

SUPPLEMENTO SPECIALE DEL BOLLETTINO UFFICIALE

PER LA CONSULTAZIONE DELLA SOCIETÀ REGIONALE

Iniziative legislative, regolamentari, amministrative di rilevante importanza

Pubblicazione ai sensi dell'articolo 50 "Iniziativa legislativa" dello Statuto della Regione Emilia-Romagna

XII legislatura

N. 47

23 luglio 2026

PROGETTO DI LEGGE

PROGETTO DI LEGGE D'INIZIATIVA DEI CONSIGLIERI MUZZARELLI, GORDINI, BOSI, ALBASI, CASTELLARI, DAFFADÀ, MASSARI, PARMA, COSTI, CALVANO

**DISCIPLINA DEL SISTEMA REGIONALE INTEGRATO PER LA GESTIONE DELL'ARRESTO
CARDIACO EXTRAOSPEDALIERO E PER LA PROMOZIONE DELLA PREVENZIONE COLLETTIVA,
DELLE TECNOLOGIE E DELLA PARTECIPAZIONE DELLA COMUNITÀ**

Oggetto assembleare n.2929

RELAZIONE

Il presente Progetto di legge si colloca in modo coerente e sistematico nel quadro delle competenze regionali in materia di tutela della salute, organizzazione dei servizi sanitari e promozione della prevenzione, così come delineate dagli articoli 32, 117 e 118 della Costituzione e dagli articoli 2, 6 e 9 dello Statuto regionale.

L'obiettivo fondamentale è la costruzione di un sistema regionale integrato, strutturato e stabile, capace di intervenire in modo tempestivo, uniforme ed efficace sull'intero territorio rispetto all'arresto cardiaco extraospedaliero, superando definitivamente la frammentarietà degli strumenti normativi e organizzativi sinora adottati. L'intervento normativo si caratterizza per una visione sistemica che supera l'approccio tradizionalmente centrato sull'emergenza-urgenza in senso stretto, assumendo una prospettiva assai più ampia e ambiziosa. Tale impostazione, pur non introducendo disposizioni specificamente dedicate, è altresì coerente con la crescente sensibilità verso la tutela della salute cardiovascolare delle donne, valorizzando il ruolo della prevenzione, del monitoraggio e della diagnosi precoce anche con riferimento ai percorsi terapeutici che possono incidere sull'equilibrio cardiocircolatorio.

Il testo integra in un unico quadro di riferimento la prevenzione comunitaria, la formazione diffusa, la programmazione delle tecnologie salvavita, il coinvolgimento attivo della comunità e il raccordo tra i diversi livelli dei servizi sanitari e sociali, includendo esplicitamente il mondo della scuola, dello sport, del volontariato e degli enti del Terzo settore. In tal senso, il Progetto di legge non si limita a regolare l'intervento di emergenza, ma ambisce a costruire una vera e propria cultura della cardioprotezione, radicata nei comportamenti quotidiani, nelle istituzioni educative e sportive e nella risposta civica della comunità. La rapidità della risposta iniziale, la presenza di una comunità adeguatamente preparata e la capacità delle istituzioni di governare l'intero percorso della persona lungo la catena della sopravvivenza determinano in modo decisivo le probabilità di sopravvivenza e la qualità degli esiti clinici e funzionali.

In tale prospettiva, il Progetto di legge costruisce un'infrastruttura organizzativa e conoscitiva permanente che consente di governare il fenomeno in modo continuativo e sistematico, valorizzando la programmazione regionale quale leva strategica e rafforzando il raccordo tra reti tempo-dipendenti, strumenti informativi avanzati e interventi di prevenzione a più livelli.

La Regione assume così un ruolo di regia attiva e consapevole, capace di orientare risorse, standard e innovazione verso obiettivi di salute misurabili e verificabili nel tempo.

La necessità del presente intervento legislativo trae origine dalla rilevanza clinica, epidemiologica e sociale dell'arresto cardiaco extraospedaliero, evento improvviso ad elevatissima mortalità che colpisce ogni anno decine di migliaia di persone in Italia e che, in assenza di un intervento precoce e coordinato, si conclude nella stragrande maggioranza dei casi con il decesso o con gravi esiti neurologici permanenti.

Il fattore tempo è determinante: ogni minuto di ritardo nell'avvio della rianimazione cardiopolmonare e nell'utilizzo del defibrillatore automatico esterno riduce significativamente le possibilità di sopravvivenza.

La risposta a tale sfida non può essere affidata esclusivamente al sistema professionale di emergenza-urgenza, ma richiede una rete più ampia, capillare e continuamente aggiornata, che coinvolga l'intera comunità.

Una motivazione prioritaria e specifica è rappresentata dalla prevenzione della morte cardiaca improvvisa in età giovanile (MCIG), fenomeno che colpisce soggetti in apparente buona salute — spesso atleti o giovani praticanti attività sportiva — a causa di patologie cardiache silenti quali cardiomiopatie e canalopatie.

Questo ambito richiede un approccio differenziato e multidisciplinare, che il Progetto di legge assume come specifico e prioritario, puntando sull'identificazione precoce del rischio attraverso programmi strutturati di screening nelle scuole secondarie, sul rafforzamento del ruolo della medicina dello sport e sulla costituzione di un apposito Gruppo di lavoro tecnico-scientifico (GdL-MCIG) all'interno della governance del sistema. La situazione normativa preesistente presentava una frammentarietà che rendeva difficile l'azione coordinata, la misurazione degli esiti e la programmazione consapevole degli interventi. L'esistenza del Registro regionale degli arresti cardiaci extraospedalieri (RACER), pur nella sua valenza scientifica già consolidata, necessitava di un ancoraggio normativo esplicito e di un raccordo organico con gli altri strumenti del sistema.

La rete dei defibrillatori sul territorio, pur in sviluppo, mancava di un programma unificato e di standard omogenei per l'installazione, la manutenzione e il monitoraggio. Il coinvolgimento dei cittadini come *first responder* era lasciato a iniziative locali e sporadiche, senza una cornice di riferimento strutturata. Il presente Progetto di legge risponde a tutti questi deficit con un approccio organico, configurandosi come uno strumento di razionalizzazione e rilancio dell'azione pubblica in un settore ad alto impatto sulla salute collettiva.

Il Progetto di legge adotta e promuove un modello di prevenzione multilivello che articola l'azione pubblica su tre dimensioni complementari e sinergiche: la prevenzione primaria, orientata alla promozione di stili di vita sani e alla riduzione dei fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione generale; la prevenzione secondaria, focalizzata sulla diagnosi precoce e sull'identificazione dei soggetti a rischio ancora asintomatici, con particolare attenzione alla fascia giovanile; la prevenzione terziaria, volta a garantire la migliore gestione degli esiti nei soggetti che hanno già subito un arresto cardiaco, attraverso percorsi riabilitativi personalizzati e un supporto continuativo al reinserimento sociale e lavorativo.

Tale modello non è concepito come somma di interventi separati, ma come sistema integrato, programmato unitariamente attraverso gli strumenti di governance previsti dalla legge. La programmazione regionale — declinata anche nel Programma quinquennale per la diffusione e gestione dei DAE — diventa lo strumento attraverso cui la Regione orienta le risorse verso le aree di maggiore fragilità territoriale, assicura la continuità degli interventi e definisce obiettivi e indicatori di risultato verificabili. Il coinvolgimento della comunità è un elemento centrale e qualificante dell'intero impianto,

Il Progetto di legge prevede l'informazione, la formazione e la sensibilizzazione della cittadinanza come componente strutturale del sistema, non come attività marginale o occasionale. In tale quadro, la scuola riveste un ruolo privilegiato: i programmi di identificazione precoce del rischio nelle scuole secondarie di primo e secondo grado, il coinvolgimento dell'Ufficio scolastico regionale nella programmazione delle attività formative e la diffusione delle tecniche di rianimazione cardiopolmonare tra gli studenti rappresentano investimenti strategici nel capitale umano della comunità. Analogamente, il sistema sportivo — federazioni, società, impianti — è chiamato a partecipare attivamente, sia come contesto privilegiato di esposizione al rischio di MCIG, sia come veicolo naturale di promozione della cultura della cardioprotezione. La Settimana regionale "Viva!", formalmente istituita dalla legge, costituisce il momento simbolico e organizzato di convergenza di tutte queste energie verso un obiettivo di sensibilizzazione collettiva.

Il Progetto di legge riconosce esplicitamente e valorizza il ruolo del volontariato e degli enti del Terzo settore come componenti strutturali e integrali del sistema regionale, non come semplici co-attuatori o supporti occasionali.

Questo riconoscimento si fonda sul principio costituzionale di sussidiarietà orizzontale e sulla consapevolezza che la capillarità, la prossimità territoriale e la motivazione civica di

queste realtà costituiscono risorse irriproducibili per il sistema di protezione della salute pubblica.

Le organizzazioni di volontariato e gli enti del Terzo settore partecipano al sistema con un ventaglio ampio e articolato di funzioni: il soccorso in convenzione con le Aziende sanitarie e il sistema 118; la costituzione e il rafforzamento delle reti di primo intervento sul territorio; la formazione della cittadinanza sulle tecniche di rianimazione cardiopolmonare e sull'uso del DAE, laddove dispongano delle necessarie autorizzazioni e accreditamenti; la partecipazione alle attività di sensibilizzazione comunitaria, inclusa la Settimana regionale "Viva!"; il contributo al monitoraggio e alla valutazione attraverso la confluenza dei dati relativi agli interventi nel sistema RACER. Questa pluralità di funzioni è disciplinata con chiarezza, assicurando al contempo l'integrazione piena nel sistema di governance e il rispetto degli standard tecnici e qualitativi definiti dalla Regione.

Il raccordo con il RACER e con la banca dati DAE responder consente di valorizzare il contributo informativo del volontariato nell'ambito del monitoraggio complessivo del sistema, trasformando ogni intervento sul campo in un'opportunità di apprendimento collettivo e di miglioramento continuo.

L'architettura di governance delineata dal Progetto di legge costituisce uno degli elementi più innovativi e qualificanti dell'intero impianto normativo.

Il modello adottato mette in relazione indirizzo tecnico-scientifico, coordinamento operativo e valutazione degli esiti attraverso organismi distinti ma interconnessi, evitando sia la dispersione delle responsabilità sia l'accentramento disfunzionale delle decisioni.

La Commissione regionale interdisciplinare per l'arresto cardiaco (CRIAC) è il fulcro tecnico-scientifico del sistema: fornisce indirizzi, sviluppa linee guida cliniche e organizzative, coordina le attività dei gruppi di lavoro tematici e assicura la coerenza dell'azione regionale con il progresso della conoscenza scientifica e con le migliori pratiche internazionali.

Il Gruppo di lavoro per la morte cardiaca improvvisa giovanile (GdL-MCIG) costituisce un'articolazione tematica della CRIAC specificamente dedicata all'elaborazione di linee di indirizzo per i percorsi preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziali rivolti alla fascia d'età giovanile, riconoscendo la specificità clinica ed etico-organizzativa di questo ambito. La Cabina di regia assicura il raccordo operativo tra i diversi attori del sistema — Aziende sanitarie, Centrali operative 118, enti del Terzo settore, istituzioni scolastiche e sportive — traducendo gli indirizzi della CRIAC in azioni coordinate e monitorabili.

Il coordinamento di rete garantisce la continuità tra la fase pre-ospedaliera e quella ospedaliera, elemento critico per l'efficacia della catena della sopravvivenza.

Il Registro regionale degli arresti cardiaci extraospedalieri (RACER) è lo strumento conoscitivo fondamentale del sistema. Istituito formalmente attraverso la modifica alla legge regionale 9/2017, raccoglie, in forma anonimizzata o pseudonimizzata, i dati relativi a tutti gli episodi di arresto cardiaco extraospedaliero occorsi sul territorio, consentendo il monitoraggio epidemiologico, la valutazione degli esiti clinici e organizzativi, la programmazione basata sull'evidenza e la messa a disposizione di dati per la ricerca scientifica.

Il modello Utstein — standard internazionale per la raccolta e la comparazione dei dati sugli arresti cardiaci — è assunto come riferimento metodologico, garantendo la comparabilità dei dati a livello nazionale e internazionale. Il sistema DAE responder rappresenta l'infrastruttura digitale operativa del sistema: integra la banca dati unica dei defibrillatori presenti sul territorio con un sistema di allertamento che, al momento dell'attivazione del soccorso, identifica in tempo reale i DAE più vicini e i *first responder* registrati nella zona, ottimizzando i tempi di risposta.

Le Aziende sanitarie sono responsabili dell'aggiornamento continuo dei dati relativi ai dispositivi presenti nelle proprie aree di competenza, assicurando l'attendibilità e la completezza della banca dati.

Sintesi della struttura del Progetto di Legge

Il testo normativo è organizzato in sei Titoli, articolati in ventidue articoli complessivi, secondo una logica sequenziale che muove dalla disciplina generale e definitoria verso le disposizioni operative, strumentali e finali.

Il Titolo I (Artt. 1-4 — Disposizioni Generali) definisce le finalità e l'oggetto della legge, introduce le definizioni tecniche e operative indispensabili per l'uniformità interpretativa e applicativa, fissa gli indirizzi operativi e i criteri di attuazione del sistema e disciplina la prevenzione comunitaria come dimensione fondante dell'intervento regionale.

Il Titolo II (Artt. 5-8 — Organizzazione e Governance del Sistema Regionale) definisce l'assetto di governance e gli organismi del sistema, individua le componenti operative, riconosce e disciplina il ruolo del volontariato e del Terzo settore e, attraverso la modifica alla legge regionale 9/2017, istituisce formalmente il RACER nel quadro normativo regionale.

Il Titolo III (Artt. 9-12 — Diffusione, Gestione e Utilizzo dei DAE) disciplina l'infrastruttura digitale e il sistema DAE respondER, istituisce il Programma regionale per la diffusione e la gestione dei DAE, promuove l'installazione di DAE su mezzi mobili ulteriori e fissa i criteri tecnici per l'installazione, la gestione e il monitoraggio dei dispositivi.

Il Titolo IV (Artt. 13-14 — Percorsi di cura e riabilitazione) assicura la continuità assistenziale tra la fase di emergenza pre-ospedaliera e quella ospedaliera e disciplina i percorsi di riabilitazione e reinserimento per i soggetti sopravvissuti ad arresto cardiaco.

Il Titolo V (Artt. 15-17 — Formazione, ricerca e innovazione) regola la formazione e l'accreditamento dei soggetti erogatori, istituisce la Settimana regionale "Viva!" e promuove programmi strutturati di identificazione precoce del rischio cardiaco nelle scuole secondarie.

Il Titolo VI (Artt. 18-22 — Monitoraggio e valutazione) contiene la clausola valutativa, la norma finanziaria, le disposizioni relative a collaborazioni, accordi e atti attuativi, il coordinamento normativo con la disciplina preesistente e la disposizione sull'entrata in vigore.

L'articolo 1 definisce le finalità e l'oggetto della legge, inquadrando il sistema regionale integrato per la gestione dell'arresto cardiaco extraospedaliero nell'ambito delle competenze regionali in materia di tutela della salute e organizzazione dei servizi sanitari. La disposizione raccorda esplicitamente il sistema con le reti di rilievo regionale — in particolare le reti tempo-dipendenti — e con la programmazione sanitaria unitaria, configurando il nuovo sistema non come struttura a sé stante, ma come componente organica del più ampio sistema sanitario regionale. L'articolo enuncia altresì i principi ispiratori dell'intervento: approccio integrato, promozione della prevenzione collettiva, valorizzazione delle tecnologie di soccorso, coinvolgimento attivo della comunità e sviluppo del volontariato.

L'articolo 2 introduce un apparato definitorio articolato e rigoroso, funzionale a garantire uniformità interpretativa e applicativa nelle diverse sedi operative del sistema. Le definizioni riguardano sia i concetti clinici e tecnici fondamentali — arresto cardiaco extraospedaliero, morte cardiaca improvvisa, morte cardiaca improvvisa giovanile, defibrillatore automatico esterno (DAE), rianimazione cardiopolmonare (RCP), rianimazione cardiopolmonare di team (RCP-T) — sia i soggetti e gli organismi del sistema — *first responder*, CRIAC, Cabina di regia, coordinamento di rete, GdL-MCIG, RACER — sia gli strumenti tecnologici, con particolare riferimento alla piattaforma DAE respondER. La precisione definitoria

dell'articolo costituisce la premessa indispensabile per la coerenza applicativa dell'intero testo normativo.

L'articolo 3 individua gli indirizzi operativi e i criteri di attuazione del sistema, orientando l'azione regionale e delle Aziende sanitarie verso l'integrazione tra prevenzione, cardioprotezione e continuità assistenziale. La disposizione prevede l'adozione di linee di indirizzo specifiche per i percorsi preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziali relativi alla fascia d'età giovanile, riconoscendo la specificità del problema della MCIG. Di particolare rilievo è l'introduzione di criteri di premialità e condizionalità nell'allocazione delle risorse, che ancorano il finanziamento al raggiungimento di obiettivi e al miglioramento degli esiti, incentivando la qualità e l'efficacia degli interventi.

L'articolo 4 disciplina la prevenzione comunitaria dell'arresto cardiaco, promuovendo una programmazione integrata che agisce su tutti e tre i livelli della prevenzione. Sul versante della prevenzione primaria, l'articolo prevede interventi di informazione, formazione e sensibilizzazione rivolti alla popolazione generale, con un ruolo esplicito delle scuole, delle università e del sistema sportivo. Sul versante della prevenzione secondaria, promuove programmi di diagnosi precoce e sorveglianza, valorizzando il ruolo della medicina dello sport nell'identificazione dei soggetti a rischio. Sul versante della prevenzione terziaria, disciplina la presa in carico dei soggetti sopravvissuti. L'articolo riconosce e valorizza il contributo dei cittadini formati come *first responder* e delle reti di primo intervento, costruendo un ponte tra la prevenzione e la risposta all'emergenza.

L'articolo 5 definisce l'assetto di governance del sistema regionale, configurando un modello unitario e integrato fondato sull'articolazione tra organismi a diversa funzione. La CRIAC esercita le funzioni di indirizzo tecnico-scientifico e di coordinamento delle attività tematiche, avvalendosi di gruppi di lavoro specifici, tra cui il GdL-MCIG, deputato all'elaborazione di linee di indirizzo per la prevenzione e la gestione della morte cardiaca improvvisa giovanile. La Cabina di regia assicura il raccordo operativo tra i soggetti del sistema. Il coordinamento di rete garantisce la coerenza tra la fase pre-ospedaliera e quella ospedaliera. Il sistema è supportato dall'infrastruttura digitale DAE respondER e alimentato dai dati del RACER. L'articolo definisce altresì le modalità di raccordo tra gli organismi del sistema e le strutture operative delle Aziende sanitarie, assicurando la coerenza tra indirizzo e attuazione.

L'articolo 6 elenca e descrive le componenti operative del sistema regionale, individuando i pilastri su cui si regge la risposta concreta all'arresto cardiaco extraospedaliero. Le Centrali operative 118, in raccordo con il numero unico di emergenza 112, costituiscono il centro nevralgico della risposta immediata. La rete territoriale dei DAE, gestita dalle Aziende sanitarie e alimentata dalla banca dati del DAE respondER, assicura la disponibilità capillare degli strumenti tecnologici salvavita. La rete dei *first responder* — cittadini formati e registrati, attivabili in tempo reale dal sistema — costituisce il primo anello della catena della sopravvivenza. I mezzi di soccorso avanzato e di base, in parte gestiti in convenzione con le organizzazioni di volontariato, assicurano la risposta professionale. Le componenti ospedaliere e i percorsi di continuità assistenziale completano il ciclo. La disposizione sancisce il principio della partecipazione volontaria dei *first responder*, tutelando la motivazione civica che li anima.

L'articolo 7 riconosce formalmente il volontariato e gli enti del Terzo settore come componenti strutturali del sistema regionale, definendo con precisione le attività in cui sono chiamati a partecipare: il soccorso in convenzione con le Aziende sanitarie e il 118; la costituzione e il rafforzamento delle reti di primo intervento sul territorio; la formazione della cittadinanza, laddove i soggetti dispongano dei necessari accreditamenti o autorizzazioni;

la partecipazione alle attività di sensibilizzazione comunitaria. L'articolo prevede altresì la confluenza dei dati relativi agli interventi effettuati dalle organizzazioni di volontariato nel sistema di monitoraggio e nel RACER, valorizzando il loro contributo informativo per la valutazione complessiva del sistema.

L'articolo 8 modifica l'articolo 6 della legge regionale n. 9 del 2017, includendo formalmente il Registro regionale degli arresti cardiaci extraospedalieri (RACER) tra i sistemi informativi regionali disciplinati dalla normativa vigente. La disposizione individua il RACER quale strumento regionale per la raccolta e l'analisi sistematica dei dati relativi agli eventi di arresto cardiaco extraospedaliero e ai connessi percorsi.

L'articolo 9 disciplina l'infrastruttura digitale del sistema e il funzionamento del DAE responder come sistema informativo ufficiale per la mappatura e la gestione dei defibrillatori sul territorio regionale. La banca dati unica dei DAE raccoglie, per ogni dispositivo, le informazioni relative all'ubicazione, alle modalità di accesso, allo stato di efficienza e alle caratteristiche di interoperabilità con altri sistemi. Le Aziende sanitarie sono responsabili dell'aggiornamento puntuale e continuativo delle informazioni relative ai dispositivi presenti nelle proprie aree di competenza. Il sistema DAE responder integra la banca dati con le funzionalità di allertamento in tempo reale dei *first responder* e di localizzazione dei DAE più vicini al luogo dell'emergenza. I dati relativi a ogni intervento confluiscono nel RACER, alimentando il sistema di monitoraggio e valutazione.

L'articolo 10 istituisce il Programma regionale per la diffusione e la gestione dei DAE, strumento di programmazione quinquennale — aggiornato con cadenza biennale — attraverso cui la Regione definisce gli standard di copertura territoriale differenziati per contesti urbani, rurali, montani e aree interne, individua le aree carenti e le sedi prioritarie per l'installazione di nuovi dispositivi. I dati del RACER e della banca dati DAE costituiscono la base conoscitiva per la programmazione, assicurando che le scelte di investimento siano guidate dall'evidenza empirica e dalle reali esigenze del territorio. Il Programma assegna priorità all'installazione di DAE nelle scuole, nelle università, negli impianti sportivi e nelle aree montane e interne, dove la distanza dai presidi di soccorso professionale rende ancor più critica la risposta immediata della comunità.

L'articolo 11 promuove l'installazione di DAE su mezzi mobili ulteriori rispetto alla rete fissa — autovetture della polizia locale, altri mezzi di soggetti pubblici e privati, veicoli delle forze dell'ordine — configurandoli come risorse integrative del sistema di emergenza, senza che ciò incida sulle funzioni istituzionali dell'emergenza sanitaria né sui rapporti convenzionali preesistenti. La disposizione prevede la possibilità di stipulare accordi tra le Aziende sanitarie, gli enti locali, soggetti pubblici e privati, le forze dell'ordine e le organizzazioni di volontariato per la gestione di questi dispositivi, nell'ambito del quadro organizzativo del sistema regionale.

L'articolo 12 stabilisce i criteri tecnici e organizzativi per l'installazione, la gestione e il monitoraggio dei DAE presenti sul territorio, assicurando standard omogenei a livello regionale. I principi guida sono l'accessibilità — i dispositivi devono essere raggiungibili e utilizzabili ventiquattro ore su ventiquattro, sette giorni su sette — la visibilità, la sicurezza e la funzionalità continua. La disposizione prevede l'adozione di una segnaletica uniforme e standardizzata, la collocazione in teche adeguatamente protette e la manutenzione periodica, inclusa la possibilità di attivare sistemi di telemonitoraggio per il controllo remoto dello stato dei dispositivi. Le Aziende sanitarie sono responsabili del monitoraggio dei DAE presenti nelle proprie aree di competenza e dei relativi flussi informativi verso la banca dati regionale.

L'articolo 13 regola la gestione dell'emergenza e la continuità assistenziale, assicurando la coerenza e la fluidità del percorso tra la fase pre-ospedaliera e quella ospedaliera. La disposizione prevede l'adozione di percorsi multidisciplinari e tempo-dipendenti, fondati sullo standard RCP-T come riferimento clinico-organizzativo, e l'utilizzo di indicatori di qualità e di esito misurabili, i cui valori sono raccolti e monitorati attraverso il RACER. L'integrazione tra le componenti territoriali e ospedaliere del sistema è condizione imprescindibile per garantire la continuità della presa in carico e la qualità complessiva degli esiti.

L'articolo 14 disciplina la riabilitazione e il reinserimento dei soggetti sopravvissuti ad arresto cardiaco, prevedendo percorsi riabilitativi personalizzati basati sulla Valutazione Multi-dimensionale e sul Piano Riabilitativo Individuale (PRI), definiti in coerenza con la complessità dei bisogni clinici, funzionali e psicosociali della persona. I percorsi prevedono interventi di riabilitazione fisica, neuropsicologica e psicosociale, nonché azioni di supporto al reinserimento nella vita lavorativa e sociale. Gli indicatori relativi agli esiti riabilitativi confluiscono nel RACER, alimentando la base conoscitiva per la valutazione complessiva del sistema e per il miglioramento continuo della qualità dei percorsi.

L'articolo 15 disciplina la formazione, l'accreditamento dei soggetti erogatori e la promozione della cultura della cardioprotezione nella comunità. I destinatari prioritari della formazione professionale sono gli operatori del Sistema sanitario regionale e sociosanitario, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, il personale delle Centrali operative e i volontari del soccorso. La formazione alla cittadinanza — rivolta agli studenti delle scuole e alla comunità in senso lato — è promossa in raccordo con l'Ufficio scolastico regionale e attraverso percorsi strutturati erogati da soggetti accreditati o riconosciuti secondo criteri definiti dalla Giunta regionale. La disposizione garantisce che la formazione sia qualitativamente adeguata e continuamente aggiornata rispetto al progresso delle conoscenze scientifiche.

L'articolo 16 istituisce formalmente la Settimana regionale "Viva!", iniziativa di sensibilizzazione annuale sull'arresto cardiaco e sulla rianimazione cardiopolmonare, organizzata dalla Regione con il coinvolgimento della CRIAC, delle organizzazioni di volontariato, del Terzo settore e delle società e federazioni sportive. La Settimana costituisce il momento simbolico e organizzato in cui tutta la comunità regionale è chiamata a confrontarsi con il tema della cardioprotezione, consolidando la cultura del primo soccorso e rafforzando la rete sociale su cui si fonda il sistema.

L'articolo 17 promuove programmi strutturati di identificazione precoce del rischio di morte cardiaca improvvisa nelle scuole secondarie di primo e secondo grado, in coerenza con le linee di indirizzo elaborate dalla CRIAC e dal GdL-MCIG. I programmi prevedono interventi di screening, informazione e sensibilizzazione rivolti agli studenti e alle loro famiglie, con il coinvolgimento della medicina dello sport e dei professionisti sanitari competenti. La disposizione riconosce la scuola come contesto privilegiato per l'identificazione precoce di soggetti a rischio, intervenendo in una fase della vita in cui l'attività sportiva — e con essa il rischio di MCIG — è spesso più intensa.

L'articolo 18 introduce la clausola valutativa, stabilendo l'obbligo per la Giunta regionale di riferire periodicamente all'Assemblea legislativa sull'attuazione della legge e sui risultati raggiunti. La prima relazione è prevista entro il secondo anno dall'entrata in vigore; le successive con cadenza triennale. Le relazioni danno conto degli indicatori di processo e di esito del sistema, dell'efficacia degli interventi di prevenzione e della copertura territoriale dei DAE, consentendo all'Assemblea di esercitare le proprie funzioni di controllo e di valutazione delle politiche regionali.

L'articolo 19 disciplina il quadro finanziario del provvedimento. Per gli organismi di governance è prevista la clausola di invarianza degli oneri, con partecipazione a titolo gratuito. All'attuazione dell'articolo 8 si provvede mediante uno stanziamento massimo di 250.000 euro annui per il triennio 2026-2028, finanziato attraverso appositi capitoli di bilancio. Gli interventi relativi ai DAE sono sostenuti esclusivamente con risorse statali vincolate, mentre le attività di prevenzione, formazione e le ulteriori funzioni attribuite alle Aziende sanitarie sono svolte nell'ambito delle risorse ordinarie del Fondo sanitario regionale, senza nuovi o maggiori oneri per il bilancio regionale. La Giunta regionale è autorizzata ad apportare le necessarie variazioni di bilancio.

L'articolo 20 disciplina le collaborazioni, gli accordi e le disposizioni attuative e transitorie, conferendo alla Giunta regionale una delega ampia e articolata per l'adozione degli atti attuativi necessari a dare piena operatività al sistema. Le materie oggetto di delega comprendono, tra l'altro: i criteri clinici e organizzativi per la gestione della MCIG; la disciplina di dettaglio del coordinamento di rete e degli organismi; le modalità di coinvolgimento del Terzo settore; il nucleo minimo di dati del RACER secondo il modello Utstein; le regole di interoperabilità tra sistemi; le modalità di funzionamento della banca dati DAE e del DAE respondER; i criteri per l'integrazione dei DAE su mezzi mobili; i requisiti per la manutenzione e il telemonitoraggio dei dispositivi; i requisiti per l'accreditamento dei soggetti formatori; le modalità organizzative della Settimana regionale "Viva!". La disposizione assicura la continuità del sistema nelle more dell'adozione degli atti attuativi.

L'articolo 21 provvede al coordinamento normativo necessario per l'armonizzazione del sistema, disponendo le abrogazioni delle disposizioni preesistenti incompatibili e il raccordo con la normativa regionale sulle reti tempo-dipendenti e sui servizi di emergenza-urgenza, assicurando la coerenza del quadro legislativo regionale complessivo.

L'articolo 22 dispone l'entrata in vigore della legge il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna (BURERT).

Conclusioni e impatto atteso

Il Progetto di legge rappresenta un intervento normativo organico, ambizioso e coerente, che la Regione Emilia-Romagna intende adottare per affrontare in modo strutturale e sistematico una delle emergenze sanitarie a più alto impatto sulla mortalità evitabile: l'arresto cardiaco extraospedaliero e la morte cardiaca improvvisa giovanile.

L'impatto atteso è molteplice e sinergico. Sul piano della riduzione della mortalità, la combinazione di una rete capillare di DAE, di una comunità formata e pronta a intervenire e di un sistema di allertamento digitale efficiente è destinata ad abbreviare significativamente i tempi di risposta iniziale — il fattore più critico per la sopravvivenza — e a migliorare la qualità degli esiti clinici e neurologici dei soggetti colpiti. Sul piano della prevenzione, i programmi di identificazione precoce del rischio, il coinvolgimento delle scuole e del mondo sportivo e la diffusione della cultura della cardioprotezione sono destinati a ridurre nel tempo l'incidenza stessa dell'evento, intervenendo sui fattori di rischio e sulle patologie silenti prima che si manifestino in modo acuto.

Sul piano dell'equità territoriale, il Programma regionale DAE — con i suoi standard differenziati per contesti urbani, rurali, montani e aree interne — e il raccordo con il RACER per l'individuazione delle aree carenti assicurano che le risorse siano indirizzate prioritariamente verso i territori più fragili, riducendo le disuguaglianze nell'accesso a tecnologie e competenze salvavita. Sul piano della governance e della conoscenza, il RACER e

il sistema DAE respondER costruiscono una base informativa permanente che consente di valutare l'efficacia delle politiche, di apprendere dall'esperienza e di orientare la programmazione futura su basi solide e aggiornate.

Il Progetto di legge è, in definitiva, un investimento nella salute collettiva, nella coesione della comunità e nella capacità della Regione di esercitare con efficacia e responsabilità le proprie funzioni di programmazione e governo del sistema sanitario.

PROGETTO DI LEGGE**TITOLO I**
Disposizioni Generali**Art. 1****Finalità e oggetto**

1. La Regione Emilia-Romagna, in attuazione degli articoli 32, 117 e 118 della Costituzione e degli articoli 2, 6 e 9 dello Statuto regionale, nonché in conformità alla legislazione vigente, disciplina l'organizzazione e lo sviluppo del sistema regionale integrato per la gestione dell'arresto cardiaco extraospedaliero, promuovendo la prevenzione collettiva, la diffusione delle tecnologie di soccorso, la partecipazione della comunità, il contributo del volontariato e del Terzo settore, nonché la formazione e l'innovazione, al fine di garantire la tempestività e l'efficacia degli interventi sul territorio.
2. La presente legge si coordina con la normativa regionale vigente in materia di promozione della salute, prevenzione primaria e organizzazione del Servizio sanitario regionale, costituendone sviluppo operativo nell'ambito del contrasto all'arresto cardiaco extraospedaliero, e si inserisce nel quadro normativo definito dalla legislazione statale e regionale in materia di assistenza territoriale e standard ospedalieri.
3. Le disposizioni della presente legge si raccordano con il sistema delle Reti di rilievo regionale, con particolare riferimento alle reti tempo-dipendenti, delle quali il sistema regionale integrato per la gestione dell'arresto cardiaco extraospedaliero costituisce componente strutturale.
4. La Regione assicura la programmazione unitaria e il coordinamento delle politiche incidenti sulla gestione dell'arresto cardiaco extraospedaliero, nel rispetto delle competenze attribuite ai coordinamenti delle Reti di rilievo regionale e della programmazione sanitaria vigente, garantendo la piena coerenza degli strumenti operativi con gli obiettivi di salute definiti a livello regionale.

Art. 2**Definizioni****1. Ai fini della presente legge, si intende per:**

- a) defibrillatore semiautomatico o automatico esterno: di seguito denominato DAE, il dispositivo medico conforme alla normativa vigente in materia, idoneo ad analizzare il ritmo cardiaco e a guidare l'operatore nell'erogazione della scarica elettrica terapeutica;
- b) arresto cardiaco: la cessazione improvvisa dell'attività meccanica efficace del cuore, indipendentemente dall'eziologia o dal meccanismo sottostante, che comporta l'interruzione della circolazione sanguigna, determina perdita di coscienza e richiede un intervento immediato di rianimazione cardiopolmonare;
- c) morte cardiaca improvvisa: morte naturale dovuta a cause cardiache, preceduta dalla rapida perdita di coscienza, generalmente entro un'ora dall'insorgere della sintomatologia acuta, in soggetti con o senza cardiopatia nota preesistente, ma per i quali tempi e modalità del decesso sono inaspettati;

- d) morte cardiaca improvvisa giovanile: morte cardiaca improvvisa che si verifica in soggetti di età inferiore o uguale a quarantacinque anni, le cui cause sottostanti si distinguono per eziologia prevalentemente non aterosclerotica, i criteri clinici e le condizioni di riferimento sono definiti con gli atti di cui all'articolo 20, su proposta della CRIAC;
- e) sistema di prevenzione: il complesso integrato di interventi, strumenti e soggetti finalizzati a ridurre l'incidenza dell'arresto cardiaco e della morte cardiaca improvvisa mediante azioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, ivi compresi l'identificazione precoce del rischio, la formazione della popolazione, la sorveglianza epidemiologica e la promozione di stili di vita cardioprotettivi.
- f) first responder: cittadino o operatore sanitario non in servizio che, su base volontaria, interviene per eseguire manovre di rianimazione cardiopolmonare e qualora necessario per utilizzare un DAE in caso di arresto cardiaco extraospedaliero, prima dell'arrivo dei mezzi di soccorso. Il first responder è registrato nel sistema regionale e attivato secondo le modalità tecniche e operative definite con gli atti di cui all'articolo 20. L'adesione alla comunità dei first responder è volontaria e non prevede obblighi di certificazione, al fine di favorire la più ampia partecipazione della popolazione;
- g) rianimazione cardiopolmonare: di seguito denominata RCP, e rianimazione cardiopolmonare telefonica, di seguito denominata RCP-T, le manovre di soccorso immediato e le relative istruzioni operative fornite dalle centrali operative del sistema di emergenza-urgenza per l'avvio delle compressioni toraciche e per l'uso del DAE;
- h) sistema DAE respondER, la piattaforma tecnologica regionale integrata con il sistema di emergenza-urgenza per la geolocalizzazione dei DAE e l'attivazione dei first responder;
- i) coordinamento di rete: il coordinamento regionale della rete, o delle reti di rilievo regionale individuate con gli atti di cui all'articolo 20, quali reti di riferimento per le funzioni previste dalla presente legge;
- j) registro regionale degli arresti cardiaci extraospedalieri, RACER: il sistema di sorveglianza e il registro di patologia, istituito ai sensi dell'articolo 8, che raccoglie, archivia e analizza in modo sistematico i dati anagrafici, sanitari ed epidemiologici relativi agli arresti cardiaci extraospedalieri, ai relativi fattori di rischio e agli interventi effettuati nella popolazione regionale, secondo le finalità e le modalità previste dall'articolo 12, commi 12 e 13, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, e successive modificazioni, nonché dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri adottato ai sensi del comma 11 del medesimo articolo, al fine di orientare le risposte di prevenzione collettiva e per finalità di programmazione sanitaria e di supporto alla ricerca scientifica, mediante la messa a disposizione di dati in forma anonimizzata o pseudonimizzata, nel rispetto della normativa statale ed europea in materia di protezione dei dati personali;
- k) commissione regionale interdisciplinare per l'arresto cardiaco: di seguito denominata CRIAC, la commissione regionale istituita dalla struttura regionale competente in materia di salute, con funzioni di indirizzo tecnico-scientifico, consulenza e supporto alla programmazione regionale in materia di prevenzione della morte cardiaca improvvisa e di gestione dell'arresto cardiaco extraospedaliero;
- l) Gruppo di Lavoro per la Morte Cardiaca Improvvisa Giovanile, : di seguito denominata «GdL MCIG»: organismo istituito nell'ambito della CRIAC quale sua articolazione tecnico-scientifica, con funzioni di monitoraggio, valutazione delle evidenze scientifiche e formulazione di proposte in materia di prevenzione della morte cardiaca improvvisa in età giovanile;

- m) cabina di regia: la struttura di raccordo operativo tra la CRIAC, i Coordinamenti delle Reti di rilievo regionale e le strutture regionali competenti, finalizzata a supportare l'attuazione e il monitoraggio delle politiche, degli strumenti di programmazione e delle attività previsti dalla presente legge, assumendo un ruolo di cerniera attuativa tra l'indirizzo tecnico-scientifico della CRIAC e il coordinamento clinico-organizzativo dei Coordinamenti di rete;
- n) percorso di cura integrato: l'insieme dei protocolli sanitari e sociosanitari che garantiscono la continuità clinico-assistenziale dalla fase dell'emergenza alla riabilitazione;
- o) standard regionali: gli atti di indirizzo e di regolazione adottati dalla Giunta regionale in conformità alle indicazioni della CRIAC e del coordinamento della rete competente;
- p) criteri per l'installazione dei DAE: le disposizioni tecniche e organizzative, definite in conformità alla normativa vigente e agli indirizzi regionali, che disciplinano le modalità di collocazione, segnalazione, accessibilità e gestione dei dispositivi sul territorio;
- q) programma regionale per la diffusione dei DAE: lo strumento unitario di pianificazione, indirizzo, attuazione e monitoraggio delle politiche regionali in materia di defibrillazione pubblica accessibile, adottato ai sensi della presente legge;
- r) cardioprotezione: l'insieme delle misure organizzative, formative e tecnologiche volte a garantire la disponibilità di un DAE e di operatori formato in prossimità dei luoghi frequentati dalla popolazione, al fine di assicurare la tempestiva defibrillazione in caso di arresto cardiaco.

Art. 3

Indirizzi operativi e criteri di attuazione

1. Per il perseguimento delle finalità di cui all'articolo 1, la Regione orienta l'azione del sistema verso l'integrazione tra prevenzione, cardioprotezione e continuità assistenziale, garantendo interventi tempestivi e uniformi sul territorio, anche attraverso la rete di defibrillazione ad accesso pubblico, la valorizzazione del volontariato, degli enti del Terzo settore e della medicina dello sport, nonché l'uso dell'innovazione tecnologica e dell'interoperabilità dei sistemi informativi a supporto della qualità e del monitoraggio.

2. Con specifico riferimento alla prevenzione e alla gestione della morte cardiaca improvvisa in età giovanile, la Regione promuove, nell'ambito dei coordinamenti di rete e con il supporto tecnico-scientifico del CRIAC, l'elaborazione di linee di indirizzo per percorsi preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziali, volte a:

- a) individuare precocemente i soggetti a rischio mediante progetti di prevenzione in ambito di salute cardiologica definiti anche in raccordo con la medicina dello sport e con le strutture di cardiologia pediatrica e dell'età evolutiva;
- b) assicurare la presa in carico, il follow-up e la continuità assistenziale dei pazienti sopravvissuti all'arresto cardiaco e dei relativi nuclei familiari, garantendo l'integrazione tra fase pre-ospedaliera e fase intraospedaliera;
- c) promuovere la raccolta e l'analisi dei dati relativi agli eventi verificatisi in età giovanile, anche ai fini dell'aggiornamento delle soglie e dei criteri definitivi di cui all'articolo 2.

3. La programmazione regionale definisce criteri di premialità e, ove previsto, di condizionalità nell'allocazione delle risorse, correlati al conseguimento degli obiettivi di salute, all'efficacia del sistema di prevenzione e alla qualità dei percorsi di cura, in coerenza con i sistemi di monitoraggio e valutazione delle reti regionali e con gli standard regionali adottati ai sensi della presente legge.

Art. 4**Prevenzione comunitaria dell'arresto cardiaco**

1. La Regione, in coerenza con la disciplina vigente in materia di promozione della salute e di prevenzione primaria, nonché nell'ambito del sistema di cardioprotezione regionale, definisce e promuove la programmazione integrata degli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, in particolar modo in ambito comunitario, dell'arresto cardiaco, assicurandone il coordinamento con la programmazione sanitaria e sociosanitaria e l'integrazione con le reti di rilievo regionale.
2. Nell'ambito della programmazione di cui al comma 1, la Regione promuove interventi di prevenzione, diagnosi precoce, sorveglianza e presa in carico dei soggetti a rischio cardiovascolare ovvero già interessati da eventi cardiaci, al fine di garantire la continuità dei percorsi assistenziali e l'integrazione tra i diversi livelli di cura.
3. La prevenzione della morte cardiaca improvvisa in età giovanile, è disciplinata dalla presente legge e dalle disposizioni regionali di attuazione in materia, di cui all'art. 20.
4. La Regione riconosce e promuove la prevenzione comunitaria quale componente essenziale del sistema di cardioprotezione, favorendo la partecipazione attiva della popolazione e la diffusione delle competenze di primo soccorso e di rianimazione cardiopolmonare, anche mediante iniziative di informazione, formazione e sensibilizzazione rivolte alla cittadinanza, alle istituzioni scolastiche e ai soggetti del sistema sportivo.
5. Ai fini di cui al comma 4, la Regione promuove altresì lo sviluppo delle reti di cittadini formati e dei first responder, valorizzando il ruolo del volontariato e degli enti del Terzo settore.
6. Nell'ambito della presente legge, la medicina dello sport è riconosciuta quale componente del sistema di prevenzione.
7. La prevenzione è attuata in modo integrato lungo l'intero percorso assistenziale, dalla riduzione dei fattori di rischio alla gestione dell'evento acuto, fino alla riabilitazione e al follow-up, in raccordo con le reti di rilievo regionale.

TITOLO II**ORGANIZZAZIONE E GOVERNANCE DEL SISTEMA REGIONALE****Art. 5****Governance e organismi del sistema regionale**

1. Il sistema regionale per la gestione dell'arresto cardiaco extraospedaliero opera nell'ambito delle Reti di rilievo regionale di cui all'articolo 2, comma 1, lettera j), e, in particolare, delle reti tempo-dipendenti, in coerenza con il modello organizzativo del Servizio sanitario regionale e con la programmazione sanitaria vigente. Il sistema è unitario e integrato ed è articolato secondo un modello di governance, definito dalla presente legge, che assicura l'integrazione tra indirizzo politico-amministrativo, coordinamento tecnico-scientifico e articolazioni operative.
2. Costituiscono elementi strutturali del sistema regionale:
 - a) le componenti operative del sistema regionale di risposta all'arresto cardiaco extraospedaliero;
 - b) la CRIAC e le sue articolazioni tecnico-scientifiche;

- c) la Cabina di regia;
- d) il RACER;
- e) l'infrastruttura digitale regionale per la gestione dei defibrillatori e dell'allertamento dei soccorritori, comprensiva del sistema DAE responder;
- f) la rete dei first responder e le ulteriori componenti della risposta territoriale;
- g) le organizzazioni di volontariato e gli enti del Terzo settore.

3. La CRIAC esercita funzioni di indirizzo tecnico-scientifico, consulenza e supporto alla programmazione regionale, d'intesa con i Coordinamenti delle Reti di rilievo regionale, ferma restando la funzione attuativa e di raccordo della Cabina di regia. Essa contribuisce in particolare alla definizione di standard organizzativi, tecnologici e formativi, all'elaborazione di modelli di percorsi preventivo-diagnostico-terapeutico-assistenziali e allo sviluppo del RACER.

4. La CRIAC può proporre l'istituzione di gruppi di lavoro tematici; i gruppi sono istituiti dalla Direzione generale competente, operano con autonomia metodologica, nell'ambito dell'indirizzo tecnico-scientifico della CRIAC, e riferiscono periodicamente alla Commissione. La CRIAC interagisce periodicamente con la Direzione generale competente rispetto allo stato di avanzamento delle attività e sugli esiti e, al termine del mandato o al raggiungimento degli obiettivi, redige una relazione finale.

5. Nell'ambito della CRIAC è istituito il GdL-MCIG, quale articolazione tecnico-scientifica della Commissione e gruppo di lavoro tematico ai sensi del comma 4, con riferimento alla morte cardiaca improvvisa giovanile. Il GdL-MCIG supporta la CRIAC nel monitoraggio delle attività, nella valutazione delle evidenze scientifiche e nella formulazione di proposte in materia di prevenzione della morte cardiaca improvvisa in età giovanile.

7. La Cabina di regia, di cui all'articolo 2, comma 1, lettera m), costituisce la sede di raccordo funzionale e operativo tra la CRIAC, i Coordinamenti delle Reti di rilievo regionale e le strutture competenti della Direzione generale competente, ai fini dell'attuazione coordinata delle politiche e delle azioni in materia di arresto cardiaco extraospedaliero, in coerenza con l'indirizzo tecnico-scientifico della CRIAC e il coordinamento clinico-organizzativo dei Coordinamenti delle Reti di rilievo regionale. Essa assicura la coerenza tra l'elaborazione tecnico-scientifica e i processi di programmazione regionale e cura il raccordo tra le proposte formulate dalla CRIAC e la loro integrazione nell'ambito delle Reti di rilievo regionale e degli strumenti di programmazione sanitaria e sociosanitaria.

Art. 6

Componenti operative del sistema regionale

1. La risposta regionale all'arresto cardiaco extraospedaliero è assicurata dalle componenti operative delle Reti tempo-dipendenti, individuate in ragione delle funzioni svolte nell'ambito del sistema di emergenza urgenza, in coerenza con la programmazione sanitaria regionale.

2. Costituiscono componenti operative del sistema regionale:

- a) le Centrali Operative Uniche del Sistema 118, che garantiscono il coordinamento tecnologico e operativo della risposta territoriale, operando in integrazione con il Numero Unico di Emergenza 112 e il Numero Europeo Armonizzato 116117;

- b) la rete territoriale dei DAE, costituita dai dispositivi distribuiti sul territorio, la cui gestione è affidata alle aziende sanitarie al fine di assicurarne l'accesso entro tempi clinicamente efficaci;
 - c) il sistema DAE respondER, quale piattaforma informatica integrata con le Centrali Operative 118, deputata alla mappatura in tempo reale dei DAE, alla geolocalizzazione delle postazioni e all'allertamento dei soccorritori, secondo le funzionalità definite con gli atti di cui all'articolo 20;
 - d) la rete dei first responder, composta da cittadini e operatori registrati nel sistema regionale e attivati per garantire l'intervento precoce in caso di arresto cardiaco extraospedaliero;
 - e) i mezzi di soccorso avanzato e di base, distribuiti sul territorio per assicurare la copertura clinica, inclusi i mezzi operanti in convenzione con le organizzazioni di volontariato;
 - f) le componenti ospedaliere deputate alla presa in carico avanzata, alla stabilizzazione e alla continuità assistenziale, in raccordo con i percorsi riabilitativi disciplinati dalla presente legge.
3. Le componenti operative del sistema regionale operano nell'ambito della programmazione regionale e secondo l'indirizzo dei Coordinamenti delle Reti di rilievo regionale. La Regione promuove il concorso degli enti locali alla pianificazione della cardioprotezione del territorio, in raccordo con il Servizio sanitario regionale e con le aziende sanitarie.
4. Le funzioni di indirizzo tecnico scientifico e di consulenza in relazione alle componenti operative del sistema sono esercitate dalla CRIAC, ai sensi dell'articolo 5, che opera in raccordo con i Coordinamenti delle Reti di rilievo regionale e si avvale dei dati del RACER, ai sensi dell'articolo 8.
5. La partecipazione alla rete dei first responder avviene su base volontaria e non instaura alcun rapporto di lavoro, di servizio o convenzionale con il Servizio sanitario regionale, né comporta l'attribuzione di funzioni proprie del servizio di emergenza sanitaria. Resta ferma l'applicazione della legge 4 agosto 2021, n. 116, e dell'articolo 54 del codice penale.

Art. 7

Volontariato e Terzo settore nel sistema regionale di risposta all'arresto cardiaco

1. In attuazione del principio di sussidiarietà, la Regione riconosce le organizzazioni di volontariato e gli enti del Terzo settore iscritti nei registri previsti dalla normativa vigente quali componenti strutturali del sistema regionale di risposta all'arresto cardiaco extraospedaliero e ne promuove la collaborazione con le aziende sanitarie e gli enti locali nelle attività di prevenzione, cardioprotezione territoriale, soccorso e supporto alla continuità dei percorsi assistenziali.
2. I soggetti di cui al comma 1 concorrono all'operatività del sistema mediante:
 - a) attività di soccorso in regime di convenzione con le aziende sanitarie, in raccordo con le centrali operative del sistema di emergenza urgenza;
 - b) partecipazione alle reti di primo intervento, avvalendosi di volontari adeguatamente formati, nel rispetto dei protocolli tecnico scientifici e degli strumenti di allertamento previsti dalla presente legge;

c) svolgimento, se accreditati o autorizzati secondo la disciplina vigente, di attività formative in materia di rianimazione cardiopolmonare e utilizzo del defibrillatore, secondo gli standard regionali;

d) ogni altra attività connessa, strumentale o comunque funzionale al perseguimento delle finalità della presente legge, nell'ambito delle rispettive funzioni.

3. I dati relativi alle attività svolte dai soggetti di cui al comma 1 confluiscono nel sistema regionale di monitoraggio e nel Registro regionale degli arresti cardiaci extraospedalieri (RACER), ai sensi dell'articolo 8, ai fini della valutazione della qualità del sistema e del miglioramento della risposta territoriale.

Art. 8

Modifica all'articolo 6 della legge regionale 1° giugno 2017, n. 9, Registro regionale degli arresti cardiaci (RACER))

1. All'articolo 6, comma 1, della legge regionale 1° giugno 2017, n. 9, dopo la lettera q quater) è aggiunta la seguente: 'q quinquies) Registro regionale degli arresti cardiaci extraospedalieri'.

2. Il RACER costituisce lo strumento regionale per la raccolta e l'analisi sistematica dei dati relativi agli eventi di arresto cardiaco extraospedaliero e ai connessi percorsi assistenziali, con finalità di monitoraggio epidemiologico, programmazione sanitaria e valutazione degli esiti clinici, nonché di messa a disposizione dei dati, in forma anonimizzata o pseudonimizzata, a supporto della ricerca scientifica, nel rispetto della normativa statale ed europea in materia di protezione dei dati personali.

TITOLO III DIFFUSIONE, GESTIONE E UTILIZZO DEI DAE

Art. 9

Infrastruttura digitale regionale per i DAE e sistema DAE responder

1. L'infrastruttura digitale regionale per la gestione dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni, di seguito DAE, è costituita dall'integrazione funzionale tra la banca dati regionale unica dei DAE e il sistema digitale di allertamento e risposta all'arresto cardiaco extraospedaliero, denominato "DAE responder". La Regione assicura l'operatività, la continuità e il progressivo sviluppo dell'infrastruttura, che costituisce il sistema informativo ufficiale, unitario e centralizzato dei dispositivi presenti nel territorio regionale ed è integrata nel complesso degli strumenti del sistema regionale di allertamento e risposta.

2. La banca dati regionale unica dei DAE raccoglie e organizza, per ciascun dispositivo censito, le informazioni relative alle caratteristiche essenziali, all'esatta ubicazione, alle modalità di accesso e allo stato di efficienza operativa, l'interoperabilità con i sistemi informativi sanitari regionali e nazionali e con le centrali operative del sistema di emergenza-urgenza, ivi compresi il Numero Unico Europeo 112 e il servizio 118, nel rispetto dei requisiti e degli standard tecnici previsti dalla normativa vigente. Le funzionalità di dettaglio, comprese la mappatura territoriale dei dispositivi e la segnalazione tempestiva di anomalie, guasti o non conformità, sono definite con gli atti di cui all'articolo 20, comma 2, lettera e)

3. Le aziende sanitarie assicurano, per i territori di rispettiva competenza, la correttezza, la completezza e il costante aggiornamento dei dati relativi ai dispositivi presenti nel proprio ambito. La Regione, attraverso le strutture competenti e avvalendosi della CRIAC di cui all'articolo 5, promuove la gestione unitaria della banca dati regionale unica dei DAE e il raccordo operativo con i sistemi informativi disponibili e i flussi verso il RACER.
4. Il sistema "DAE respondER" individua la localizzazione dei DAE presenti sul territorio, garantisce l'allertamento dei first responder, il supporto alla popolazione nelle manovre di rianimazione cardiopolmonare attraverso il personale 118 e collabora alla raccolta delle informazioni necessarie al monitoraggio degli interventi effettuati. Le informazioni raccolte durante gli interventi confluiscono nel RACER, di cui all'articolo 8, per le finalità di analisi epidemiologica e di valutazione degli esiti clinici, contribuendo al progressivo miglioramento del sistema regionale di risposta all'arresto cardiaco extraospedaliero. Le modalità tecniche di funzionamento, di attivazione e di allertamento sono definite con gli atti di cui all'articolo 20, comma 2, lettera e).
5. Il coordinamento clinico-organizzativo e l'indirizzo tecnico-scientifico dell'infrastruttura digitale e del sistema "DAE respondER" sono assicurati dalla CRIAC, che definisce gli standard metodologici per la raccolta e l'analisi dei dati e formula proposte per lo sviluppo e l'adeguamento del sistema agli sviluppi tecnologici e alle evidenze scientifiche.

Art. 10

Programma regionale per la diffusione e la gestione dei DAE

1. La Regione Emilia-Romagna riconosce la diffusione capillare dei DAE e l'attivazione precoce dei soccorsi mediante first responder quali componenti strutturali del sistema regionale per la gestione dell'arresto cardiaco extraospedaliero.
2. Il Programma regionale per la diffusione e la gestione dei DAE costituisce lo strumento unitario di pianificazione, indirizzo, attuazione e monitoraggio delle politiche regionali in materia di defibrillazione precoce, accessibilità dei dispositivi e attivazione dei first responder, in coerenza con la legislazione vigente.
3. Il Programma ha durata quinquennale ed è aggiornato con cadenza biennale. Esso è elaborato dalla CRIAC di cui all'articolo 5 in collaborazione con le Aziende sanitarie, condiviso con il Coordinamento delle Reti.
4. Il Programma definisce standard organizzativi appropriati di copertura territoriale dei DAE e delle reti dei first responder, differenziati per contesto urbano, rurale, montano e per le aree interne.
5. Il Programma, sulla base dei dati del RACER e della banca dati regionale unica dei DAE, individua le aree a insufficiente copertura e le sedi prioritarie per l'installazione dei dispositivi, con particolare riguardo ai luoghi a elevato afflusso di pubblico, alle istituzioni scolastiche e universitarie, agli impianti sportivi e alle aree interne e montane.

Art. 11

Defibrillatori sui mezzi mobili ulteriori rispetto al sistema di emergenza territoriale

1. Nell'ambito del Programma regionale per la diffusione e la gestione dei DAE, la Regione promuove l'installazione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni su mezzi mobili operanti stabilmente sul territorio regionale, ulteriori rispetto ai mezzi del sistema di emergenza territoriale, quali risorse integrative di primo intervento, nel rispetto della normativa vigente.
2. Il Programma regionale individua le categorie di mezzi mobili, appartenenti a soggetti pubblici, privati e forze dell'ordine, per le quali è prioritariamente favorita la dotazione di DAE, definendo indirizzi e criteri di diffusione in coerenza con la pianificazione sanitaria regionale e con il sistema regionale per la gestione dell'arresto cardiaco extraospedaliero.
3. Nell'ambito del Programma, la Regione riconosce nei mezzi mobili impiegati in attività di pronto intervento, ivi compresi quelli dei Corpi e Servizi di polizia locale, un ambito prioritario di intervento.
5. La Regione promuove, anche tramite le aziende sanitarie, iniziative di formazione e aggiornamento rivolte al personale operante sui mezzi mobili dotati di DAE, in coerenza con gli standard regionali.
6. L'installazione dei DAE sui mezzi mobili non comporta l'attribuzione di funzioni proprie del servizio di emergenza sanitaria né determina l'instaurazione di rapporti convenzionali con il Servizio sanitario regionale.
7. La Regione favorisce la stipula di accordi e intese tra aziende sanitarie, enti locali, soggetti pubblici, privati, forze dell'ordine e organizzazioni di volontariato, al fine di promuovere la diffusione e l'utilizzo dei DAE sui mezzi mobili.

Art. 12

Criteri per l'installazione, la gestione e il monitoraggio dei DAE

1. L'installazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni sul territorio regionale è informata ai principi di accessibilità, visibilità, sicurezza, funzionalità e integrazione con il sistema regionale di allertamento e risposta.
2. L'impiego del dispositivo è consentito, in conformità alla normativa vigente, al personale debitamente formato nonché a chiunque intervenga a fronte di un sospetto arresto cardiaco.
3. I DAE sono collocati in luoghi facilmente raggiungibili, preferibilmente accessibili ventiquattro ore su ventiquattro, dotati di segnaletica uniforme e protetti da furti o danneggiamenti. Per le installazioni in spazi esterni, il dispositivo è alloggiato in teche idonee, dotate di alimentazione e illuminazione, atte a garantirne la visibilità e la piena funzionalità in ogni condizione ambientale e climatica.
4. La continuità operativa è demandata alle Aziende Sanitarie anche mediante l'affidamento delle attività di manutenzione e monitoraggio a soggetti qualificati. La Regione promuove altresì modelli organizzativi e soluzioni contrattuali che consentano ai soggetti privati, ove obbligati all'installazione, di avvalersi di soggetti terzi qualificati per le attività di controllo, manutenzione e telemonitoraggio.

5. Nei complessi funzionali, nelle strutture polifunzionali e negli impianti ad uso plurimo, ivi compresi quelli destinati ad attività sportive, culturali, sociali o di welfare, in cui operino contestualmente più soggetti o organizzazioni, la disponibilità del o dei DAE adeguatamente installati assolve all'esigenza di dotazione per la pluralità dei soggetti presenti, purché ne sia garantita l'accessibilità a tutti gli utilizzatori, per l'intera durata di apertura della struttura.

6. I DAE sono sottoposti a monitoraggio costante, anche mediante strumenti di telesegnalazione e telemonitoraggio integrati nel sistema digitale regionale, per la tempestiva rilevazione di anomalie, guasti o non conformità e per garantire l'efficienza operativa e il flusso informativo verso il sistema di emergenza territoriale.

TITOLO IV

PERCORSI DI CURA E RIABILITAZIONE

Art. 13

Gestione dell'emergenza e continuità assistenziale

1. Il Servizio sanitario regionale assicura la gestione integrata dell'arresto cardiaco extraospedaliero attraverso le reti del sistema di emergenza-urgenza, garantendo la tempestività dell'intervento, l'appropriatezza del setting assistenziale rispetto ai livelli di cura previsti dall'ordinamento vigente e la continuità delle cure tra l'ambito territoriale e quello ospedaliero, in conformità alla programmazione sanitaria regionale e agli atti di pianificazione adottati dagli organismi di coordinamento competenti.
2. Le centrali operative del sistema di emergenza-urgenza e le strutture della rete preospedaliera e ospedaliera operano in forma coordinata per assicurare la tempestiva presa in carico della persona, la stabilizzazione clinica e la corretta gestione della fase successiva all'evento.
3. Le aziende sanitarie adottano percorsi clinico-assistenziali multidisciplinari e tempo-dipendenti per la gestione dell'arresto cardiaco, definiti in conformità agli indirizzi del coordinamento di rete e agli atti propositivi dell'organismo tecnico regionale competente.
4. Le centrali operative del sistema di emergenza-urgenza assicurano lo standard della rianimazione cardiopolmonare telefonicamente assistita, monitorato mediante indicatori di qualità e di esito definiti dall'organismo tecnico regionale competente.

Art. 14

Riabilitazione e reinserimento

1. Il Servizio sanitario regionale assicura la presa in carico riabilitativa integrata e personalizzata delle persone con pregresso arresto cardiaco, garantendo la continuità assistenziale tra ospedale, territorio e rete dei servizi, mediante interventi multidisciplinari finalizzati al recupero funzionale e al reinserimento sociale.
2. Il percorso riabilitativo è definito sulla base della Valutazione Multidimensionale ed è attuato mediante il Piano Riabilitativo Individuale. I programmi riabilitativi comprendono, in relazione ai bisogni della persona, la riabilitazione cardiologica, il recupero neuropsicologico e cognitivo, il supporto psicologico e la gestione dei fattori di rischio.

3. Il reinserimento sociale e lavorativo è sostenuto in collaborazione con i servizi regionali e territoriali competenti, che coinvolgono i servizi ospedalieri e quelli territoriali di riferimento.

4. I risultati e gli indicatori dei programmi riabilitativi confluiscono nel RACER e nel sistema regionale di monitoraggio delle Reti di Rilievo regionale.

TITOLO V

FORMAZIONE, RICERCA E INNOVAZIONE

Art. 15

Formazione, accreditamento e promozione della cultura della cardioprotezione

1. La Regione promuove la diffusione della cultura della rianimazione cardiopolmonare e dell'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni, di seguito DAE, quale misura di prevenzione collettiva e componente integrante dei percorsi assistenziali tempo-dipendenti e del sistema di emergenza-urgenza territoriale. Sono individuati quali destinatari prioritari delle attività di formazione e aggiornamento: gli operatori del Servizio sanitario regionale e dei servizi sociosanitari, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, il personale delle centrali operative dell'emergenza, nonché i volontari operanti nell'ambito del sistema regionale di emergenza-urgenza e della cardioprotezione.

2. La Regione promuove iniziative di informazione, sensibilizzazione e formazione diffuse, rivolte alla popolazione, alle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado, ai luoghi di lavoro e alle comunità territoriali, al fine di favorire la partecipazione attiva della cittadinanza al primo intervento e la costruzione di comunità cardioprotette.

3. In raccordo con l'Ufficio scolastico regionale, la Regione promuove e sostiene l'attuazione di programmi formativi strutturati in materia di primo soccorso, rianimazione cardiopolmonare, utilizzo dei DAE e gestione dell'arresto cardiaco, anche nell'ambito dei percorsi per le competenze trasversali e l'orientamento e degli altri strumenti di educazione alla salute, in coerenza con la programmazione regionale in materia di promozione della salute e prevenzione nel sistema educativo e formativo.

4. Le attività formative sono erogate da soggetti accreditati o riconosciuti ai sensi della normativa vigente, ivi comprese le aziende sanitarie, le università, le società scientifiche e le organizzazioni di volontariato e del Terzo settore di cui all'articolo 7, operanti nell'ambito del sistema regionale di emergenza-urgenza e della cardioprotezione.

5. La Regione garantisce che le attività di cui ai commi 3 e 4 rivolte alle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado siano integrate con le politiche regionali di promozione della salute e prevenzione nel sistema educativo e formativo e attuate in coerenza con gli indirizzi della programmazione regionale in materia, in raccordo con l'Ufficio scolastico regionale per l'Emilia-Romagna.

Art. 16**Settimana regionale “Viva!” di sensibilizzazione sull’arresto cardiaco**

1. La Regione Emilia-Romagna riconosce e promuove, con cadenza annuale, la Settimana regionale “Viva!”, quale iniziativa dedicata alla sensibilizzazione della popolazione sull’arresto cardiaco, in coerenza con le campagne nazionali e dell’Unione europea in materia.
2. L’organizzazione della Settimana è curata dalla Regione, avvalendosi della CRIAC, delle aziende sanitarie, dell’Ufficio scolastico regionale e di altri soggetti pubblici, privati e delle forze dell’ordine, ivi incluse le società sportive.
3. Alla realizzazione delle iniziative concorrono gli enti del Terzo settore e le organizzazioni di volontariato di cui all’articolo 7, anche attraverso azioni capillari sul territorio.

Art. 17**Identificazione precoce del rischio di morte cardiaca improvvisa in età scolastica**

1. In coordinamento con le attività formative e di sensibilizzazione di cui al presente Titolo, la Regione promuove, nelle istituzioni scolastiche secondarie di primo e di secondo grado, programmi di identificazione precoce del rischio di morte cardiaca improvvisa in età giovanile, coerentemente con le linee di indirizzo elaborate dalla CRIAC tramite il gruppo di lavoro competente di cui all’articolo 5.

**TITOLO VI
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE****Art. 18****Clausola valutativa**

1. L’Assemblea legislativa esercita il controllo sull’attuazione della presente legge e valuta i risultati ottenuti. A tal fine, la Giunta regionale presenta alla Commissione assembleare competente una prima relazione entro il secondo anno dall’entrata in vigore della presente legge e, successivamente, con cadenza triennale, in coerenza con la periodicità dei Piani di Rete.
2. Le competenti strutture dell’Assemblea legislativa e della Giunta regionale si raccordano per la migliore valutazione della presente legge

Art. 19**Norma finanziaria**

1. All'attuazione dell'articolo 5 si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie già disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale. La partecipazione ai predetti organismi avviene a titolo gratuito, senza corresponsione di compensi, indennità, rimborsi spese o gettoni di presenza comunque denominati.
2. Agli oneri derivanti dall'attuazione dell'articolo 8, nel limite massimo di euro 250.000,00 per ciascuno degli esercizi finanziari 2026, 2027 e 2028, la Regione fa fronte mediante l'istituzione

nella parte spesa del bilancio regionale di appositi capitoli, nell'ambito di missioni e programmi specifici, la cui copertura è assicurata mediante la riduzione degli stanziamenti autorizzati dalla legge regionale 29 dicembre 2025, n. 13 (Bilancio di previsione della Regione Emilia-Romagna 2026-2028), a valere sulla legge regionale n. 9 del 2018, nell'ambito della Missione 13 Tutela della salute – Programma 2 Servizio sanitario regionale – finanziamento aggiuntivo corrente per livelli di assistenza superiori ai LEA.

3. Agli oneri derivanti dall'attuazione degli articoli 10, 11 e 12 la Regione fa fronte mediante l'istituzione nella parte spesa del bilancio regionale di appositi capitoli, nell'ambito di missioni e programmi specifici, la cui copertura è assicurata dalle risorse di derivazione statale, trasferite, con specifico vincolo di destinazione e nel limite dell'importo assegnato, per l'acquisto, l'installazione e la manutenzione dei defibrillatori semiautomatici esterni (DAE), in conformità alle disposizioni nazionali che ne disciplinano il riparto e nel rispetto dei vincoli impressi dalla normativa statale.

4. Le attività di prevenzione e formazione previste dalla presente legge sono a valere sulle risorse ordinarie del fondo sanitario.

5. Le Aziende sanitarie e gli altri enti del Servizio Sanitario Regionale provvedono all'attuazione delle restanti disposizioni della presente legge — fatta eccezione per quanto previsto al comma 2 — nell'ambito delle risorse ordinarie di parte corrente del Fondo Sanitario Regionale (FSR) già assegnate alle medesime Aziende a copertura delle funzioni istituzionali di cui tali attività costituiscono esercizio ordinario, e con esclusione delle risorse statali vincolate di cui al comma 3, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale e nel rispetto dei vincoli di equilibrio economico-patrimoniale. Per l'acquisto, la fornitura e la manutenzione dei DAE, le Aziende sanitarie si avvalgono delle convenzioni e delle procedure di aggregazione degli acquisti attivate ai sensi della normativa vigente in materia, al fine di garantire l'efficienza e la razionalizzazione della spesa.

6. La Giunta regionale è autorizzata a provvedere, con proprio atto, alle variazioni di bilancio che si rendono necessarie per l'attuazione dei commi 1, 2 e 3.

7. Per gli esercizi successivi al 2028, agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge si fa fronte nell'ambito delle autorizzazioni di spesa annualmente disposte dalla legge di approvazione del bilancio ai sensi di quanto previsto dall'articolo 38 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42).

Art. 20

Collaborazioni, accordi e disposizioni attuative e transitorie

1.. La Giunta regionale può stipulare accordi e convenzioni con altre Regioni, università, enti di ricerca, organizzazioni internazionali e altri soggetti pubblici e privati, finalizzati allo scambio di esperienze e buone pratiche, allo sviluppo di progetti comuni, alla formazione specialistica e alla partecipazione a reti nazionali ed europee, al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili, favorire l'innovazione organizzativa e tecnologica e migliorare la qualità dei servizi nell'ambito del sistema regionale di gestione dell'arresto cardiaco extraospedaliero.

2. Per l'attuazione della presente legge, la Giunta regionale adotta, con uno o più atti, i provvedimenti necessari nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla presente legge, in

coerenza con la disciplina delle Reti di rilievo regionale e con l'organizzazione del Servizio sanitario regionale, acquisito il parere della Commissione assembleare competente nei casi previsti dalla normativa vigente. Tali atti disciplinano, in particolare:

a) i criteri clinici e le condizioni di riferimento per la morte cardiaca improvvisa giovanile ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera d), nonché i criteri e le modalità per l'attuazione degli interventi di prevenzione della morte cardiaca improvvisa in età giovanile di cui all'articolo 4, comma 3. Gli atti disciplinano altresì gli strumenti anamnestici strutturati e, nei casi indicati, gli accertamenti clinico-strumentali dei programmi di identificazione precoce del rischio in età scolastica di cui all'articolo 17, definiti su proposta della CRIAC, in raccordo con i servizi di cardiologia e di medicina dello sport delle aziende sanitarie;

b) le modalità di esercizio del coordinamento di rete di cui all'articolo 2, comma 1, lettera j), in coerenza con la disciplina delle Reti di rilievo regionale e con gli strumenti di programmazione sanitaria e sociosanitaria vigenti. Gli atti disciplinano altresì la composizione, le modalità di nomina, la durata dell'incarico e le modalità di funzionamento degli organismi di cui all'articolo 5, comma 2, in coerenza con l'organizzazione del Servizio sanitario regionale e con il modello di governance delle Reti di rilievo regionale, assicurando la multidisciplinarietà delle competenze professionali, tecnico-scientifiche e organizzative, un'adeguata rappresentatività territoriale e l'equilibrio di genere. Per il GdL-MCIG è assicurata la presenza di competenze nelle aree della cardiologia pediatrica e dell'adulto giovane, della genetica medica, della medicina dello sport, nonché di ulteriori aree specialistiche competenti individuate in relazione agli ambiti di intervento. Sono altresì disciplinate le modalità di raccordo operativo tra i medesimi organismi e le strutture del Servizio sanitario regionale, assicurando uniformità degli indirizzi operativi sul territorio regionale;

c) le modalità di coinvolgimento delle organizzazioni di volontariato e degli enti del Terzo settore di cui all'articolo 7, comma 1, negli organismi, nei processi organizzativi e nelle attività previsti dalla presente legge, in coerenza con l'organizzazione del Servizio sanitario regionale e con il modello di governance delle Reti di rilievo regionale;

d) gli standard di interoperabilità del RACER con i sistemi informativi regionali e nazionali, le schede di rilevazione strutturate e il nucleo minimo dei dati, definiti su proposta della CRIAC in conformità agli standard internazionali di riferimento, con particolare riguardo al modello "Utstein", nonché le modalità di analisi dei dati e di redazione, pubblicazione e trasmissione dei report periodici e del rapporto annuale alle reti di riferimento, alla Direzione generale competente in materia di salute, alla Giunta regionale e alla Commissione assembleare competente, anche ai fini del sistema di monitoraggio delle Reti di rilievo regionale. I tipi di dati trattati, le specifiche finalità del registro, il titolare del trattamento, i soggetti legittimati all'accesso e le misure per la custodia e la sicurezza dei dati sono individuati con il regolamento regionale di cui all'articolo 6, comma 3, della legge regionale 1° giugno 2017, n. 9, le modalità tecniche e organizzative di gestione, aggiornamento e sviluppo della banca dati regionale unica dei DAE di cui all'articolo 9, nonché le ulteriori disposizioni attuative relative all'infrastruttura digitale regionale e al sistema DAE responder. Gli atti disciplinano altresì l'adozione del Programma regionale per la diffusione e la gestione dei DAE di cui all'articolo 10, elaborato dalla CRIAC e proposto dall'Assessorato competente, previo parere della Commissione assembleare competente;

e) le modalità tecniche e organizzative di gestione, aggiornamento e sviluppo della banca dati regionale unica dei DAE di cui all'articolo 9, comprese la mappatura territoriale dei dispositivi e la segnalazione delle anomalie, dei guasti e delle non conformità, nonché le ulteriori

disposizioni attuative relative all'infrastruttura digitale regionale e al sistema DAE responder, ivi comprese le modalità di funzionamento, di attivazione, di allertamento e di geolocalizzazione dei first responder. Gli atti disciplinano altresì l'adozione del Programma regionale per la diffusione e la gestione dei DAE di cui all'articolo 10, elaborato dalla CRIAC e proposto dall'Assessorato competente, previo parere della Commissione assembleare competente;

f) le modalità di integrazione nel sistema regionale dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni installati sui mezzi mobili di cui all'articolo 11, ivi comprese la registrazione nel sistema DAE responder e l'interoperabilità con la banca dati regionale unica dei DAE. Sono altresì disciplinate le modalità di eventuali accordi convenzionali con il Servizio sanitario regionale, nonché la stipula di accordi e intese tra aziende sanitarie, enti locali, soggetti pubblici e privati, forze dell'ordine e organizzazioni di volontariato per la diffusione e l'utilizzo dei DAE sui mezzi mobili;

g) i criteri per garantire la continuità operativa dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni di cui all'articolo 12, ivi compresi gli standard tecnici di installazione, di segnaletica, di telesegnalazione e di telemonitoraggio, i modelli organizzativi e le soluzioni contrattuali per l'affidamento a soggetti qualificati delle attività di manutenzione, controllo e telemonitoraggio, nonché i criteri per la dotazione, la collocazione e l'accessibilità dei DAE nei complessi di cui al comma 5 del medesimo articolo;

h) i requisiti per l'accreditamento dei soggetti formatori, gli standard omogenei di qualità dei corsi, le modalità di certificazione e di aggiornamento delle competenze, nonché le procedure di monitoraggio continuativo dei programmi formativi di cui all'articolo 15. Gli atti disciplinano altresì l'integrazione dei relativi dati con i sistemi informativi regionali, al fine di correlare i livelli di formazione con gli esiti clinici e orientare le politiche di miglioramento della qualità del sistema;

i) le modalità organizzative e operative della Settimana regionale "Viva!" di cui all'articolo 16, comprese le forme di coinvolgimento delle istituzioni scolastiche, degli enti locali, delle associazioni, delle società sportive e delle reti di comunità;

l) i criteri di riparto, le modalità di erogazione e gli obblighi di rendicontazione delle risorse di cui all'articolo 19, comma 4, nel rispetto dei relativi vincoli di destinazione.

3. Fino all'adozione degli atti attuativi di cui al comma 2, continuano ad applicarsi, in quanto compatibili, le disposizioni vigenti, ferme restando le attività propedeutiche e organizzative necessarie a dare progressiva attuazione alla presente legge.

Art. 21

Coordinamenti normativi

1. Sono abrogate tutte le disposizioni incompatibili con la presente legge.

2. Le disposizioni della presente legge si coordinano con la normativa vigente sulle Reti tempodipendenti, con particolare riferimento alla gestione dell'infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST, al fine di garantire l'integrazione funzionale e informativa tra i percorsi dell'arresto cardiaco extraospedaliero e quelli della patologia coronarica acuta, nell'ambito del raccordo tra le Reti di Rilievo regionale di riferimento.

3. Il coordinamento di cui al comma 2 assicura la continuità dell'intervento tra le fasi emergenziale, ospedaliera e post-acuta, mediante protocolli clinici integrati, formazione congiunta e condivisione dei dati epidemiologici e di esito, nel quadro dei Piani di Rete delle rispettive Reti di riferimento.
4. La CRIAC opera in raccordo con le altre Commissioni e i Gruppi di Lavoro afferenti alle Reti di Rilievo regionale di riferimento, per uniformare le procedure, evitare duplicazioni e favorire la circolazione delle buone pratiche.
5. Il RACER costituisce lo strumento di raccordo informativo tra i diversi ambiti delle Reti tempo-dipendenti, garantendo la tracciabilità, la qualità e la tutela dei dati nel rispetto della normativa vigente e in coerenza con il sistema di monitoraggio delle Reti di Rilievo regionale.
6. Le disposizioni della presente legge si coordinano con la normativa statale vigente in materia di installazione, segnaletica e gestione dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni, nonché con la normativa regionale vigente in materia di prevenzione cardiovascolare, morte cardiaca improvvisa e cardioprotezione del territorio.

Art. 22

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.
-
-



Regione Emilia-Romagna