



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

A.C. T.U. 181 ed abb.-A

Dossier n° 144/1 - Elementi per l'esame in Assemblea
22 luglio 2019

Informazioni sugli atti di riferimento

A.C.	T.U. 181 ed abb.-A
Titolo:	Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero
Iniziativa:	Parlamentare
Primo firmatario:	Gallinella

Quadro normativo

La **legge 3 aprile 2001, n.120**, "*Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero*", al fine di garantire maggiori possibilità di intervento in caso di arresto cardiocircolatorio, autorizza il personale sanitario non medico e il personale non sanitario - in possesso di formazione specifica in attività di rianimazione cardio-polmonare - all'impiego del defibrillatore semiautomatico in ambiente intra ed extraospedaliero.

Sulla base dei criteri indicati da apposite linee guida definite dal Ministro della salute, le Regioni e le province autonome disciplinano il rilascio, da parte delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, delle autorizzazioni per l'uso extraospedaliero di defibrillatori, da parte di personale specificamente formato, nell'ambito del sistema di emergenza 118 competente o, se non attivato, nell'ambito dell'azienda sanitaria di competenza.

Viene poi stabilito che la formazione dei soggetti autorizzati all'impiego dei defibrillatori può essere svolta anche dalle organizzazioni medico-scientifiche senza scopo di lucro nonché dagli enti operanti nel settore dell'emergenza sanitaria di rilievo nazionale e che dispongano di una rete di formazione.

Come ricordato nella relazione illustrativa alla proposta di legge, in condizioni di emergenza derivanti da un arresto cardiaco, elementi fondamentali in grado di garantire la sopravvivenza del soggetto sono rappresentati 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. E' evidente che il trasporto veloce del paziente 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.

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 strumento informazioni sulla eventuale presenza di fibrillazione ventricolare.

Con l'**accordo Stato-Regioni del 27 febbraio 2003**, sono state approvate le "*Linee guida per il rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extra ospedaliero dei defibrillatori semiautomatici*", e dettati una serie di criteri relativi soprattutto alla formazione del personale autorizzato.

Successivamente l'articolo 2, comma 46 della **legge 191/2009** (*Legge finanziaria 2010*) ha autorizzato la spesa di 4 milioni di euro per l'anno 2010 e di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2011 e 2012, finalizzata alla diffusione di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni. Si demandava ad un decreto del Ministro della salute, emanato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata, la definizione di criteri e di modalità per dotare di defibrillatori luoghi, strutture e

mezzi di trasporto, entro il limite di spesa previsto dal presente comma.

Il Ministero della Salute con [Decreto ministeriale 18 marzo 2011](#), dal titolo "**Determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori automatici esterni di cui all'articolo 2, comma 46, della legge n. 191/2009**", ha promosso la realizzazione di programmi regionali per la diffusione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici esterni, indicando i criteri per l'individuazione dei luoghi, degli eventi, delle strutture e dei mezzi di trasporto dove deve essere garantita la disponibilità dei defibrillatori semiautomatici esterni, e le modalità della formazione degli operatori addetti. L'allegato A del provvedimento ha previsto che le risorse finanziarie stanziare sarebbero state utilizzate 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.

La [circolare del Ministero della Salute del 16 maggio 2014](#) fornisce indirizzi in merito ai corsi di formazione finalizzati al rilascio di un attestato di autorizzazione all'impiego del DAE a personale non sanitario (c. d. laico), al fine di perseguire un modello unico, senza rigidità strutturali che possano comportare ostacoli al processo di diffusione della cultura e dell'utilizzo dei DAE.

Una trattazione a parte merita l'obbligo di **dotazione e impiego di defibrillatori semiautomatici per le società sportive** sia professionistiche (definite al Capo II della [legge 23 marzo 1981, n. 91](#)) che dilettantistiche (definite al comma 17 dell'art. 90 della [legge 27 dicembre 2002, n. 289](#).) presso cui viene svolta attività sportiva non agonistica o amatoriale, stabilito dall'art. 7, comma 11, del cd. decreto Balduzzi, [D.L.158/2012](#) (L. 189/2012) a seguito del quale è stato emanato il decreto del [Ministero della salute 24 aprile 2013](#).

L'art. 5 di questo decreto stabilisce che le società sportive - con eccezione di alcune società dilettantistiche con ridotto impegno cardiocircolatorio e con oneri a carico delle medesime società - devono dotarsi dei defibrillatori in base alle specifiche linee guida previste al corrispondente [All. E](#). In particolare, tali linee guida stabiliscono anche le modalità di gestione dei defibrillatori semiautomatici da parte di personale formato allo scopo, ferme restando le disposizioni previste dal [DM. 18 marzo 2011](#), che ha determinato criteri e modalità di diffusione dei defibrillatori automatici esterni (DAE) attuando quanto previsto dall'art. 2, co. 46 della legge finanziaria 2010 (L. n. 191/2009).

Detto obbligo è tuttavia entrato effettivamente in vigore il 1° luglio 2017, dopo essere stato differito (il termine di attuazione dell'obbligo era stato originariamente previsto dal DM 24 aprile 2013 rispettivamente in 6 mesi per le società professionistiche e 30 mesi per le società dilettantistiche dall'entrata in vigore del medesimo decreto) dai decreti del Ministro della salute [11 gennaio 2016](#) e [19 luglio 2016](#) (rispettivamente, al 20 luglio 2016 e al 30 novembre 2016), nonché sospeso fino alla data del 30 giugno 2017 dall'articolo 48, comma 18, del [D.L.189/2016](#), convertito dalla L. 229/2016 (la sospensione dell'obbligo, in particolare, è stata prevista per consentire ai comuni della Regione Abruzzo colpiti dal sisma del 24 agosto 2016 e del 26 e 30 ottobre 2016 il completamento delle attività di formazione degli operatori del settore dilettantistico circa il corretto utilizzo dei defibrillatori semiautomatici).

Considerato peraltro che vi sono state diverse difficoltà interpretative riguardo le indicazioni di cui al sopra richiamato All. E, con specifico riferimento sia alle modalità di assolvimento degli oneri di dotazione e manutenzione, sia all'obbligo di garantire la presenza di operatori debitamente formati all'utilizzo dello stesso nel corso delle gare, è intervenuto il [DM. 26 giugno 2017](#) prescrivendo in materia nuove linee guida su [specifici aspetti attuativi](#).

Va poi ricordato che il 30 luglio 2015, in sede di Conferenza Stato-Regioni è stato adottato l'Accordo sul documento di Indirizzi per il riconoscimento dei soggetti abilitati all'erogazione di corsi di formazione finalizzati al rilascio dell'autorizzazione all'impiego del Defibrillatore semiAutomatico Esterno (DAE), ai sensi del D.M. 18 marzo 2011, il cui paragrafo 3), punto B) dell'Allegato A, "attività formative", prevede che le Regioni provvedano a disciplinare l'erogazione dei corsi di formazione e di addestramento in Basic Life Support- Defibrillation (BLS-D) per i soccorritori non medici, la definizione dei programmi di formazione, l'aggiornamento, la verifica e le modalità di certificazione.

Contenuto

Il testo unificato in esame (A.C. 181 ed abb.), composto da **9 articoli**, detta *Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero*. Elaborato dal comitato ristretto è stato adottato come testo base nella seduta del 10 luglio scorso, ed ha subito alcune modifiche in seguito all'approvazione di emendamenti. Qui di seguito si procederà ad un'illustrazione sintetica del testo quale risultante dagli emendamenti approvati.

L'articolo 1 sancisce l'**obbligo per le pubbliche amministrazioni** di cui all'articolo 1, comma 2 del [D.Lgs n. 165/2001](#) (*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*) di **dotarsi entro il 31 dicembre 2025**, presso ciascuna sede in cui siano impiegati **almeno quindici dipendenti e che abbia servizi aperti al pubblico**, di **defibrillatori semiautomatici ed automatici esterni** (DAE) e di personale formato ai sensi della legge n. 120/2001, nel rispetto delle modalità indicate dalle linee guida di cui all'Accordo del 2003 e del D.M. del 18 marzo 2011 (comma 1).

Ai sensi del comma 2 dell'articolo 1 del D.Lgs 165/2001, per amministrazioni pubbliche si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli Istituti autonomi case popolari, le Camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al [decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300](#). Fino alla revisione organica della disciplina di settore, le disposizioni di cui al presente decreto continuano ad applicarsi anche al CONI.

Viene rimesso ad un **D.P.C.M.** da emanare, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della legge, su proposta del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze e per la pubblica amministrazione, sentiti gli altri Ministri interessati, previa intesa in sede di Conferenza unificata, la definizione del **programma pluriennale di attuazione**, entro il termine di cui al comma 1 (vale a dire quello del 31 dicembre 2025) delle misure previste dal comma medesimo. Il programma individua le **amministrazioni destinatarie** dell'obbligo secondo un ordine di priorità che tiene conto della ubicazione, del bacino di utenza di riferimento, dei tempi di arrivo dei mezzi di soccorso, nonché, ove possibile, dell'analisi dei dati epidemiologici di arresto cardiaco per valutare il rischio relativo in riferimento alla serie storica.

Viene in ogni caso considerata **prioritaria l'installazione dei DAE nelle scuole di ogni ordine e grado e nelle Università** (comma 2).

In proposito si segnala che alcuni edifici pubblici in ambito extraospedaliero devono essere dotati di DAE in base al decreto del [Ministero della salute 24 aprile 2013](#) emanato ai sensi dell'art. 7, comma 11, [D.L. 158/2012](#) (cd. decreto Balduzzi, L. 189/2012) - e alle [corrispondenti linee guida](#) - per tutelare la salute di coloro che praticano attività sportiva non agonistica o amatoriale, quali centri sportivi, stadi palestre e luoghi nei quali vengono svolte attività in grado di interessare l'attività cardiovascolare, secondo quanto stabilito dal [D.M. 18 marzo 2011, punto B.1](#). Peraltro, alcune Regioni, tra cui Veneto, Emilia Romagna e Marche, hanno già previsto nel loro piano di diffusione delle attività di defibrillazione di dotare di DAE anche alcune tipologie di impianti sportivi pubblici come palestre scolastiche e piscine comunali. Al riguardo, il Miur ha emanato il [Decreto n. 1028 del 9 Ottobre 2017](#) diretto a selezionare gli istituti scolastici presso cui finanziare, tramite i Fondi per il funzionamento delle istituzioni scolastiche di cui alla legge finanziaria per il 2007 (art. 1, comma 601, L. 296/2006), l'acquisto di DAE da utilizzare presso gli impianti sportivi scolastici.

Con decreto del Ministro della salute, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, sono stabiliti i **criteri e le modalità per l'installazione** di defibrillatori semiautomatici ed automatici esterni, segnalati da adeguata cartellonistica, favorendo, ove possibile, la loro collocazione in luoghi accessibili h 24 anche alla comunità.

Viene poi stabilito che per le procedure di acquisto dei DAE, le amministrazioni e gli enti di cui al comma 1 si avvalgono degli strumenti di negoziazione e di acquisto messa disposizione da CONSIP s.p.a. ovvero dalle centrali di committenza regionali (commi 3 e 4).

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) è responsabile di un terzo di tutta la spesa della Pubblica Amministrazione in beni e servizi. Si tratta di un volume di circa 30 miliardi di euro su un totale di quasi 90. Nei 30 miliardi (di cui 22 miliardi di spesa gestita attraverso Consip. Sul punto Consip, [L'approccio Consip alla spesa del settore sanitario](#)) sono inclusi sia gli acquisti di beni e servizi standard (ovvero quelli di uso comune a tutte le amministrazioni pubbliche, es. computer, energia, buoni pasto) sia la spesa specifica del settore sanitario (ad es. apparecchiature diagnostiche, dispositivi medici, farmaci).

Per quanto riguarda la **procedura di acquisto dei beni e servizi**, il [decreto legge 95/2012](#), comma 13, lettera d), ha obbligato gli enti e le aziende del SSN ad avvalersi degli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla CONSIP o, eventualmente, dalle Centrali di committenza regionali di riferimento; il rispetto di tale procedura è stato considerato uno degli adempimenti necessari per poter accedere al finanziamento integrativo al SSN. Viceversa, i contratti stipulati in violazione di tale procedura sono devono essere dichiarati nulli e tale violazione costituisce illecito disciplinare e determina responsabilità amministrativa.

Il [decreto legge 66/2014](#) ha poi ridisegnato il sistema di acquisto di beni e servizi della Pubblica Amministrazione e, all'articolo 9, ha istituito dei nuovi organismi denominati "soggetti aggregatori", che si aggiungono a Consip S.p.A. ed alle centrali di committenza, per gli acquisti delle PA. I nuovi organismi, istituiti fino ad un numero massimo di 35 sul territorio nazionale, sono censiti da una nuova specifica anagrafe denominata "elenco dei soggetti aggregatori" operante presso l' Autorità nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.). I soggetti aggregatori, attraverso un nuovo organismo denominato "Tavolo tecnico dei soggetti aggregatori", hanno il compito di procedere a una programmazione integrata tra livello nazionale, regionale e aziendale, per la definizione di elenchi di beni e dei relativi prezzi, al di sopra dei quali sarà obbligatorio rivolgersi a Consip S.p.A. ed ai soggetti aggregatori per il relativo approvvigionamento.

Le misure sopra descritte sono state rafforzate dalla legge di stabilità 2016 ([legge 208/2015](#)) che, all'art. 1, commi da 548 a 550, ha previsto che gli enti del SSN sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario, in via esclusiva tramite le centrali regionali di committenza di riferimento (leggi anche tramite Soggetto aggregatore individuato dalla regione), ovvero tramite la Consip S.p.A..

Il [D.P.C.M. 9 febbraio 2015](#) ha poi individuato, per gli enti del SSN, le categorie di beni e servizi e le relative soglie di obbligatorieta', nonche' i valori di spesa ritenuti significativi per le acquisizioni di beni e servizi, con riferimento ad ambiti, anche territoriali, da ritenersi ottimali ai fini dell'aggregazione e della centralizzazione della domanda. Qualora le centrali di committenza individuate non siano disponibili ovvero operative, gli enti del SSN sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario, avvalendosi, in via esclusiva, delle centrali di committenza iscritte nell'elenco dei soggetti aggregatori. In tale ipotesi, spetta alla centrale regionale di committenza di riferimento l'individuazione, ai fini dell'approvvigionamento, di altra centrale di committenza. La violazione di questi adempimenti costituisce illecito disciplinare ed e' causa di responsabilita' per danno erariale.

In ultimo, la legge di bilancio 2018 (art. 1, commi 412-415 della [legge 205/2017](#)) ha specificato che - ai fini del potenziamento del **monitoraggio della spesa sanitaria** -, per gli enti ed aziende del SSN (nonche', ove esistente, per la gestione sanitaria accentrata presso la regione di una quota del finanziamento del Servizio sanitario regionale), la trasmissione in formato elettronico dei documenti attestanti l'ordinazione e l'esecuzione degli acquisti di beni e servizi deve essere eseguita tramite un Sistema di gestione messo a disposizione dal Ministero dell'economia e delle finanze-Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato. Le modalita' ed i tempi di attuazione degli obblighi e del Sistema di gestione messo a disposizione dal Ministero dell'economia e delle finanze devono essere definiti con decreti del Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per l'Italia Digitale e d'intesa con la Conferenza Stato-regioni. Il sistema di gestione rientra tra gli strumenti per il monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie di cui all'art. 50 del decreto-legge 269/2003 relativo al [Sistema Tessera sanitaria](#).

Per l'attuazione delle disposizioni di cui ai commi precedenti sono stanziati, quale contributo dello Stato, **risorse nei limiti di 4 milioni di euro per il 2020 e 2 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2021 al 2025**. La definizione delle modalita' di accesso a tale contributo per le amministrazioni che non riescano a provvedere all'attuazione degli obblighi con le risorse disponibili a legislazione vigente, e' demandata al D.P.C.M. che definisce il programma pluriennale di attuazione.

A copertura dei conseguenti oneri si provvede, per ciascuno degli anni dal 2020 al 2025, nei limiti ivi previsti, mediante corrispondenti riduzioni dello stanziamento del Fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale **2019-2021**, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero (comma 6).

L'articolo 2 disciplina l'installazione dei DAE nei luoghi pubblici, prevedendo che gli enti territoriali, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della legge, adottino propri regolamenti per prevedere l'installazione nel proprio territorio di postazioni di defibrillazione ad accesso pubblico, 24 ore su 24, adeguatamente segnalate e dotate di sistemi automatici di chiamata e segnalazione ai servizi d'emergenza. La collocazione dei DAE deve avvenire, ove possibile, in teche accessibili 24 ore su 24, al pubblico e un'apposita segnaletica deve indicare la posizione del dispositivo in modo univoco e ben visibile secondo la codificazione internazionale corrente.

Inoltre gli enti territoriali incentivano, anche attraverso l'individuazione di misure premiali, la installazione di DAE nei centri commerciali, nei condomini, negli alberghi e nelle strutture aperte al pubblico nel rispetto della normativa vigente.

L'articolo 3 apporta alcune **modifiche alla [legge n.120/2001](#)** (*Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero*). Più in particolare esso, modificando il comma 1 dell'articolo 1 della citata legge, **inserisce i defibrillatori automatici - accanto a quelli semi-automatici - nella previsione della disposizione** diretta a consentirne l'uso al **personale sanitario non medico** nonche' al personale non sanitario che abbia ricevuto una specifica formazione nelle attivita' di rianimazione cardio-polmonare (cfr. *supra* "quadro normativo"). Inoltre, con l'inserimento di un periodo aggiuntivo nel comma in esame, esso dispone che, in assenza di personale sanitario o non sanitario formato, **nei casi di sospetto arresto cardiaco e' comunque consentito l'uso del defibrillatore semiautomatico od automatico anche ad una persona non in possesso dei requisiti citati**. Viene poi espressamente sancita, ai **sensi dell'articolo 54 del codice penale, la non punibilita' delle azioni connesse all'uso del defibrillatore** nonche' alla rianimazione cardiopolmonare intraprese dai soggetti che agiscano in stato di necessita' nel tentativo di prestare soccorso ad una vittima di sospetto arresto cardiaco .

L'articolo 54 del codice penale prevede che non sia punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessita' di salvare se' od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, ne' altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo.

Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo.

La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessita' e' determinato dall'altrui minaccia; ma in tal caso del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretta a commetterlo.

Viene poi modificato il **titolo della legge citata** inserendo anche il riferimento ai defibrillatori automatici.

L'articolo 4 estende l'**obbligo di dotazione dei DAE** disciplinato dall'articolo 1, agli **aeroporti, alle stazioni ferroviarie ed ai porti, nonché ai mezzi di trasporto aerei, ferroviari e marittimi e della navigazione interna**, che effettuano tratte con una percorrenza continuata, senza possibilità di fermate intermedie, di una durata di almeno due ore e, comunque, ai gestori di pubblici servizi di cui all'articolo 2, comma 2, lettera b) del [D.Lgs n.82/2005](#) - *Codice dell'amministrazione digitale*: la lettera citata fa riferimento ai gestori di servizi pubblici, ivi comprese le società quotate, in relazione ai servizi di pubblico interesse -, nonché ai titolari di servizi di trasporto extraurbano in concessione (comma 1).

Inoltre vengono apportate alcune **modifiche all'articolo 7 del D.L. 158/2012**, in tema di dotazione ed **utilizzo dei DAE** da parte delle **società sportive dilettantistiche e professionistiche** (comma 2).

Con una **modifica al comma 11 del citato articolo 7**, viene specificato che **l'obbligo relativo alla dotazione ed all'impiego, da parte di società sportive sia professionistiche che dilettantistiche, di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita**, sussiste durante le competizioni, durante gli allenamenti, nonché nelle altre attività correlate compresi trasferimenti e ritiri.

Come sopra ricordato il citato comma 11 dispone che al fine di salvaguardare la salute dei cittadini che praticano un'attività sportiva non agonistica o amatoriale il Ministro della salute, con proprio decreto, adottato di concerto con il Ministro delegato al turismo e allo sport, dispone garanzie sanitarie mediante l'obbligo di idonea certificazione medica, nonché linee guida per l'effettuazione di controlli sanitari sui praticanti e per la dotazione e l'impiego, da parte di società sportive sia professionistiche che dilettantistiche, di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita. Come sopra ricordato, è stato poi emanato il decreto del [Ministero della salute 24 aprile 2013](#). Sul punto si fa rinvio a quanto sopra esposto nel "Quadro normativo".

Viene poi inserito **un comma aggiuntivo, l'11-bis**, che introduce l'obbligo per le società sportive che utilizzano gli spazi di impianti pubblici, di condividere il dispositivo DAE con coloro che utilizzano gli impianti stessi. In ogni caso il dispositivo DAE dovrà essere notificato e registrato presso la Centrale operativa del sistema di emergenza sanitaria 118 territorialmente competente, alla quale dovrà anche essere comunicato, mediante apposita modulistica informatica, la precisa collocazione del dispositivo, le sue caratteristiche, gli orari di accessibilità al pubblico, le date di scadenza delle piastre deteriorabili.

Viene infine demandato ad un decreto del Ministro della salute, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della legge, la modifica del citato D.M. 24 aprile 2013, per adeguarlo alle disposizioni illustrate (comma 3).

Ai sensi dell'**articolo 5**, inoltre, si prevede **l'introduzione dell'insegnamento della rianimazione cardiopolmonare di base e di utilizzo del DAE nelle scuole secondarie di primo e secondo grado**. A tale scopo viene integrato il contenuto del comma 10 dell'articolo 1 della [legge 107/2015](#) (cd. *Buona Scuola*) che ha previsto **iniziative di formazione per gli studenti**, presso le medesime scuole, relative alle **tecniche di primo soccorso**, anche in collaborazione con il servizio di emergenza territoriale 118 del SSN. Con l'integrazione proposta si specifica che le iniziative di formazione citate devono comprendere anche **le tecniche di rianimazione cardiopolmonare di base e l'uso del DAE e la disostruzione delle vie aeree da corpo estraneo**. Nell'organizzazione di tali iniziative devono essere adottate speciali misure di attenzione nei confronti degli studenti delle scuole secondarie di primo e di secondo grado, in modo da tenere conto della sensibilità connessa all'età. Tali iniziative sono estese al personale docente e al personale amministrativo tecnico ed ausiliario (comma 1).

Viene poi previsto che ogni istituzione scolastica provveda autonomamente ad organizzare periodicamente le iniziative di formazione programmando le attività, anche in rete di scuole, in accordo con le strutture sanitarie e di volontariato. Inoltre, il 29 settembre di ogni anno, in concomitanza con la "giornata mondiale del cuore", le istituzioni scolastiche possono, nell'ambito della propria autonomia, organizzare iniziative specifiche di informazione sull'arresto cardiaco e sulle conseguenti azioni di primo soccorso, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente (comma 2).

L'articolo 6 disciplina la **registrazione dei DAE presso le centrali operative del sistema di emergenza sanitaria 118**, disponendo che, al fine di consentire la tempestiva localizzazione del DAE più vicino in caso di evento di un arresto cardiaco, e di fornire indicazioni per il suo reperimento ai chiamanti o ad altri soccorritori, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge, i soggetti, siano essi pubblici o privati, già dotati di un DAE, sono obbligati a darne **comunicazione alla centrale operativa del sistema di emergenza sanitaria 118** territorialmente competente. Tale comunicazione deve specificare il numero di dispositivi, le caratteristiche e la loro ubicazione, gli orari di accessibilità al pubblico, le date di scadenza delle parti deteriorabili, nonché gli eventuali nominativi dei soggetti in possesso della certificazione all'uso dei DAE. A tale fine, all'atto dell'acquisto, il fornitore o il venditore sono tenuti a comunicare, attraverso mezzi telematici, il nominativo e l'indirizzo dell'acquirente alla centrale operativa del sistema di emergenza sanitaria 118, previa autorizzazione al trattamento dei dati personali (comma 1). Inoltre, nei luoghi pubblici presso i quali è presente un DAE registrato, deve essere individuato un **oggetto responsabile del corretto**

funzionamento dell'apparecchio e dell'adeguata informazione all'utenza sullo stesso. Sulla base dei dati forniti dall'acquirente, la Centrale operativa del sistema di emergenza sanitaria 118 territorialmente competente, sulla base dei dati forniti dall'acquirente, presta un servizio di segnalazione periodica delle date di scadenza parti deteriorabili (comma 2).

L'emergenza-urgenza sanitaria è affidata al servizio 118 attivo in tutte le Regioni e Province autonome, seppur con modalità diverse a seconda delle scelte organizzative e della programmazione dell'ente territoriale di riferimento. Conseguentemente, i modelli di funzionamento del servizio territoriale di soccorso sono diversi da Regione a Regione: in alcuni casi la gestione del servizio è affidata ad una Agenzia regionale; altrove, sono stati istituiti dei livelli regionali di coordinamento, a volte facenti capo alle Aziende sanitarie territorialmente competenti; infine, altre Regioni hanno adottato il modello gestionale di tipo dipartimentale interaziendale.

La Centrale operativa 118 ha l'obiettivo di organizzare e gestire le attività di emergenza-urgenza sanitaria territoriale, assicurando il coordinamento di tutti gli interventi dal momento dell'evento sino all'attivazione della risposta ospedaliera, garantendo il trasporto del paziente all'ospedale più vicino e più idoneo alla gestione della patologia, anche in collaborazione con gli altri Enti di Soccorso non sanitario (Vigili del Fuoco, Carabinieri, Polizia).

La definizione del grado di complessità dell'intervento viene eseguita tramite il "Sistema Dispatch", specifica funzione del 118 che comprende le diverse fasi del soccorso, a partire dalla ricezione della chiamata fino all'arrivo dei soccorritori sul luogo dell'evento.

Il [Decreto del ministro della Salute del 2 aprile 2015 n.70](#), relativo alla definizione degli standard dell'assistenza ospedaliera, ha individuato i parametri di riferimento nazionali per il dimensionamento dei seguenti elementi della rete dell'emergenza territoriale:

- centrali operative 118: centrale operativa con un bacino di riferimento orientativamente non inferiore a 0,6 milioni di abitanti oppure almeno una per regione /provincia autonoma;
- postazioni territoriali: un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 kmq, applicando un necessario correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolare difficoltà di accesso per garantire l'adeguata funzionalità dei percorsi clinico assistenziali;
- elisoccorso: un mezzo diurno per una previsione media di interventi compresa tra 400 e 600 anno per ogni base operativa e un mezzo notturno per una previsione media di interventi compresa tra 350 e 550 anno per ogni base operativa.

Le Regioni possono adottare parametri diversi in funzione della necessità di erogare il servizio in situazioni particolari (es. isole minori, comunità isolate, aree disagiate); inoltre, è fortemente auspicata la sinergia di intervento a copertura delle aree di confine tra le diverse regioni.

In molte Regioni italiane è attivo il servizio "Numero Unico d'emergenza Europeo 112" (NUE 112) per la gestione delle chiamate di emergenza. La decisione di istituire il NUE 112 risale al 1991 (Decisione del Consiglio - 91/396/CEE, Gazzetta ufficiale n. L 217 del 06/08/1991), ma il servizio è stato effettivamente introdotto con la successiva Direttiva 2002/22/CE del Parlamento e del Consiglio Europeo del 7 marzo 2002, la quale prevede che, oltre alle esistenti numerazioni di emergenza nazionali (per l'Italia 113, 112, 115 e 118), tutti gli utenti possano chiamare gratuitamente i servizi di soccorso digitando il numero di emergenza unico europeo 112.

Per inosservanza dell'obbligo di fornire le informazioni sulla localizzazione delle chiamate di emergenza, l'Italia ha subito una procedura di infrazione che, il 15 gennaio 2009, ha portato a una sentenza di condanna della Corte di giustizia europea. La chiusura della procedura di infrazione è stata possibile con l'adozione di una soluzione transitoria, assicurata attraverso le Centrali operative dell'Arma dei Carabinieri, e una soluzione a regime con la realizzazione di un sistema basato su due livelli di risposta, il primo per la ricezione della chiamata e il secondo per la gestione dell'intervento. Dopo un periodo di sperimentazione, è stata definita con la Legge delega 7 agosto 2015 n. 124 – cd. Legge Madia in materia di razionalizzazione delle Pubbliche Amministrazioni – l'istituzione su tutto il territorio nazionale del NUE 112 con centrali operative da realizzare in ambito regionale.

L'attuazione del Servizio NUE 112 avviene secondo le modalità definite con i Protocolli d'Intesa di volta in volta sottoscritti tra il Ministero dell'Interno e le Regioni interessate, in conformità a quanto determinato dalla Commissione consultiva di cui all'art. 75-bis, comma 2, del D.lgs. n. 259/2003 (codice delle comunicazioni elettroniche)

Il modello prevede la realizzazione di Centrali Uniche di Risposta (CUR), dove confluiscono tutte le chiamate di soccorso, che poi vengono trasferite all'Ente preposto alla gestione della specifica emergenza (Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Vigili del Fuoco, Emergenza Sanitaria).

In attesa della realizzazione su tutto il territorio nazionale delle CUR, ove queste ultime non sono presenti, il Servizio NUE 112 è assicurato dalle Centrali operative dell'Arma dei Carabinieri.

I DAE sono connessi al sistema di monitoraggio remoto rappresentato dalla Centrale operativa del 118 più vicina. Il monitoraggio del dispositivo consente di indicare lo stato operativo in tempo reale, la tracciabilità della scadenza delle parti deteriorabili, e la segnalazione di eventuali malfunzionamenti (comma 3).

L'articolo 7 demanda ad un **Accordo da adottarsi in sede di Conferenza Stato-Regioni**, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della legge, la definizione delle modalità operative per la realizzazione e l'adozione di **un'applicazione mobile integrata con i servizi delle centrali operative del sistema di emergenza sanitaria "118"** per la rapida geolocalizzazione dei soccorritori e dei DAE più vicini al luogo in cui si sia verificata l'emergenza. I soccorritori, reclutabili attraverso l'applicazione del presente comma, sono individuati tra quelli registrati su base volontaria nei database della Centrale operativa del 118 territorialmente competente (comma 1).

Per l'attuazione delle citate disposizioni si provvede nei limiti di **250.000 euro per l'anno 2019 e 500.000 euro per l'anno 2020**, mediante riduzione dello stanziamento del Fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2019-2021, nell'ambito del programma "Fondi di riserva e

speciali" della missione "Fondi da ripartire" dello stato di previsione del Ministero di economia e finanze per l'anno 2019, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero (comma 2).

Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge le Centrali operative del sistema di emergenza sanitaria 118 presenti sul territorio nazionale sono tenute ad impartire al telefono, durante la chiamata di emergenza, secondo un protocollo definito dal Ministero della salute, le istruzioni pre-arrivo sulle manovre di rianimazione cardiopolmonare di base e sull'uso del DAE, nonché, ove possibile, a fornire indicazioni sulla posizione del DAE più vicino al luogo in cui si sia verificata l'emergenza (comma 3).

L'articolo 8, con una modifica alla tabella A, parte II-bis allegata al D.P.R. n. 633/1972 (*Istituzione e disciplina dell'imposta sul valore aggiunto*), **inserisce i defibrillatori semiautomatici ed automatici esterni tra i beni e servizi soggetti all'aliquota del 5 per cento** (comma 1).

L'IVA è disciplinata a livello europeo dalla cosiddetta direttiva IVA (ora **direttiva 2006/112/CE**), che ha istituito il **Sistema comune d'imposta sul valore aggiunto**.

In materia di aliquote, l'articolo 97 della direttiva stabilisce che l'**aliquota normale** d'imposta fissata da ciascun Paese membro non poteva essere, fino al **31 dicembre 2017, inferiore al 15 per cento**.

L'aliquota normale viene fissata da ciascuno Stato membro ad una percentuale della base imponibile che è identica per le cessioni di beni e per le prestazioni di servizi (articolo 96).

Gli articoli 98 e 99 consentono agli **Stati membri la facoltà di applicare una o due aliquote ridotte**. Tale facoltà è ammessa esclusivamente per le cessioni di beni e le prestazioni di servizi delle categorie individuate nell'**allegato III della direttiva**. Le aliquote ridotte non si applicano ai servizi forniti per via elettronica. In ogni caso, la misura dell'aliquota ridotta non può essere inferiore al 5 per cento. In deroga alle regole normali, **alcuni Stati membri sono stati autorizzati a mantenere aliquote ridotte, comprese le aliquote super-ridotte e le aliquote zero, in alcuni ambiti, a condizione che tali aliquote fossero già in vigore al 1° gennaio 1991 e che la loro applicazione risponda a ben definite ragioni di interesse sociale** (articolo 110).

La Corte di Giustizia ha assunto un'interpretazione restrittiva dichiarando l'impossibilità per gli Stati di estendere l'ambito di applicazione delle aliquote super-ridotte a fattispecie non contemplate al 1° gennaio 1991 (caso C-462/05, Commissione c. Portogallo; caso C-240/05, Eurodental; caso C-169/00, Commissione c. Finlandia). La Corte ha inoltre affermato che uno Stato che abbia deciso di escludere determinate operazioni dall'aliquota Iva super-ridotta, riconducendole alle aliquote ordinarie o ridotte, non può più applicare a queste operazioni l'aliquota super-ridotta, pena la violazione del diritto comunitario (caso C-119/11, Commissione c. Francia; caso C-462/05, Commissione c. Portogallo; caso C-414/97, Commissione c. Spagna; caso C-74/91, Commissione c. Germania).

Gli Stati membri possono, a determinate condizioni, essere autorizzati ad introdurre misure di deroga per semplificare la riscossione dell'IVA o evitare frodi o evasioni fiscali.

Previa consultazione del comitato IVA, ciascuno Stato membro può applicare un'aliquota ridotta alle forniture di gas naturale, di energia elettrica o di teleriscaldamento (articolo 102).

La direttiva 5 maggio 2009, n. 2009/47/CE è intervenuta sulla direttiva 2006/112/CE apportando, tra l'altro, modifiche all'allegato III della direttiva 2006/112/CE al fine di ampliare l'ambito delle cessioni di beni e delle prestazioni di servizi che possono essere assoggettate alle aliquote ridotte. Nel secondo considerando della direttiva 2009/47/CE viene evidenziato che la Commissione europea, nella sua Comunicazione sulle aliquote IVA diverse dall'aliquota IVA normale presentata al Consiglio e al Parlamento europeo nel luglio 2007, ha concluso che l'applicazione di aliquote ridotte ai servizi prestati localmente non pone problemi per il buon funzionamento del mercato interno e può, in presenza di determinate condizioni, produrre effetti positivi in termini di creazione di occupazione e di lotta all'economia sommersa.

In Italia, le **aliquote IVA** sono disciplinate dall'**articolo 16 del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 633**, recante l'istituzione e la disciplina dell'imposta sul valore aggiunto. Nel dettaglio:

- o l'**aliquota normale** è stabilita nella misura del 22 per cento;
- o l'**aliquota ridotta del 10 per cento** (che può essere modificata in aumento o in diminuzione per tutti i beni interessati) si applica **per una serie di beni e servizi elencati nella parte III della Tabella A del D.P.R. n. 633 del 1972**;
- o l'**aliquota ridotta del 5 per cento** (introdotta dalla legge n. 208 del 2015, il cui elenco è stato di seguito integrato dalla legge n. 122 del 2016 e dalla legge n. 232 del 2016)) si applica **per i beni e servizi elencati nella parte II-bis della Tabella A del D.P.R. n. 633 del 1972 (prestazioni socio-sanitarie ed educative rese da cooperative sociali e loro consorzi; basilico, rosmarino e salvia freschi, origano a rametti o sgranato, destinati all'alimentazione; prestazioni di trasporto urbano di persone effettuate mediante mezzi di trasporto abilitati ad eseguire servizi di trasporto marittimo, lacuale, fluviale e lagunare)**.

Più in particolare sono soggette all'aliquota del 5 per cento **le prestazioni rese in favore** degli anziani ed inabili adulti, di tossicodipendenti e di malati di AIDS, degli handicappati psicofisici, dei minori anche coinvolti in situazioni di disadattamento e di devianza, di persone migranti, senza fissa dimora, richiedenti asilo, di persone detenute, di donne vittime di tratta a scopo sessuale e lavorativo **da cooperative sociali e loro consorzi** in esecuzione di contratti di appalto e di convenzioni in generale. Si tratta in particolare delle seguenti prestazioni: **prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione** rese alla persona nell'esercizio delle professioni e arti sanitarie soggette a vigilanza; **prestazioni di ricovero e cura** compresa la somministrazione di medicinali, presidi sanitari e vitto; **prestazioni educative dell'infanzia e della gioventù e quelle didattiche di ogni genere**, anche per la formazione, l'aggiornamento, la riqualificazione e riconversione professionale, comprese le prestazioni relative all'alloggio, al vitto e alla fornitura di libri e materiali didattici; **prestazioni proprie dei brefotrofi, orfanotrofi, asili,**

case di riposo per anziani e simili, delle colonie marine, montane e campestri e degli alberghi e ostelli per la gioventù di cui alla *legge 21 marzo 1958, n. 326*, comprese le somministrazioni di vitto, indumenti e medicinali, le prestazioni curative e le altre prestazioni accessorie; **prestazioni socio-sanitarie, di assistenza domiciliare o ambulatoriale, in comunità e simili** (sul punto Agenzia delle entrate, [Circolare 31/E](#), luglio 2016);

- l'**aliquota "super-ridotta" del 4 per cento (che non può essere modificata in quanto oggetto di deroga specifica al momento della emanazione della prima direttiva IVA)** per le operazioni aventi per oggetto i beni e i servizi elencati nella parte II della Tabella A allegata al citato D.P.R. n. 633. Si segnala che la legge di stabilità 2015 ha esteso, con una norma interpretativa, l'IVA ridotta al 4 per cento alle pubblicazioni commercializzate tramite mezzi di comunicazione elettronica (e-book).

A copertura degli oneri recati dal comma 1 si provvede:

- per l'anno 2019, mediante riduzione di un milione di euro della dotazione del Fondo per gli interventi strutturali di politica economica, di cui all'articolo 10, comma 5, del [D.L. n. 282/2004](#) (*Disposizioni urgenti in materia fiscale e di finanza pubblica*), convertito, con modificazioni, dalla legge n. 307/2004;
- dall'anno 2020, mediante riduzione di 4 milioni di euro annui, dello stanziamento del Fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2019-2021, nell'ambito del programma "Fondi di riserva e speciali" della missione "Fondi da ripartire" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2020, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero (comma 2).

L'articolo 9 prevede e disciplina **campagne di informazione e sensibilizzazione**. Esso demanda al Ministero della salute, di concerto con quello dell'istruzione, dell'università e della ricerca, il compito di promuovere ogni anno, negli istituti di istruzione primaria e secondaria, una **campagna di sensibilizzazione rivolta al personale docente e non docente, agli educatori, ai genitori ed agli studenti**, finalizzata ad informare e sensibilizzare sulle manovre di rianimazione cardiopolmonare e sull'uso dei defibrillatori semiautomatici ed automatici esterni (comma 1).

Spetta inoltre al Ministero della salute (comma 2) il compito di promuovere, nell'ambito delle campagne di sensibilizzazione sociale, la diffusione della conoscenza delle tecniche di primo soccorso e delle tecniche salvavita nonché sull'utilizzo dei DAE in caso di intervento su soggetti colpiti da arresto cardiaco. Tale attività di informazione e comunicazione costituisce **messaggio di utilità sociale** ai sensi dell'articolo 3 della [legge n. 150/2000](#) (*Disciplina delle attività di informazione e comunicazione delle pubbliche amministrazioni*).

Il citato articolo 3 prevede che la Presidenza del Consiglio dei Ministri determina i messaggi di utilità sociale ovvero di pubblico interesse, che la concessionaria del servizio pubblico radiotelevisivo può trasmettere a titolo gratuito. Alla trasmissione di messaggi di pubblico interesse previsti dal presente comma sono riservati tempi non eccedenti il due per cento di ogni ora di programmazione e l'uno per cento dell'orario settimanale di programmazione di ciascuna rete. Le emittenti private, radiofoniche e televisive, hanno facoltà, ove autorizzate, di utilizzare tali messaggi per passaggi gratuiti.

Nelle concessioni per la radiodiffusione sonora e televisiva è prevista la riserva di tempi non eccedenti l'uno per cento dell'orario settimanale di programmazione per le stesse finalità e con le modalità di cui al comma 1.

Fatto salvo quanto stabilito dalla presente legge e dalle disposizioni relative alla comunicazione istituzionale non pubblicitaria, le concessionarie radiotelevisive e le società autorizzate possono, per finalità di esclusivo interesse sociale, trasmettere messaggi di utilità sociale.

I messaggi di cui al comma 3 non rientrano nel computo degli indici di affollamento giornaliero né nel computo degli indici di affollamento orario stabiliti dal presente articolo. Il tempo di trasmissione dei messaggi non può, comunque, occupare più di quattro minuti per ogni giorno di trasmissione per singola concessionaria. Tali messaggi possono essere trasmessi gratuitamente; qualora non lo fossero, il prezzo degli spazi di comunicazione contenenti messaggi di utilità sociale non può essere superiore al cinquanta per cento del prezzo di listino ufficiale indicato dalla concessionaria.

Per le medesime finalità spetta al Ministero dello sviluppo economico il compito di assicurare che nel contratto di servizio con la società concessionaria del servizio pubblico radiotelevisivo sia previsto l'obbligo di riservare spazi di informazione, nella programmazione televisiva pubblica nazionale e regionale (comma 3).

Ai fini dell'attuazione dei commi 1 e 2 è autorizzata la spesa di 50.000 euro per l'anno 2019 e di 150.000 euro per ciascuno degli anni 2020, 2021 e 2022. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del Fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2019-2021, nell'ambito del programma "Fondi di riserva e speciali" della missione "Fondi da ripartire" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2019, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero (comma 4).

Discussione e attività istruttoria in Commissione in sede referente

L'esame della proposta di legge A.C. [1188](#), in sede referente (alla quale sono state successivamente abbinata le pdl A.C. [181](#), 1034, 1593, 1710, 1749, 1836 e 1839), è iniziato presso la XII Commissione Affari sociali il 9 maggio scorso. Durante l'esame si è svolto un ciclo di audizioni informali nel corso del quale sono stati sentiti esperti e professionisti del settore, operanti nell'ambito della cardiologia, cardiocirurgia e terapia intensiva di rianimazione. È stato poi nominato un comitato ristretto che ha elaborato un testo unificato delle

diverse proposte di legge, adottato come testo base nella seduta del 10 luglio. Al testo del provvedimento sono poi state apportate alcune modifiche nel corso della fase emendativa. L'esame del provvedimento in Commissione si è concluso nella seduta del 18 luglio con la votazione del mandato ai relatori (On.le Lapia e On.le Mulè).

I pareri espressi dalle Commissioni in sede consultiva

Sul testo hanno espresso parere favorevole le Commissioni I (Affari costituzionali), II (Giustizia), VI (Finanze), X (Attività produttive), e XIV (Politiche dell'Unione europea). Le Commissioni VII (Cultura), IX (Trasporti) e XI (Lavoro pubblico e privato), hanno espresso parere favorevole con osservazioni, recepite da alcuni emendamenti dei relatori. La V Commissione esprimerà il parere di competenza nel corso dell'esame del provvedimento da parte dell'Assemblea.