



Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici

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

Dossier n° 144/2 - Schede di lettura
15 giugno 2021

Informazioni sugli atti di riferimento

A.C.	T.U. 181 ed abb.-B
Titolo:	Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici
Iniziativa:	Parlamentare
Primo firmatario:	Gallinella
Iter al Senato:	Sì
Numero di articoli:	9
Date:	
trasmissione alla Camera:	27 maggio 2021
assegnazione:	7 giugno 2021
Commissione competente :	XII Affari sociali
Sede:	referente
Pareri previsti:	I Affari Costituzionali, V Bilancio e Tesoro e Commissione parlamentare per le questioni regionali

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), recante "*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute*", 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 quando 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 (BLSD) 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.), recante *Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici*, è stato approvato in prima lettura dalla Camera il 30 luglio 2019. Approvato anche dal Senato con limitate modifiche, è ora nuovamente all'esame della Camera in seconda lettura. Il provvedimento è diretto nel suo complesso a favorire la progressiva diffusione ed utilizzazione di defibrillatori semiautomatici od automatici esterni in una serie di luoghi ed ambienti, prevedendo ed incentivando i corsi di formazione destinati agli operatori non sanitari nei diversi ambiti, e disciplinando campagne di informazione e sensibilizzazione al riguardo. Esso si compone di **9 articoli**.

L'articolo 1 enuncia in primo luogo **la finalità della legge (comma 1), diretta a favorire** nel rispetto delle linee guida di cui all'accordo del 27 febbraio 2003 (cfr. *supra*, "Quadro normativo") tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, e il decreto del Ministro della salute del 18 marzo 2011 (cfr. *supra*, "Quadro normativo"), **la progressiva diffusione dei defibrillatori semiautomatici ed automatici esterni (DAE)** in una serie di luoghi espressamente indicati, vale a dire:

- presso le sedi delle **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*) in cui siano impiegati **almeno quindici dipendenti e che abbiano servizi aperti al pubblico (lettera a)**;

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.

- negli **aeroporti, nelle stazioni ferroviarie e nei porti, a bordo dei mezzi di trasporto aerei, ferroviari, marittimi e della navigazione interna** che effettuino tratte con percorrenza continuata, senza possibilità di fermate intermedie, della durata di almeno due ore e, comunque, presso i **gestori di pubblici servizi** nonché di **servizi di trasporto extraurbano in concessione**. Riguardo alla suddetta locuzione pubblici servizi, la norma fa rinvio all'articolo 2, comma 2, lettera b), del codice dell'amministrazione digitale, di cui al [D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82](#), e successive modificazioni, che fa riferimento ai "gestori di servizi pubblici, ivi comprese le società quotate, in relazione ai servizi di pubblico interesse" (**lettera b**).

Viene rimesso ad un **D.P.C.M.** da emanare, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della legge (**comma 2**), 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 di un **programma pluriennale** per favorire la progressiva diffusione e utilizzazione dei DAE nei luoghi sopra indicati, con priorità per le scuole di ogni ordine e grado e le università, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica. Vengono anche stabilite le modalità di accesso delle pubbliche amministrazioni di cui al comma 1 ai contributi previsti al comma 5 (cfr. *infra*). Viene previsto che il programma abbia la durata di cinque anni e possa essere aggiornato, con le stesse modalità previste per la sua definizione, per

tener conto del livello di utilizzazione e diffusione dei DAE conseguito durante il periodo di programmazione di riferimento.

*Si valuti l'opportunità di chiarire se le scuole ed università siano comprese nella categoria di cui alla **lettera a) del comma 1**, alle condizioni ivi poste. Da queste ultime deriverebbe, tra l'altro, la limitazione alle scuole ed università pubbliche; nell'ipotesi in cui, invece, si intenda far riferimento anche a quelle private, sembrerebbe preferibile chiarire se restino escluse le private non paritarie; in ogni caso appaiono esclusi i servizi educativi per l'infanzia non rientranti nella nozione di scuole, quali gli asili nido (a prescindere dalla natura pubblica o privata del soggetto gestore).*

In proposito si segnala che attualmente 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, opportunamente indicati da apposita segnaletica, favorendo, ove possibile, la loro collocazione in luoghi accessibili h 24 anche al pubblico.

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 a 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 obbligatoriietà, nonché 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 è causa di responsabilità 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 (nonché, 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 modalità 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 al comma 2, che disciplinano il citato programma pluriennale, sono concessi contributi dello Stato nei limiti di **2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021**. Come sopra ricordato, la definizione delle modalità di accesso a tale contributo per le amministrazioni che non riescano a provvedere all'attuazione degli obblighi con le risorse disponibili a legislazione vigente, è demandata al D.P.C.M. che definisce il programma pluriennale di attuazione (**comma 5**).

A copertura dei conseguenti oneri si provvede, a decorrere dall'anno 2021, mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del Fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale **2021-2023**, 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 2021, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute (**comma 6**). Fatto salvo quanto previsto dai commi 5 e 6 viene poi inserita la clausola di invarianza degli oneri a carico della finanza pubblica (**comma 7**).

L'articolo 2 disciplina l'**installazione dei DAE nei luoghi pubblici**, prevedendo che prevede che, sulla base del citato programma pluriennale e dei suoi successivi aggiornamenti, gli enti territoriali possano adottare provvedimenti normativi al fine di disciplinare l'installazione, nel proprio territorio, di postazioni di defibrillazione ad accesso pubblico adeguatamente segnalate (**comma 1**). 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 (**comma 2**). Inoltre gli enti territoriali possono incentivare, 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 dell'equilibrio dei rispettivi bilanci e della normativa vigente (**comma 3**).

Si valuti l'opportunità di coordinare il disposto dei commi 2 e 3 dell'articolo 2 con il precedente articolo 1, comma 3, il quale demanda ad un decreto del Ministro della salute la definizione dei criteri e delle modalità per l'installazione dei DAE e reca in via diretta alcune prescrizioni.

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** nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una specifica formazione nelle attività 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 è 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 punibilità delle azioni connesse all'uso del defibrillatore** nonché alla rianimazione cardiopolmonare intraprese dai soggetti che agiscono in stato di necessità 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 necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né 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 necessità è 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 apporta alcune **modifiche all'articolo 7 del [D.L 158/2012](#)** (convertito con modificazioni dalla [L. n.189/2012](#)), in tema di dotazione ed **utilizzo dei DAE** da parte delle **società sportive dilettantistiche e professionistiche (comma 1)**.

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 automatici** (il riferimento ai defibrillatori automatici è aggiunto dal comma in esame) e di eventuali altri dispositivi salvavita, **sussiste nelle competizioni, e durante gli allenamenti**.

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 dovranno anche essere comunicati, mediante apposita modulistica informatica, la precisa collocazione del dispositivo, le sue caratteristiche, la marca, il modello, la data di scadenza delle parti deteriorabili, nonché gli orari di accessibilità al pubblico.

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 2**). Viene inserita la clausola di invarianza degli oneri finanziari (**comma 3**).

Ai sensi dell'**articolo 5**, inoltre, si prevede **l'introduzione alle tecniche di 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, 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**).

Le scuole di ogni ordine e grado, nell'ambito della propria autonomia, organizzano le iniziative sopracitate programmando le attività, anche in rete, in accordo con le strutture sanitarie e di volontariato e il giorno 16 ottobre, in concomitanza con la "Giornata mondiale della rianimazione cardiopolmonare", possono dedicare iniziative specifiche di informazione all'arresto cardiaco e alle conseguenti azioni di primo soccorso (**comma 2**).

Viene poi specificato (**comma 3**) che le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione del **presente articolo** nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

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 dell'attestato di formazione all'uso dei DAE. Per i DAE acquistati successivamente all'entrata in vigore della legge viene pertanto stabilito che, all'atto della vendita il venditore è tenuto a comunicare, attraverso modulistica informatica, alla centrale operativa del sistema di emergenza sanitaria 118 territorialmente competente, sulla base dei dati forniti dall'acquirente, il luogo dove è prevista l'installazione del DAE e il nominativo dell'acquirente 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 **soggetto 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, s, 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).

Viene poi previsto (**comma 3**) che i DAE siano collegati al sistema di monitoraggio remoto della centrale operativa del sistema di emergenza sanitaria "118" più vicina; il monitoraggio deve consentire di verificare in tempo reale lo stato operativo del DAE e la scadenza delle parti deteriorabili e di segnalare eventuali malfunzionamenti.

Con riferimento alle attività di cui all'**articolo 6**, viene poi posta una clausola di invarianza degli oneri a carico della finanza pubblica (**comma 4**).

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 negli archivi informatici della Centrale operativa del 118 territorialmente competente (**comma 1**).

Agli oneri derivanti dall'attuazione delle citate disposizioni, pari a **250.000 euro annui per ciascuno degli anni dal 2021 al 2023**, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del Fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2021-2023, 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 2021, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute (**comma 2**).

A decorrere dal novantesimo giorno successivo alla data di entrata in vigore della legge, le suddette centrali operative sono tenute a fornire durante le chiamate di emergenza, secondo un protocollo predisposto dal Ministero della salute, le istruzioni da seguire, in attesa dell'arrivo dei mezzi di soccorso, per le manovre di rianimazione cardiopolmonare di base e per l'uso del DAE nonché, ove

possibile, le indicazioni utili a localizzare il DAE più vicino al luogo in cui si sia verificata l'emergenza. **(comma 3)**.

Con riferimento all'attuazione del presente **articolo 7** e ferme restando la quantificazione di oneri summenzionata e la relativa copertura, viene poi prevista la clausola di invarianza degli oneri a carico della finanza pubblica **(comma 4)**.

L'articolo 8 prevede e disciplina **campagne di informazione e sensibilizzazione**. Esso demanda al Ministero della salute, di concerto con quello dell'istruzione, 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 degli elementi 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 150.000 euro annui a decorrere dall'anno 2021. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del Fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2021-2023, 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 2021, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute **(comma 4)**.

L'articolo 9 prevede che nei territori in cui vi siano minoranze linguistiche riconosciute (cfr. [L. 15 dicembre 1999, n. 482](#)) le disposizioni della presente legge si applichino nel rispetto della relativa lingua di minoranza.

Relazioni allegare o richieste

Il testo unificato riguarda proposte di legge di iniziativa parlamentare, corredate, pertanto, della sola relazione illustrativa.

Necessità dell'intervento con legge

I provvedimenti intervengono in un ambito già regolato da fonti di rango legislativo. Sul tema sono infatti intervenuti la [legge n. 120/2001](#), la [legge 191/2009](#), e il [D.L. 158/2012](#) (cfr. *supra*). Vengono poi richiamate diverse norme di legge anche ai fini della copertura degli oneri recati dalle nuove disposizioni. Si giustifica pertanto l'utilizzazione dello strumento legislativo, fatta salva l'emanazione di atti normativi secondari per la definizione della disciplina attuativa.

Rispetto delle competenze legislative costituzionalmente definite

Le proposte di legge disciplinano la dotazione e l'impiego di defibrillatori in alcuni contesti espressamente indicati, al fine di tutelare la salute e prevenire i decessi per una serie di patologie. La materia trattata

pertanto è riconducibile alla tutela della salute, oggetto di potestà legislativa concorrente ai sensi dell'[articolo 117, comma terzo della Costituzione](#).

L'articolo 3, inoltre, richiama la causa di non punibilità di cui all'articolo 54 del codice penale in relazione all'utilizzo dei DAE. Per tale aspetto può essere richiamata la materia ordinamento civile e penale, oggetto di competenza legislativa esclusiva ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera l) della Costituzione.

L'articolo 5 prevede inoltre iniziative di formazione nelle scuole secondarie di primo e secondo grado. A tale proposito, può essere richiamata l'esclusiva competenza statale in materia di norme generali sull'istruzione ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera n) della Costituzione.

Per quanto concerne la competenza concorrente in materia di tutela della salute si ricorda che, sulla base della giurisprudenza costituzionale (si veda ad esempio la sentenza n. 251 del 2016), si pone l'esigenza di prevedere adeguate forme di coinvolgimento del sistema delle autonomie territoriali. Al riguardo, si segnala che il provvedimento prevede, all'articolo 1, comma 2, che il DPCM chiamato a definire il programma pluriennale di installazione dei defibrillatori (DAE) sia adottato previa intesa in sede di Conferenza unificata; inoltre, l'articolo 7 prevede un accordo in sede di Conferenza Stato-regioni per la realizzazione di un'applicazione mobile integrata con i servizi delle centrali operative del sistema di emergenza 118 per la rapida geolocalizzazione dei soccorritori e dei DAE.

Analisi impatto di genere

Come sopra ricordato la proposta di legge in esame disciplina la dotazione e l'impiego di defibrillatori in alcuni contesti espressamente indicati, al fine di tutelare la salute e prevenire i decessi per una serie di patologie. Essa quindi è diretta a tutelare la salute collettiva garantendo maggiori possibilità di intervento in caso di arresto cardiocircolatorio.

Nell'ambito trattato dalla proposta di legge in esame può essere opportuno un riferimento al tema della **medicina di genere**.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), già nel 1998, ha riconosciuto il **genere** come uno dei determinanti fondamentali per la salute degli individui e ha invitato le istituzioni internazionali a migliorare la valutazione dei fattori di rischio che impattano sulla salute della donna. Infatti, molte malattie comuni a uomini e donne presentano molto spesso differente incidenza, sintomatologia e gravità. Uomini e donne possono presentare inoltre una diversa risposta alle terapie e reazioni avverse ai farmaci. Anche l'accesso alle cure presenta rilevanti disequaglianze legate al genere. Da qui la necessità di porre particolare attenzione al genere inserendo questa nuova dimensione della medicina in tutte le aree mediche, garantendo a ogni persona la migliore cura e rafforzando ulteriormente il concetto di "centralità del paziente" e di "personalizzazione delle terapie".

L'articolo 3 della [Legge 11 gennaio 2018, n. 3](#), (*Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonche' disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute*, c.d. Legge Lorenzin), ha disciplinato l'applicazione e diffusione della **medicina di genere nel Servizio sanitario nazionale**, prevedendo, tra l'altro, l'adozione di un Piano volto alla diffusione della medicina di genere e l'istituzione di un Osservatorio dedicato alla medicina di genere

Il [Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere](#) dedica ad alcuni settori e patologie – Farmaci e dispositivi medici, Malattie cardiovascolari, Malattie neurologiche, Malattie dell'osso, Malattie psichiatriche, Malattie respiratorie, Malattie autoimmuni, Malattie dermatologiche, Vaccini, Infezioni virali e batteriche, Malattie metaboliche, Oncologia, Pediatria e Disordini dello sviluppo sessuale – una attenzione particolare, valutando che per questi sia prioritario un approccio di genere, in quanto la valenza applicativa è stata già comprovata da evidenze cliniche, supportate dalla ricerca.

Le [malattie cardiovascolari](#) rappresentano ancora la principale causa di morte nel nostro Paese, essendo responsabili del 34,8% di tutti i decessi (31,7% nei maschi e 37,7% nelle femmine). In particolare, secondo i dati Istat 2018, la cardiopatia ischemica è responsabile del 9,9% di tutte le morti (10,8% nei maschi e 9% nelle femmine), mentre gli accidenti cerebrovascolari dell'8,8% (7,3% nei maschi e 10,1% nelle femmine). Per quanto riguarda le **malattie cardiovascolari**, il Piano sottolinea che, fino agli anni '90, l'importanza delle patologie cardiovascolari nelle donne è stata poco considerata e le donne scarsamente incluse negli studi clinici relativi alle patologie cardiache. Inoltre, non è ancora chiara la comprensione dei meccanismi fisiopatologici delle patologie cardiovascolari nella donna che può ad esempio presentare sintomi dell'infarto differenti. L'incidenza di patologie cardiovascolari è; inferiore rispetto all'uomo durante l'età fertile, va ad eguagliare l'uomo dopo la menopausa, fino a superarlo dopo i 75 anni, questo in virtù delle variazioni endocrino-metaboliche dovute al venire meno della protezione estrogenica. Quindi, le giovani donne presentano minori probabilità di ammalarsi, ma maggiore mortalità e complicanze in caso di insorgenza della patologia ischemica. In Italia, la mortalità per malattie cardiovascolari (cardiache e cerebrali) è maggiore per le donne rispetto agli uomini e la prima causa di morte della donna, come in tutti i Paesi industrializzati, è; l'infarto del miocardio. Anche lo scompenso cardiaco ha caratteristiche diverse nella donna rispetto all'uomo e colpisce dopo i 65 anni più donne che uomini.

