra Commissione non ritiene opportuno tale esame congiunto, anche in considerazione del fatto che esso è stato già compiuto dalla Camera dei deputati e che il disegno di legge è stato assegnato alla 12<sup>a</sup> Commissione in sede deliberante, ma con il parere della 2<sup>a</sup> Commissione. Pertanto, se la Commissione giustizia intende fare presente alcune sue istanze o perplessità in ordine al testo pervenuto dall'altro ramo del Parlamento, potrà farlo in maniera adeguata attraverso il parere che le è stato richiesto.

**MERZARIO**. Per quanto ci riguarda, siamo d'accordo che il nostro Presidente prenda contatti con il Presidente della 2<sup>a</sup> Commissione ed eventualmente si rivolga anche al Presidente del Senato in tal senso.

Al punto in cui siamo arrivati io credo infatti che non sia possibile ripartire nuovamente da zero, nominando, inoltre, due relatori, e che sia invece necessario insistere perchè il provvedimento venga discusso soltanto dalla nostra Commissione, mentre la Commissione giustizia potrà esprimere pareri ed osservazioni per quanto attiene alla materia di sua competenza.

**CAPUA**. Mi associo alle considerazioni testè fatte dal senatore Merzario.

**PITTELLA**. Anche noi siamo d'accordo.

**ARCUDI**. Concordo con l'impostazione data dall'onorevole Presidente.

**PRESENTE**. Giunti a questo punto, debbo ritenere che la Commissione mi autorizzi all'unanimità a sostenere i punti di vista, che prima ho illustrato, presso il Presidente del Senato. Il seguito della discussione del disegno di legge è pertanto rinviato ad altra seduta.

*La seduta termina alle ore 12.*