



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

**n. 50**

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE** (Igiene e sanità)

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE  
DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

143<sup>a</sup> seduta: martedì 23 giugno 2020

Presidenza del presidente COLLINA

## I N D I C E

## DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE

(867-B) *Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni*, approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

(Seguito e rinvio)

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 6
BINETTI (FIBP-UDC) .....	3
LUNESU (L-SP-PSd'Az) .....	5
RIZZOTTI (FIBP-UDC) .....	5

## DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

(1441) *Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero*, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Gallinella e Chiara Gagnarli; Minardo; Mulè ed altri; Rizzetto ed altri; Misiti ed altri; Paola Frassinetti ed altri; Leda Volpi ed altri; Rizzo Nervo ed altri

(320) MARSILIO. – *Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero*

(947) Cinzia LEONE ed altri. – *Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni sul territorio nazionale*

(1410) Paola BOLDRINI ed altri. – *Disposizioni in materia di diffusione dei defibrillatori semiautomatici o automatici esterni*

(1501) Sonia FREGOLENT ed altri. – *Modifiche alla legge 3 aprile 2001, n. 120, in materia di utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero*

– e delle petizioni nn. 97, 98 e 355 ad essi attinenti

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE .....	Pag. 7, 11
BINETTI (FIBP-UDC) .....	7
BOLDRINI (PD) .....	10
FREGOLENT (L-SP-PSd'Az) .....	9
MARINELLO (M5S) .....	8
RIZZOTTI (FIBP-UDC) .....	9

## DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE

(1201) *Deputato Massimo Enrico BARONI ed altri. – Disposizioni in materia di trasparenza dei rapporti tra le imprese produttrici, i soggetti che operano nel settore della salute e le organizzazioni sanitarie*, approvato dalla Camera dei deputati

(Seguito della discussione e rinvio)

PRESIDENTE .....	Pag. 11
------------------	---------

**N.B.** L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Misto: Misto; Misto-Liberi e Uguali: Misto-LeU; Misto-MAIE: Misto-MAIE; Misto-Più Europa con Emma Bonino: Misto-PEcEB.

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.*

*I lavori iniziano alle ore 14,40.*

#### **DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE**

**(867-B) Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni**, approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

(Seguito e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge n. 867-B, sospesa nella seduta del 16 giugno scorso.

Ricordo che il disegno di legge, nelle parti modificate dalla Camera, è già stato oggetto di illustrazione.

Comunico che, alla scadenza del termine fissato, sono stati presentati quattro ordini del giorno e due emendamenti.

Avverto, inoltre, che sono pervenuti i pareri sul testo di 1<sup>a</sup> Commissione (non ostativo con osservazioni), 7<sup>a</sup> Commissione (favorevole con osservazioni) e 11<sup>a</sup> Commissione (favorevole).

Poiché nessuno domanda di parlare nella discussione generale, procediamo all'illustrazione e discussione degli ordini del giorno.

BINETTI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, il disegno di legge recante disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti delle professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio della loro funzione nel suo impianto generale ci trova tutti d'accordo sulla necessità di garantire maggiormente il personale sanitario. A tale riguardo ho presentato gli ordini del giorno G/867-B/1/12 e G/867-B/2/12, che illustro brevemente. Nel primo ordine del giorno il tema che mi interessa porre all'attenzione di tutti voi è che la sicurezza personale non può essere sganciata dalla sicurezza del contesto. Un'infermiera, un medico, un tecnico di radiologia talvolta lavorano in fondo a corridoi bui un po' lontani dai traffici ordinari. Occorre entrare nell'ordine di idee che non si possono lasciare soli gli operatori sanitari e che bisogna creare intorno ad essi anche semplicemente un flusso del personale che si muove da un punto all'altro, un flusso di pazienti che aspettano.

È la solitudine il principale fattore di rischio degli operatori sanitari. Questo significa che, se non vogliamo ridurci a chiedere la presenza di un poliziotto, l'installazione di una telecamera o di un qualsiasi altro strumento di controllo, dobbiamo strutturare il disegno in modo che questo

non avvenga. Faccio un esempio a proposito di Roma. Chi conosce la stazione Termini sa che, fino a pochi anni fa, la parte sottostante la stazione era un luogo terribile in termini di incontri, di aggressioni e di violenza; ma da quando ne hanno fatto uno dei più grossi *shopping center* di Roma, con luci, negozi, gente e servizi di tutti i tipi, non succede più niente. La vittoria contro la violenza è stata ottenuta semplicemente dando un senso agli spazi intorno ai quali si trovano le persone. Questo è il cuore centrale dell'ordine del giorno G/867-B/1/12, al quale vi prego di dare l'attenzione che merita.

All'interno di questa impostazione è prevista un'annotazione che mi permetto di sottolineare, perché è stata oggetto di dibattito in tanti momenti. Nell'ultima parte del dispositivo si chiede infatti di «considerare le particolari condizioni di urgenza-emergenza in cui ha lavorato il personale sanitario, in modo da tutelarlo da qualsiasi azione penale a suo danno» – questa è la formula classica che gli studenti di medicina legale imparano da tempi memorabili – «salvo che non si tratti di dolo o colpa grave». È chiaro che, se c'è un dolo o una colpa grave, che sia da parte di un medico o di un infermiere o quant'altro, esso va punito perché è evidente che esiste un'intenzionalità nel danno. Ma nella complessità delle circostanze in cui si sono trovati gli operatori, credo che vada utilizzata una misura che restituisca loro la dignità e restituisca anche in termini operativi la nostra gratitudine nei loro confronti, altrimenti risulterebbe un po' teorici e un po' verbosi.

Il secondo ordine del giorno che ho presentato analizza il concetto di violenza partendo dal presupposto che noi utilizziamo tale parola in maniera multidimensionale: può essere violenza l'insulto, la scritta sul muro, il gesto. Però quando andiamo a declassificare questi episodi, non c'è mai la possibilità di avere una distinzione per classi e per tipi, perché l'enfasi viene messa sul soggetto che subisce la violenza. Ma i modi con i quali il soggetto subisce la violenza diventano estremamente significativi nel momento in cui vogliamo prendere delle misure che aiutino sul piano educativo, sul piano degli strumenti e sul piano delle possibili forme di controllo a contrastare il rischio.

Siccome a livello internazionale esiste un ente, il National institute for occupational safety and health (NIOSH) che si occupa di questo e tende a scomporre le diverse forme di violenza per contrastarle, correggerle, ridurle e mirare verso il famoso obiettivo «tendenza zero», nell'ordine del giorno G/867-B/2/12 propongo di guardare a questo mondo complesso, complicato e molto articolato della violenza cercando di scandire le tipologie di violenza, per poi predisporre, una volta archiviate per classi, misure adeguate a contrastare ognuna di loro.

Questa è l'essenza: andare un po' più in fondo sul tema violenza e non mettere sullo stesso piano tutte le forme di violenza, anche se per un soggetto basterebbe un insulto, ad esempio, per sentirsi profondamente umiliato. È di questi giorni la notizia della bambina di dodici anni che, poiché considerata troppo grassa, è stata ricoverata in ospedale con una

sindrome piuttosto grave. A volte basta anche l'insulto all'immagine per determinare un deterioramento che definisce la violenza. E tuttavia, se chiediamo di andare a guardare con più rigore, con più esattezza e quasi in maniera un po' più capillare le forme di violenza, forse riusciamo nel tempo a contrastarle meglio.

RIZZOTTI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, gli ordini del giorno G/867-B/3/12 e G/867-B/4/12, a mia prima firma, riguardano aspetti molto semplici sui quali si era già discusso in Commissione e su cui speravamo in un risultato migliore. Noi sappiamo che tra i compiti dell'osservatorio vi è quello di monitorare l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione, previste anche dalla disciplina in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro. Già solo la sicurezza sul luogo di lavoro, indipendentemente dalla violenza, dovrebbe essere un qualcosa che riguardi ovviamente il personale sanitario. In ogni caso, credo che il modo migliore per assicurarla – se ne parla tanto – sia la videosorveglianza nelle postazioni più a rischio, nei punti di guardia medica già isolati di per sé, ma anche – al di là dei luoghi sanitari – negli asili, nelle strutture per gli anziani.

Ogni settimana, in pratica, c'è la segnalazione di un caso di abusi e violenze e, a fronte di ciò, la prima protezione credo sia la videosorveglianza. Sappiamo che i sindacati sono contrari e, infatti, sono anni che blocchiamo la previsione della videosorveglianza per i problemi con i sindacati, però credo che un legislatore debba anche assumersi la responsabilità, se veramente si vuole dare una protezione efficace e punire coloro che esercitano queste forme di violenza.

Il secondo ordine del giorno è più propriamente un appello. Sappiamo come si stanno organizzando tutti gli istituti legali e sappiamo che, quando si chiedono risarcimenti, si pongono questioni legate anche ai soldi e non soltanto alla giustizia; sappiamo che tutti i parenti delle vittime di Covid si stanno organizzando per chiedere i danni alle strutture sanitarie e agli operatori sanitari. Credo che, dopo aver detto che tali operatori sono degli eroi, non si debbano lasciare soli: bisogna dare loro soldi e garanzie. Gli altri invece si stanno tutelando e stanno preparando importanti azioni legali. Capisco che mi si potrebbe dire: io tutelerei il medico e l'infermiere, ma non voglio proteggere il dirigente della ASL o chi abbia preso delle decisioni sbagliate. A questo rilievo io rispondo così: intanto tuteliamo coloro che forse saranno chiamati a rispondere penalmente e sicuramente da un punto di vista civile e quindi di risarcimento.

Cerchiamo veramente di dare una protezione con i fatti e non soltanto a parole.

LUNESU (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, illustro l'emendamento 2.1. L'articolo 2, che ha avuto l'approvazione della Camera, riguarda l'osservatorio nazionale. Il comma 1 recita: «con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'interno e dell'economia e delle finanze, è istituito presso il Ministero della salute, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge e senza nuovi o maggiori

oneri per la finanza pubblica, l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie. Col medesimo decreto si provvede a definire la durata e la composizione dell'Osservatorio costituito, per la sua metà, da rappresentanti donne». Fino a questo punto concordiamo.

Con il nostro emendamento intendiamo chiedere la soppressione delle successive parole: «delle organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale» nonché le parole: «e di un rappresentante dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro», perché riteniamo che, essendo un osservatorio, non abbia bisogno di queste figure. Insomma, secondo il nostro parere, sono sufficienti i membri che già ne fanno parte.

Signor Presidente, colgo l'occasione per illustrare anche l'emendamento 7.1. L'articolo 7 è stato inserito alla Camera e così recita: «Al fine di prevenire episodi di aggressione o di violenza, le strutture presso le quali opera il personale di cui all'articolo 1 della presente legge prevedono, nei propri piani per la sicurezza, misure volte a stipulare specifici protocolli operativi con le forze di polizia, per garantire il loro tempestivo intervento».

Con il nostro emendamento vorremmo aggiungere i commi 1-*bis*, 1-*ter* e 1-*quater* che procedo a leggervi: «1-*bis*. Presso ogni pronto soccorso dei presidi ospedalieri di primo e di secondo livello è istituito un presidio fisso di polizia, ai fini della tutela dell'ordine e della sicurezza pubblici, composto da almeno un agente di polizia giudiziaria. 1-*ter*. Le direttive del Ministro dell'interno di cui all'articolo 17, comma 1, della legge 26 marzo 2001, n. 139, nonché i piani coordinati di controllo del territorio, predisposti dai prefetti in attuazione delle direttive stesse, prevedono che nei presidi ospedalieri di base ove non sia possibile, per ragioni organizzative o economiche, sia istituito il presidio fisso di polizia di cui al comma 1 del presente articolo, che gli agenti di polizia, al fine di garantire un'adeguata tutela dell'ordine e della sicurezza pubblici, sorvegliano i suddetti presidi ospedalieri anche attraverso contatti diretti e frequenti con il personale sanitario. 1-*quater*. Entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'interno, sono stabilite le modalità attraverso le quali i presidi ambulatoriali di guardia medica sono ricollocati in ambienti idonei a garantire un'adeguata protezione dell'incolumità e della sicurezza del personale».

PRESIDENTE. I restanti emendamenti si intendono illustrati. La Presidenza si riserva di valutare i profili di ammissibilità degli ordini del giorno e degli emendamenti presentati.

Non essendovi altre richieste di intervento, rinvio pertanto il seguito della discussione del disegno di legge in titolo ad altra seduta.

**DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE**

(1441) *Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Gallinella e Chiara Gagnarli; Minardo; Mulè ed altri; Rizzetto ed altri; Misiti ed altri; Paola Frassinetti ed altri; Leda Volpi ed altri; Rizzo Nervo ed altri*

(320) **MARSILIO.** – *Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero*

(947) **Cinzia LEONE ed altri.** – *Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni sul territorio nazionale*

(1410) **Paola BOLDRINI ed altri.** – *Disposizioni in materia di diffusione dei defibrillatori semiautomatici o automatici esterni*

(1501) **Sonia FREGOLENT ed altri.** – *Modifiche alla legge 3 aprile 2001, n. 120, in materia di utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedalieri*

– e delle petizioni nn. 97, 98 e 355 ad essi attinenti

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

**PRESIDENTE.** L'ordine del giorno reca altresì il seguito della discussione congiunta dei disegni di legge nn. 1441, 320, 947, 1410 e 1501, e delle petizioni nn. 97, 98 e 355 ad essi attinenti, sospesa nella seduta dell'8 gennaio.

Ricordo che il disegno di legge n. 1441, già approvato dalla Camera, è stato adottato come testo base, e che si è concluso il ciclo di audizioni informali a suo tempo deliberato.

Avverto, quindi, che è pervenuto il parere sul testo della 14<sup>a</sup> Commissione, mentre devono ancora essere acquisiti i restanti pareri obbligatori.

Dichiaro aperta la discussione generale.

**BINETTI (FIBP-UDC).** Signor Presidente, ho ancora presenti le dichiarazioni ascoltate nell'audizione a distanza che abbiamo svolto pochi giorni fa e mi è rimasto impresso un messaggio: anche se usato non correttamente, il defibrillatore non può fare male, quindi occorre perdere la paura di utilizzarlo. Il messaggio è stato chiaro e mi ha anche stupito un po': la scarica elettrica non parte se il defibrillatore non è posizionato bene. Dunque, dov'è il problema?

Devo dire che anche a me, che sono un medico (anche se non ho mai maneggiato simili strumenti), farebbe un certo effetto utilizzare il defibrillatore, soprattutto perché avrei paura di poter causare la morte di una persona. Penso dunque che questo sia l'ostacolo principale all'uso del defibrillatore, ossia la paura di poter fare del male; non è tanto l'ignoranza o il non sapere, ma la paura di arrecare danno. Credo che questo vada un po' in contrasto con la normale virtù della prudenza: il primo principio etico che si impara è *primum non nocere*. Esiste quindi questa sorta di prudenza. Il giorno in cui abbiamo svolto l'audizione, tornata a casa, ho chiesto ad

alcune persone se avrebbero avuto la prontezza e la volontà di usare il defibrillatore, ed ho capito che anche loro avevano paura di far del male.

Noi qui siamo fortemente impegnati anche nella pulcritudine del disegno di legge, nel correggere degli aspetti, nel trovare una parola più raffinata, nell'esprimere meglio un concetto, però credo che la prima cosa da fare sia questa operazione, non solo con una forma di pubblicità progresso: se vuoi cambiare un comportamento, devi fare una *fiction*; se vuoi lanciare un messaggio, fai un film; se vuoi far cambiare un comportamento, ripeto, fai una *fiction* con diverse puntate per convincere che utilizzare il defibrillatore non fa male. Occorre però fare una grossa battaglia culturale, che credo stiamo un po' sottovalutando spostandone l'asse soltanto ed esclusivamente sotto il profilo tecnico-scientifico.

Le dimostrazioni e le esercitazioni nelle facoltà di medicina si svolgono sempre in contesti protetti, in cui si sa che se serve qualcosa, c'è sempre qualcuno che ci penserà. Ma trasmettere questa sicurezza e impattare con la responsabilità nei grandi centri commerciali o ai mercati generali, lì dove potrebbe succedere l'evento e potrebbe non esserci nessuno pronto, a me sembra il principale ostacolo all'uso del defibrillatore, di gran lunga superiore a quello economico.

Ribadisco: ce lo hanno riferito anche colleghi più esperti di noi e con una tale sicurezza che, anche se non so se ho perso la paura, la mia testa mi dice che non posso sbagliare. Già questo è un messaggio.

MARINELLO (M5S). Signor Presidente, concordo con quello che ha dichiarato la senatrice Binetti sulla non pericolosità, né per il paziente né per l'operatore, di un intervento con il defibrillatore automatico o semiautomatico. Chi ha lavorato nell'ambito ospedaliero ed è stato costretto – ahimè – a utilizzare i defibrillatori manualmente sa che, quando il paziente è privo di coscienza e parte una scarica elettrica fino a 360 joule, il paziente non sente niente e quando si sveglia sente solo l'odore di bruciato, nonostante la pasta che si usa. Questi sono defibrillatori che permettono di lavorare in sicurezza.

Però, come ho evidenziato nella seduta della settimana scorsa, non bisogna considerare solo la defibrillazione, ma anche le manovre BLS (o BLS-D) e – sembra banale per un addetto ai lavori – la posizione laterale di sicurezza in cui bisogna mettere il paziente. Infatti, se il paziente ha vomito, il bolo alimentare può entrare nelle vie respiratorie e il paziente non muore perché ha avuto una fibrillazione ventricolare, ma per problemi di polmonite *ab ingestis*.

Secondo la mia opinione, l'*iter* dev'essere completato innanzitutto facendo un'adeguata formazione e informazione del personale laico nelle scuole e nelle palestre, ma in generale bisogna cercare di diffondere quanto più possibile la conoscenza delle suddette manovre. Tutto ciò dà la possibilità di utilizzare queste apparecchiature che permettono di intervenire in quanto, anche se gli elettrodi sono messi male, la cosa fondamentale – non so se è stato detto, ma *repetita iuvant* – è non toccare il



paziente quando si defibrilla perché, nel momento in cui si tocca il paziente, si prende la scarica elettrica. Questo è molto importante ricordarlo.

RIZZOTTI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, credo che il provvedimento che oggi stiamo esaminando sia un grande atto di civiltà. Ricordo che è da diverse legislature che abbiamo provato a far sì che tale materia diventasse legge, quindi ringrazio tutti per il contributo offerto. I colleghi della Camera l'hanno definita legge salva vita; il mio Gruppo ci ha tenuto molto, tant'è che l'hanno esaminato prima alla Camera che al Senato.

Trovo che la presenza di un defibrillatore dovrebbe essere allargata anche agli stabilimenti balneari, perché d'estate gravitano centinaia di persone intorno agli stabilimenti, quindi i casi di arresto cardiaco sono anche lì probabili.

Come ricordava la collega Binetti, dobbiamo diffondere la cultura del defibrillatore e segnalare una cosa importante: non c'è la responsabilità penale di chi lo utilizza, non perché il soggetto sia protetto in questo caso, ma perché è stato verificato che non può fare danni. Credo che occorra una informazione estesa.

Si faceva giustamente l'esempio di un centro commerciale. Sarebbe opportuno approntare una comunicazione, un video di circa dieci minuti, per tutto il personale affinché si possa vedere come si utilizza il defibrillatore e si faccia presente che non si corrono rischi. Il suo uso può dover capitare a chiunque e, se si attende la persona preposta, si perde già il 90 per cento dell'utilità. Dobbiamo pertanto informare tutti, esattamente come quando insegniamo a fare un massaggio cardiaco, magari dopo aver visto un film, o a rovesciare un bambino se si capisce che ha qualcosa che gli ostruisce le vie respiratorie.

Facciamo in modo che questo progetto diventi legge il più presto possibile e cerchiamo di promuoverlo anche attraverso degli *spot* del Ministero della salute, durante, prima o dopo i telegiornali, affinché le persone sappiano con cosa hanno a che fare, che non è nocivo e che ogni persona può essere artefice di una vita in più salvata.

FREGOLENT (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, anch'io mi associo agli interventi che sono stati fatti precedentemente, in particolar modo a quello della senatrice Binetti. Anch'io sono rimasta colpita dal fatto che il defibrillatore non può provocare alcun tipo di danno: questo è il messaggio forte che deve passare soprattutto alle persone comuni, che si possono trovare a dover affrontare una situazione imprevista e che non hanno fatto nessun tipo di corso di formazione.

È l'attivazione di quel pulsante – così ci riferiscono dalle centrali operative del «118» – che rappresenta spesso un elemento che blocca la persona, a causa della responsabilità e delle conseguenze che ne possono derivare, pur avendo appreso dagli addetti ai lavori che nessuna conseguenza è strettamente legata all'utilizzo del defibrillatore. Fugare questo dubbio e fugare il fatto che i defibrillatori possano provocare qualche con-

seguenza penso sia fondamentale; a ciò è legata la deresponsabilizzazione di chiunque utilizzi il defibrillatore.

Analogamente, potrebbe essere utile che si promuova anche la diffusione dei defibrillatori automatici, che sollevano colui che interviene dall'onere di dover schiacciare quel pulsante, poiché tali strumenti effettuano la scossa in modo automatico. Sappiamo inoltre che, essendo in collegamento con la centrale del «118», si possono ricevere le indicazioni più consone e opportune nel momento in cui ci si trovi di fronte ad una situazione d'emergenza.

Ci sono stati diversi spunti interessanti anche rispetto alle procedure che si seguono in diverse Regioni e credo che si potrà fare un lavoro molto buono, soprattutto partendo dall'informazione e dal rendere le persone consapevoli che un gesto simile può davvero salvare una vita.

**BOLDRINI (PD).** Signor Presidente, devo dire che dopo le ultime audizioni svolte anch'io mi sono molto tranquillizzata, poiché innanzitutto è stato ripetuto più volte che non c'è nessuna responsabilità da parte di chi applica il defibrillatore: questo sicuramente può essere un elemento importante di tranquillità di chi deve intervenire. Favorire un approccio più decisionale può spingere a prendere una decisione un po' più immediata. Anche perché è ovvio che il volontario non è da solo, considerato che immediatamente si attiva tutto il percorso di collegamento con l'operatore del «118», che quindi tranquillizza anche chi è sul posto.

Purtroppo ho assistito varie volte a questi interventi e ho constatato tutta la concitazione dovuta al fatto che nessuno sapeva dove mettere le mani. Per fortuna, in un caso era di passaggio un medico che è intervenuto e successivamente sono arrivati gli operatori del «118». I minuti a disposizione per intervenire sono veramente pochi, pertanto occorre fare il necessario affinché si agisca in tutta la tranquillità possibile.

Condivido quanto detto in precedenza dalle colleghe, ossia che i defibrillatori devono essere installati ovunque, quasi fossero estintori (gli estintori infatti sono ovunque e non sono tanto più semplici da utilizzare rispetto a un defibrillatore). Occorre far sì che il defibrillatore entri in una sorta di quotidianità degli ambienti in cui si ritrovano molte persone.

Vi faccio un esempio. Quando lavoravo in università, un gruppo di persone che lavoravano in pronto soccorso ha donato un defibrillatore all'università. Eravamo tutti contenti, ma va sottolineato che non c'era un obbligo: è stato un atto generoso – che abbiamo accolto favorevolmente – dovuto al fatto che c'erano migliaia di studenti che giravano nei nostri ambienti. Il problema era a chi darlo in gestione. È importante quindi pensare al fatto che ci sarà tutto un sistema per valutare chi farà la manutenzione e a chi verrà affidata la gestione.

L'informazione è fondamentale, come si diceva, anche attraverso messaggi televisivi, tramite il Ministero della salute e – aggiungo – anche in collegamento con il Ministero del lavoro, perché anche e soprattutto in ambito lavorativo possono succedere dei casi improvvisi: faccio l'esempio di un supermercato. Occorre individuare tutte queste soluzioni nell'ambito

di una legge che ci permetta di essere all'avanguardia. Ci sono già delle strutture, come abbiamo visto nelle ultime audizioni, dove si mettono in rete tutte queste conoscenze, in modo tale che si possa arrivare il più presto possibile a salvare delle persone. Passi in avanti anche rispetto alla precedente legislatura ne sono stati fatti, anche perché la tecnologia avanza e spesso e volentieri migliora anche la vita delle persone.

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione generale.

Propongo di rinviare lo svolgimento delle repliche ad altra seduta. Propongo altresì di fissare il termine per la presentazione di ordini del giorno ed emendamenti alle ore 12 del prossimo mercoledì 1° luglio.

Se non si fanno osservazioni, così rimane stabilito.

Il seguito della discussione congiunta dei disegni di legge in titolo è rinviato ad altra seduta.

#### DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE

**(1201) Deputato Massimo Enrico BARONI ed altri. – Disposizioni in materia di trasparenza dei rapporti tra le imprese produttrici, i soggetti che operano nel settore della salute e le organizzazioni sanitarie**, approvato dalla Camera dei deputati

(Seguito della discussione e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca altresì il seguito della discussione del disegno di legge n. 1201, sospesa nella seduta del 16 luglio.

Ricordo che è stata completata la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti, e che sono stati acquisiti i prescritti pareri sul testo e sugli emendamenti a suo tempo presentati.

Comunico che il senatore Errani ha ritirato l'emendamento 3.1.

Avverto che, in qualità di relatore, ho predisposto alcuni nuovi emendamenti, volti a recepire i pareri sul testo di 1<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> Commissione e alcune osservazioni tecniche del Servizio studi: si tratta degli emendamenti 3.100, 4.100, 5.100, 6.200 e 7.0.100, che saranno pubblicati in allegato al Resoconto della seduta odierna. Data la finalità degli stessi, ritengo che non vi siano i presupposti per aprire una fase subemendativa.

Il seguito della discussione del disegno di legge in titolo è quindi rinviato ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 15,20.*

