

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 1188

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**MULÈ, GELMINI, SOZZANI, MINARDO, BIGNAMI, FIORINI, NOVELLI, MUGNAI, BATTILOCCHIO, RIPANI, MARIN, PITTALIS, PETTARIN, BAGNASCO, CASCIELLO, NAPOLI, D'ATTIS, VITO, ZANELLA, PALMIERI, SACCANI JOTTI, PAOLO RUSSO, RUFFINO, GIACOMETTO, BARTOLOZZI, PORCHIETTO, CANNATELLI, MAZZETTI, RUGGIERI, BERGAMINI, SCOMA, ROTONDI, SQUERI, BIANCOFIORE, MILANATO, ROSSO, CARRARA, ANNA LISA BARONI, SILLI, SARRO, POLIDORI, ZANGRILLO, NEVI, CASSINELLI, CATTANEO, FASCINA, ROSSELLO, LABRIOLA, FERRAIOLI, VIETINA, PENTANGELO, ELVIRA SAVINO, GAGLIARDI, VERSACE, MUSELLA, PEREGO DI CREMNAGO, FASANO, MARROCCO, ANGELUCCI, FATUZZO, GERMANÀ**

Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero

*Presentata il 24 settembre 2018*

ONOREVOLI COLLEGHI! — Il *report* ISTAT « L'evoluzione della mortalità per causa: le prime 25 cause di morte » pubblicato nel 2017 con riguardo al periodo 2003-2014 riporta che sia nel 2003 che nel 2014 le prime tre cause di morte in Italia sono le malattie ischemiche del cuore, le malattie cerebrovascolari e le altre malattie del cuore (rappresentative del 29,5 per cento di tutti i decessi).

Il tempo successivo ad un arresto cardiaco è di fondamentale importanza. Come dimostrano gli studi, ogni minuto di ritardo nel somministrare la scarica elettrica riduce del 5-10 per cento la possibilità di ripristinare il funzionamento del cuore.

La tempestività iniziale, contemporanea e successiva al malore è quindi fondamentale, come pure la capacità di chi è testimone del malore di riconoscerne la gravità,

dando subito l'allarme e indicando correttamente i dati sulle condizioni del paziente che sono richiesti dagli operatori di primo soccorso.

Ulteriore elemento che può fare la differenza tra la sopravvivenza e il decesso è rappresentato dalla capacità di eseguire manovre di rianimazione cardiopolmonare utili a guadagnare tempo in attesa dell'arrivo dei soccorsi, nonché dalla defibrillazione precoce, poiché l'arresto cardiaco determina, molto spesso, una condizione di fibrillazione ventricolare, cioè di aritmia grave.

Infine, come precedentemente asserito, il trasporto veloce in un centro specialistico di rianimazione è fattore imprescindibile, almeno fintanto che il luogo in cui si sono verificati il malore e l'arresto cardiaco sia di facile raggiungimento, cosa che, ad esempio, su mezzi aerei o navali spesso non è possibile.

In tali peculiari emergenze, la defibrillazione elettrica rappresenta di fatto l'unico intervento possibile, che ovviamente deve essere attuato con la massima tempestività a seguito del malore e della perdita di conoscenza. In tal senso, quindi, per salvare vite umane dall'arresto cardiocircolatorio lo strumento tecnologicamente avanzato in caso di primo intervento appare essere il defibrillatore semiautomatico.

Con l'acronimo DAE (defibrillatore automatico esterno) si definisce un sistema di analisi del ritmo cardiaco in grado di indicare al soccorritore se la scossa salvavita sia necessaria o meno, nonché un sistema di caricamento automatico finalizzato alla scarica elettrica. Il ricorso a un defibrillatore completamente automatico prevede semplicemente l'apposizione di elettrodi al paziente e l'accensione del dispositivo che, nel giro di pochi secondi, svolge l'analisi di cui sopra e, in presenza di fibrillazione ventricolare o di tachicardia ventricolare con caratteristiche prestabilite, eroga la scarica elettrica. Nel caso di utilizzo di dispositivi semiautomatici, invece, la scarica viene erogata a seguito della conferma da parte dell'operatore, che riceve dallo stesso stru-

mento informazioni sulla eventuale presenza di fibrillazione ventricolare.

Il legislatore è intervenuto con la legge 3 aprile 2001, n. 120 (novellata dalla legge 15 marzo 2004, n. 69, e dal decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 273, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 febbraio 2006, n. 51) per consentire l'uso del defibrillatore semiautomatico in sede intra ed extraospedaliera anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardiopolmonare. A tal fine la disposizione di legge ha previsto l'adozione di linee guida definite dal Ministro della salute, con proprio decreto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della medesima legge.

Tali linee guida sono state successivamente adottate a seguito dell'accordo del 27 febbraio 2003 tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: « Linee guida per il rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori semiautomatici », prevedendo i criteri per l'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici, le modalità e i termini per l'autorizzazione al loro impiego e la formazione degli operatori autorizzati all'utilizzo di tali apparecchiature.

Successivamente, con la legge 23 dicembre 2009, n. 191, recante « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale » (legge finanziaria 2010), il Governo Berlusconi IV, al fine di promuovere la diffusione dei defibrillatori semiautomatici e automatici e garantirne la disponibilità in caso di emergenza, autorizzava la spesa di 4 milioni di euro per l'anno 2010 e di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2011 e 2012, subordinando tale spesa a criteri e modalità che sarebbero state individuate con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

Con decreto del Ministro della salute del 18 marzo 2011, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 129 del 6 giugno 2011, sono

stati determinati i criteri e le modalità di diffusione dei defibrillatori automatici esterni, prevedendo all'allegato A che le risorse finanziarie stanziare sarebbero state destinate prioritariamente per dotare di defibrillatori semiautomatici esterni a bordo, durante il servizio attivo, i mezzi di soccorso sanitario a disposizione del sistema di emergenza territoriale 118; quelli di soccorso sanitario appartenenti alle organizzazioni di volontariato, alla Croce Rossa italiana e al Dipartimento della protezione civile; i mezzi aerei e navali adibiti al soccorso e al trasporto degli infermi; le ambulanze di soggetti pubblici e privati che effettuano servizio di assistenza e trasporto sanitario.

Il richiamato decreto ministeriale prevedeva altresì l'opportunità di dotare di defibrillatori semiautomatici esterni i mezzi destinati agli interventi di emergenza della Polizia di Stato, dell'Arma dei carabinieri, del Corpo nazionale dei vigili del fuoco, del Corpo forestale dello Stato, del Corpo della guardia di finanza, della polizia locale, del soccorso alpino e speleologico, delle capitanerie di porto.

Il 28 agosto 2018, a titolo tragicamente esemplificativo, il volo Alitalia AZ827 proveniente dall'aeroporto internazionale di Rafic Hariri di Beirut, capitale del Libano, e diretto a Roma, ha operato un atterraggio d'emergenza all'aeroporto Karol Wojtyła di Bari nel tentativo di salvare la vita a un

bambino libanese di due anni, già affetto da una grave patologia renale, colpito da un arresto cardiaco. Purtroppo, il minore è deceduto poco dopo l'arrivo. Tale drammatico evento ha indotto numerosi esperti e addetti del settore, tra i quali Mario Balzanelli, presidente della Società italiana sistema 118 (SIS) e direttore del 118 di Taranto, a rilanciare la proposta di dotare tutti i mezzi del trasporto pubblico di defibrillatori e di persone abilitate alla rianimazione cardiopolmonare. Restano, infatti, attualmente esclusi dall'obbligo di dotarsi di defibrillatori numerosi luoghi pubblici e luoghi aperti al pubblico, oltre che mezzi di trasporto pubblici.

La presente proposta di legge si prefigge pertanto, all'articolo 1, di introdurre l'obbligo di dotarsi di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni (DAE) e di personale formato nei grandi scali e sui mezzi di trasporto aerei, ferroviari e marittimi (comma 1). Al comma 2 si prevede che i criteri e le modalità per l'attuazione di tale obbligo siano stabiliti entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge con decreto del Ministro della salute, da adottare di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata.

All'articolo 2 si dispone l'entrata in vigore della legge a decorrere dal giorno successivo alla pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

## PROPOSTA DI LEGGE

—

## Art. 1.

*(Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero)*

1. Al fine di tutelare la salute e prevenire i decessi a causa di malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari e altre malattie del cuore, presso gli scali aerei, ferroviari e marittimi e a bordo dei mezzi di trasporto aerei, ferroviari e marittimi è fatto obbligo di dotarsi di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni (DAE) e di personale formato ai sensi della legge 3 aprile 2001, n. 120.

2. Con decreto del Ministro della salute, da adottare di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti i criteri e le modalità per l'attuazione delle disposizioni di cui al comma 1.

## Art. 2.

*(Entrata in vigore)*

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

