SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12ª COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

10º Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 24 SETTEMBRE 2003

Presidenza del presidente TOMASSINI

DL 0903

TIPOGRAFIA DEL SENATO (400)

INDICE

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

(2379) ***Deputato CAMINITI – Modifica all'articolo 1 della legge 3 aprile 2001, n. 120, in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici,*** approvato dalla Camera dei deputati

(Discussione e rinvio)

PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 3, 5
BAIO DOSSI *(Mar-DL-U), relatrice* 3

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le autonomie: Aut; Unione Democristiana e di Centro: UDC; Verdi-l'Ulivo: Verdi-U; Misto: Misto; Misto-Comunisti italiani: Misto-Com; Misto-Lega per l'autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-Movimento territorio lombardo: Misto-MTL; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito repubblicano italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici italiani-SDI: Misto-SDI; Misto Udeur Popolari per l'Europa: Misto-Udeur-PE.

I lavori hanno inizio alle ore 15,19.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

(2379) ***Deputato CAMINITI. – Modifica all'articolo 1 della legge 3 aprile 2001, n. 120, in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici,*** approvato dalla Camera dei deputati

(Discussione e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge n. 2379.

Ha facoltà di parlare la relatrice, senatrice Baio Dossi.

BAIO DOSSI, *relatrice*. Signor Presidente, il disegno di legge in esame – approvato, in sede legislativa, dalla Commissione affari sociali della Camera il 25 giugno 2003 – estende l'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici da parte del personale non medico in ambito intraospedaliero, mentre l'attuale disciplina ammette questa possibilità solo in sede extraospedaliera, con riferimento al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una specifica formazione nelle attività di rianimazione cardio-polmonare.

Sulla base della legge attualmente in vigore, l'utilizzo è effettuato nell'ambito del sistema di emergenza 118 competente per territorio. È necessaria, chiaramente, una autorizzazione, che viene rilasciata dalle aziende sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere, secondo la disciplina definita dalle Regioni (o dalle Province autonome di Trento e di Bolzano). Tale disciplina è adottata sulla base delle linee guida stabilite a livello nazionale, che attualmente sono poste dall'Accordo tra il Ministero della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sancito dalla relativa Conferenza permanente il 27 febbraio 2003.

Ricordo che l'articolo 1, comma 2, della legge 3 aprile 2002, n. 120 demandava la definizione delle linee guida a un decreto del Ministro della salute, mentre si è successivamente ritenuto – in considerazione delle modifiche intervenute al Titolo V della Costituzione – che esse dovessero essere determinate dalla Conferenza Stato-Regioni. Questa interpretazione è stata confermata anche durante la discussione svoltasi nella Commissione affari sociali alla Camera dei deputati.

L'Accordo fissa, tra l'altro, i contenuti minimi della formazione iniziale e prevede che l'attestato ad essa relativo sia rilasciato solo in seguito al superamento di una prova pratica e/o teorica.

Le linee guida specificano anche che l'autorizzazione è nominativa (quindi, non viene rilasciata ad una associazione, ma si deve riferire ad ogni singola persona) ed ha efficacia per 12 mesi; l'eventuale rinnovo

viene concesso, sempre per periodi di tale durata, previa verifica della permanenza dei criteri che avevano consentito l'autorizzazione.

Il disegno di legge in esame estende – come ho detto – all'ambito intraospedaliero la possibilità, per il personale non medico, di utilizzare i defibrillatori semiautomatici. Tale previsione (come emerge anche dai lavori della Commissione affari sociali della Camera) appare intesa a fronteggiare i casi in cui non vi sia all'interno dell'ospedale la disponibilità immediata di un medico. Si osserva che l'estensione è operata solo con riguardo al principio posto dall'articolo 1, comma 1, della legge n. 120, ma non concerne, almeno letteralmente, il requisito dell'autorizzazione e il rinvio alla disciplina posta dalle linee guida e alle conseguenti normative delle Regioni (o delle Province autonome); sembrerebbe, in ogni caso, da escludere, per la sede intraospedaliera (quella di cui ci stiamo occupando), il riferimento al sistema di emergenza 118 competente per territorio.

Si osserva infine che, in sede di approvazione del presente disegno di legge presso la Commissione affari sociali della Camera, il Governo ha accolto un ordine del giorno che lo impegna ad assumere iniziative idonee affinché, entro i tre anni decorrenti dall'adozione della novella in esame, le ambulanze facenti parte del sistema di emergenza 118, sulla base dei criteri definiti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, siano dotate di defibrillatore semiautomatico e di personale addestrato ed autorizzato all'impiego. Come risulta dai lavori parlamentari, si è fatto ricorso allo strumento dell'ordine del giorno – in luogo dell'inserimento nel medesimo disegno di legge di una simile previsione – per motivi di natura finanziaria.

Analizzando quanto prodotto dalle varie Regioni, si notano (come purtroppo si registra spesso) una disparità territoriale ed una diversa applicazione della legge da regione a regione. Si può ipotizzare, pertanto, che anche il provvedimento che stiamo per approvare subirà questa sorte infelice di un'applicazione non omogenea nel territorio nazionale.

Il disegno di legge in esame è teso a sviluppare e a valorizzare gli interventi finalizzati ad aumentare le possibilità di sopravvivenza attuati anche da parte del personale non medico. Si tratta di un punto molto importante, che potrebbe essere riassunto nello *slogan* «anche tu puoi salvare una vita». È stato dimostrato, infatti, che grazie all'impiego tempestivo degli strumenti in questione alcune vite sono state salvate.

Con il termine «morte improvvisa» si intende, dal punto di vista medico-scientifico, la morte naturale dovuta a cause cardiache, preceduta da improvvisa perdita di coscienza, entro un'ora dall'inizio dei sintomi; la malattia cardiaca preesistente può essere nota (questo è vero), ma i tempi e le modalità della crisi sono purtroppo non prevedibili. Si tratta di un evento inaspettato ed istantaneo, comunque rapido, che richiede un intervento tempestivo.

La possibilità di sopravvivenza di chi è colpito da una crisi cardiaca si riduce in misura del 7-10 per cento per ogni minuto che passa dall'interruzione della funzione di pompa del cuore secondaria alla fibrillazione

ventricolare all'utilizzo del defibrillatore. Dopo quattro-cinque minuti dall'arresto cardiaco il cervello ed il cuore subiscono danni irreparabili che compromettono la sopravvivenza o la qualità di vita della vittima se rianimata. La possibilità di sopravvivenza è di circa il 40 per cento per chi è defibrillato entro quattro-cinque minuti e dell'80 per cento se si agisce entro due minuti. Si tratta di dati attestati dalla casistica italiana ed internazionale. In Italia si parla di circa 50.000 persone colpite ogni anno da arresto cardiaco.

Solamente 11 Regioni hanno provveduto, con tempi diversi, ad adottare i provvedimenti necessari per l'applicazione della normativa relativa all'adozione dei defibrillatori semiautomatici sul territorio. Ricordo in particolare il caso positivo di città come Piacenza, che è stata la prima ad adottare sul suo territorio, anche con buoni risultati, tale utilizzo e la cui esperienza ha fatto storia anche per l'adozione della legge. Lo stesso discorso vale per altre città, quali Bologna, Venezia, Mestre, Monza, Belluno, Como e Brescia, che possono essere considerate esemplari relativamente alle modalità di utilizzo di defibrillatori sul territorio. L'esperienza, quindi, appare positiva, nonostante il fatto negativo costituito da una applicazione della normativa «a macchia di leopardo» sul territorio nazionale.

Voglio sottolineare, anche se può apparire pleonastico, che il defibrillatore è semplice da usare; per chi lo utilizza, però, è indispensabile una conoscenza che si può acquisire solo con una adeguata formazione.

In ogni caso, la defibrillazione precoce rappresenta il sistema più efficace per garantire le maggiori percentuali di sopravvivenza in caso di arresto cardiocircolatorio provocato da fibrillazione ventricolare e tachicardia ventricolare senza polso.

Concludo evidenziando nuovamente l'importanza del fattore tempo nell'intervento di defibrillazione e ricordando che anche all'interno di un ospedale è possibile che il medico non sia immediatamente presente in caso di urgente necessità.

Auspico infine la rapida approvazione del disegno di legge al nostro esame da parte della Commissione.

PRESIDENTE. Senatrice Baio Dossi, le sue speranze si uniscono alle mie e credo anche a quelle degli altri colleghi.

Rinvio il seguito della discussione del disegno di legge in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,30.

€ 0,50