

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2787

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

MARIANNA RICCIARDI, QUARTINI, AIELLO, ALIFANO, AMATO, APPENDINO, ASCARI, AURIEMMA, BRUNO, CAFIERO DE RAHO, CANTONE, CAPPELLETTI, CARAMIELLO, CARMINA, CAROTENUTO, CASO, CHERCHI, ALFONSO COLUCCI, SERGIO COSTA, DI LAURO, FEDE, FERRARA, ILARIA FONTANA, GIULIANO, IARIA, L'ABBATE, LOMUTI, MORFINO, ORRICO, PAVANELLI, PELLEGRINI, PENZA, PERANTONI, RAFFA, SCERRA, FRANCESCO SILVESTRI, TORTO, TUCCI

Istituzione di servizi telematici integrativi per le prestazioni di pronto soccorso nonché disposizioni per la semplificazione delle procedure di accesso e di erogazione delle cure e incentivi in favore del personale sanitario operante presso i dipartimenti di emergenza e accettazione

Presentata il 6 febbraio 2026

ONOREVOLI COLLEGHI! — La presente proposta di legge interviene su uno dei nodi più critici e strutturali del Servizio sanitario nazionale: la crescente pressione sul pronto soccorso dei presidi ospedalieri e, più in generale, sui dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA). Negli ultimi anni, infatti, le strutture dell'emergenza-urgenza in Italia sono diventate non solo un luogo di cura per i casi realmente gravi e tempo-dipendenti, ma anche un

punto di accesso improprio al sistema sanitario nazionale, utilizzato da una quota significativa di cittadini come alternativa alla medicina territoriale ovvero per difficoltà oggettive nel reperire risposte rapide da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialistica ambulatoriale o continuità assistenziale.

Questo fenomeno ha un impatto diretto e misurabile sulla qualità dell'assistenza: l'aumento degli accessi impropri

genera affollamento, incrementa i tempi di attesa, aggrava il carico di lavoro del personale e riduce la capacità del sistema di gestire con tempestività le urgenze reali.

Secondo gli ultimi dati resi disponibili dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), nel 2023 gli accessi al pronto soccorso italiani sono stati circa 18,27 milioni, con un *trend* in crescita rispetto al 2021 (14,52) e al 2022 (17,28), pur restando inferiori ai livelli pre-pandemia di COVID-19 (circa 21 milioni nel 2019). All'interno di questo volume complessivo, un elemento particolarmente rilevante è che circa un accesso su cinque è considerato evitabile, con una stima che supera i quattro milioni di accessi impropri. Questo dato non rappresenta solo un problema organizzativo, ma riflette una trasformazione sociale e sanitaria più ampia: l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle fragilità croniche, la difficoltà di accesso ai servizi territoriali, la carenza di medici e infermieri e, soprattutto, una crescente domanda di «risposta immediata» da parte dei cittadini.

A ciò si aggiunge un altro indicatore critico: l'aumento dei tempi di permanenza e di attesa nei pronto soccorso. In particolare, si osserva che i tempi medi per l'accesso e l'eventuale ricovero risultano aumentati di circa il 25 per cento rispetto al 2019, con un passaggio da circa 25 ore a oltre 31 ore. Anche i tempi di attesa per le visite delle persone con codici meno urgenti sono spesso elevati: in media per i codici bianchi sono previsti oltre 160 minuti, mentre per i codici verdi si possono superare i 220 minuti. Questi dati testimoniano un sistema che, pur mantenendo capacità di risposta sulle emergenze maggiori, risulta fortemente in sofferenza nella gestione del flusso complessivo.

A tale riguardo, i più recenti dati dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), resi pubblici nel dicembre 2025, mettono in luce criticità profonde nel sistema dell'emergenza, con tassi di abbandono molto elevati in di-

verse strutture e percentuali significative di accessi che comportano tempi di attesa superiori alle otto ore. Le analisi, suddivise tra ospedali universitari e ospedali generali, mostrano una situazione disomogenea ma con elementi ricorrenti: i territori più in difficoltà si concentrano soprattutto nel Mezzogiorno e in alcune grandi aree metropolitane.

Nel settore degli ospedali non universitari emergono valori molto alti di abbandono prima della visita medica. A Palermo, il pronto soccorso del Riuniti Villa Sofia – Cervello arriva al 24,7 per cento, seguito dall'Azienda Ospedaliera Dei Colli di Napoli con il 23,1 per cento. Sopra il 15 per cento anche il Vico Benfratelli di Palermo (18,2 per cento) e il Garibaldi di Catania (15,6 per cento). Valori significativi si registrano anche al Cardarelli di Napoli (12,8 per cento), Mauriziano di Torino (12,5 per cento), Brotzu di Cagliari (11,5 per cento) e al Papardo di Messina (10,6 per cento).

Tra le grandi strutture del Centro-Nord, numeri meno allarmanti ma comunque rilevanti si registrano al Papa Giovanni XXIII di Bergamo (9,9 per cento), al San Giovanni Addolorata di Roma (9,3 per cento) e al San Camillo Forlanini, sempre nella Capitale, con il 9,2 per cento. Il dato più basso in assoluto appartiene al Santa Maria di Terni, che si ferma allo 0,3 per cento.

Tra gli ospedali universitari, la situazione è altrettanto variabile. Il pronto soccorso con il tasso più alto è il Giaccone di Palermo, dove gli abbandoni raggiungono il 18,8 per cento. Seguono: Tor Vergata di Roma (15,7 per cento), G. Martino di Messina (13,3 per cento), S. Giovanni di Dio di Cagliari (11,8 per cento), Riuniti di Foggia (11,6 per cento), Sant'Andrea di Roma (10,9 per cento). Tra le strutture con meno abbandoni spiccano Padova (1,0 per cento), San Matteo di Pavia (1,2 per cento) e Verona (1,9 per cento), che rappresentano i casi di maggiore efficienza.

Il secondo indicatore analizzato riguarda la percentuale di accessi al pronto soccorso che comportano tempi di per-

manenza pari o superiori a otto ore. Negli ospedali non universitari, il Riuniti di Palermo si conferma al primo posto, con il 20,7 per cento, seguito dal Cardarelli di Napoli con il 20,4 per cento. Valori molto alti anche al Santi Antonio e Biagio di Alessandria (18,2 per cento), una struttura già critica dal punto di vista del numero degli abbandoni. Tra le grandi strutture lombarde, il Niguarda di Milano è in coda alla classifica, ma con un comunque significativo 7,4 per cento. Il dato più basso, 1 per cento, si registra agli ospedali di Padova e San Carlo di Potenza.

Il quadro degli ospedali universitari è dominato dal dato relativo al Tor Vergata di Roma, che raggiunge il 25,2 per cento di pazienti con permanenza oltre le otto ore, il valore più alto in assoluto tra tutte le strutture considerate; seguono poi il Sant'Andrea di Roma (23,6 per cento), Cagliari (23,1 per cento), il Giaccone di Palermo (21,9 per cento), il Careggi di Firenze (18,5 per cento) e il Maggiore della Carità di Novara (18,2 per cento).

Il confronto tra i dati dei due indicatori mostra una forte correlazione tra gli ospedali con alti tassi di abbandono e quelli con le maggiori attese, a conferma di una pressione strutturale cronica sul sistema dell'emergenza, soprattutto nelle aree metropolitane del Sud del Paese.

I dati dell'Agenas mostrano che la situazione del pronto soccorso in Italia è ancora troppo disomogenea, con peggioramenti importanti in aree già storicamente critiche. I dati indicano chiaramente le strutture che necessitano di interventi prioritari e quelle che, al contrario, rappresentano modelli di efficienza. La sfida, ora, è trasformare queste evidenze in azioni concrete di programmazione e investimento.

La situazione evidenzia altresì la necessità urgente di migliorare i percorsi di presa in carico, soprattutto nelle ore di punta, rafforzare la rete territoriale e ridurre gli accessi impropri.

Un ulteriore elemento strutturale che contribuisce in modo decisivo alla crisi del pronto soccorso è la persistente e

crescente carenza di personale sanitario, in particolare di medici e di infermieri dedicati all'emergenza-urgenza. Negli ultimi anni il sistema ha registrato una progressiva riduzione degli organici, accompagnata da difficoltà sempre maggiori nel reclutamento e nella permanenza del personale nei DEA.

La medicina di emergenza è oggi tra le aree meno attrattive del Servizio sanitario nazionale sia per i professionisti già in servizio sia per i giovani medici in formazione. I fattori che alimentano questa criticità sono molteplici: carichi di lavoro elevatissimi, turnazioni gravose, pressione emotiva continua, esposizione al rischio clinico e medico legale, frequenti episodi di aggressione, percezione diffusa di scarso riconoscimento professionale ed economico. A ciò si aggiunge il fenomeno dell'esaurimento psicofisico (*burnout*), che incide in maniera significativa sulla qualità della vita lavorativa e favorisce le dimissioni, i trasferimenti e l'abbandono del settore.

La carenza di personale non rappresenta solo un problema occupazionale, ma ha un impatto diretto sulla sicurezza delle cure, sui tempi di attesa, sulla qualità dell'assistenza e sulla sostenibilità complessiva del sistema di emergenza. In molti contesti territoriali, soprattutto nelle aree periferiche e nel Mezzogiorno, la difficoltà nel garantire una copertura adeguata ventiquattro ore su ventiquattro comporta un ulteriore sovraccarico per gli operatori in servizio e alimenta un circolo vizioso di inefficienza e demotivazione.

In questo quadro, la presente proposta di legge non si limita a introdurre strumenti tecnologici per la riduzione degli accessi impropri, ma mira esplicitamente a rendere il lavoro nel pronto soccorso più sostenibile e attrattivo, contribuendo indirettamente a colmare la carenza di personale medico e infermieristico. L'introduzione dei servizi telematici integrativi per le prestazioni di pronto soccorso, cosiddetto « tele-pronto soccorso », e il potenziamento del teleconsulto specialistico consentono, infatti, di ridurre il carico clinico non appropriato, di migliorare il

supporto decisionale e di valorizzare le competenze professionali, permettendo agli operatori di concentrarsi maggiormente sui casi realmente urgenti e complessi.

La semplificazione amministrativa prevista dalla presente proposta di legge rappresenta un ulteriore fattore di miglioramento delle condizioni di lavoro, sottraendo tempo alle attività burocratiche e restituendolo alla relazione di cura e alla gestione clinica. Parallelamente, le misure di tutela medico-legale e quelle finalizzate a incentivare la permanenza nell'ambito dell'emergenza-urgenza, riconoscendo formalmente la natura usurante di questo ambito lavorativo e il diritto a periodi di riposo biologico, introducono un principio di sostenibilità del percorso lavorativo finora assente.

L'obiettivo è quello di invertire una tendenza ormai consolidata, trasformando il pronto soccorso da luogo di lavoro percepito come «di passaggio» o di sacrificio obbligato a contesto professionale qualificato, supportato, tecnologicamente avanzato e tutelato. Rendere più attrattivo il lavoro nell'ambito dell'emergenza-urgenza significa non solo migliorare il benessere degli operatori, ma anche garantire continuità, qualità e sicurezza dell'assistenza ai cittadini.

In questo senso, la presente proposta di legge assume anche una valenza strategica sul piano delle risorse umane, ponendosi come strumento di rafforzamento strutturale del sistema dell'emergenza e come risposta concreta alla crisi di personale che oggi ne rappresenta uno dei principali fattori di fragilità.

La proposta di legge è finalizzata a introdurre strumenti innovativi, con particolare attenzione alla telemedicina e alla digitalizzazione dei percorsi, per ridurre la congestione del pronto soccorso, migliorare la qualità dell'assistenza e rendere più efficiente l'intero sistema.

Essa si colloca nell'ambito dei principi costituzionali, in particolare dell'articolo 32 della Costituzione, che tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e si inserisce, inoltre, nel quadro della competenza con-

corrente tra lo Stato e le regioni in materia sanitaria, prevedendo che con decreti del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, siano stabiliti i livelli minimi e i protocolli uniformi per l'intero territorio nazionale.

In Italia non esiste ancora una legge organica specifica sulla telemedicina; il quadro giuridico è costruito su linee guida e regolamentazioni tecniche non vincolanti e su norme interpretative che la comprendono nei servizi sanitari. La telemedicina è considerata parte integrante dell'assistenza sanitaria quando rispetta requisiti di qualità, di sicurezza, di adeguata protezione dei dati personali e di integrazione nei percorsi clinici. Il riferimento principale di carattere nazionale è rappresentato dalle linee guida per la fornitura di servizi di telemedicina approvate d'intesa con le regioni, che definiscono i requisiti minimi funzionali, tecnologici e organizzativi per i servizi di telemedicina, distinguono diverse tipologie di servizi a distanza (televisite, teleassistenza, teleconsulto e altro) con regole specifiche sulle modalità, sulla responsabilità e sulla documentazione e sottolineano l'importanza dell'informazione e del consenso del paziente nonché dell'interoperabilità con i sistemi sanitari tradizionali.

Dal punto di vista medico-legale, le prestazioni di telemedicina sono equiparate a quelle tradizionali con obbligo di responsabilità professionale conforme ai livelli clinici e alla normativa in materia di riservatezza dei dati personali, prevedendo almeno gli stessi requisiti di sicurezza.

In maniera disomogenea le regioni e le province autonome hanno adottato proprie regolamentazioni e linee di indirizzo per la telemedicina, raccordate però ai criteri nazionali e ai livelli essenziali di assistenza (LEA). Questo comporta che alcuni servizi digitali esistono già in alcune aree, ma non sempre presentano criteri uniformi in tutto il territorio.

Il quadro attuale, dunque, non prevede una normativa statale specifica e dettagliata dedicata al tele-pronto soccorso come

servizio clinico autonomo, ma esiste un *corpus* di linee guida, aggiornamenti ai LEA e regolamenti tecnici che consentono l'erogazione di prestazioni telemediche integrate nel Servizio sanitario nazionale, con la possibilità di rafforzare e uniformare queste pratiche tramite una legge dedicata come quella proposta.

Il fulcro della proposta di legge è rappresentato dagli articoli 1 e 2.

L'articolo 1 prevede l'attivazione dei percorsi di *fast track* presso i pronto soccorso e i DEA. Si tratta di percorsi clinico-organizzativi già sperimentati, con risultati positivi, in numerose realtà ospedaliere italiane, finalizzati alla gestione delle urgenze minori a prevalente competenza specialistica, che consentono l'invio diretto del paziente allo specialista competente sulla base della valutazione effettuata in sede di *triage*, senza il preventivo inserimento nel percorso ordinario di pronto soccorso. L'obiettivo è ridurre i tempi di attesa, migliorare l'appropriatezza delle prestazioni erogate e favorire una più efficiente organizzazione delle attività di emergenza-urgenza. A tal fine, la proposta di legge individua alcune discipline specialistiche per le quali tali percorsi dovranno essere garantiti prioritariamente – tra le quali oculistica, ortopedia, otorinolaringoiatria, ginecologia, ostetricia e pediatria – prevedendo inoltre specifici protocolli nazionali finalizzati a garantire uniformità organizzativa, sicurezza e appropriatezza delle cure.

L'articolo 2 introduce, in via sperimentale nelle aree interne e più disagiate del Paese, il servizio di tele-pronto soccorso regionale, quale strumento innovativo di telemedicina integrato nella rete dell'emergenza territoriale. La finalità della disposizione è offrire ai cittadini una prima valutazione clinica a distanza, effettuata da personale sanitario qualificato, capace di orientare tempestivamente il paziente verso il percorso assistenziale più appropriato. Il servizio consentirà di effettuare *triage* a distanza, consulenze mediche e infermieristiche urgenti, attivazione dei servizi di emergenza nei casi necessari, monitoraggio clinico a breve termine e supporto successivo alla dimissione ospedaliera.

L'accesso al servizio è previsto attraverso strumenti digitali, numeri telefonici dedicati, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e strutture territoriali, al fine di assicurarne la massima fruibilità, soprattutto nelle aree caratterizzate da difficoltà di collegamento con le strutture ospedaliere o da carenza di servizi sanitari territoriali. Il tele-pronto soccorso opera in raccordo con il numero unico di emergenza 112, con il sistema di emergenza territoriale 118, con le Case della comunità e con gli altri servizi di assistenza territoriale, contribuendo a rafforzare la continuità delle cure e la presa in carico del paziente.

Le due misure, considerate congiuntamente, perseguono dunque l'obiettivo di costruire un modello di emergenza-urgenza più moderno, efficiente e sostenibile, capace di ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, diminuire i tempi di attesa e valorizzare le potenzialità offerte dall'innovazione tecnologica e dall'integrazione tra ospedale e territorio. In tale prospettiva, la proposta di legge si inserisce nel più ampio processo di digitalizzazione e riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale promosso negli ultimi anni, contribuendo a migliorare la qualità dell'assistenza e a ridurre le disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi sanitari.

La presente proposta di legge attribuisce un ruolo fondamentale alla qualità del personale impiegato nel tele-pronto soccorso, che deve essere gestito da operatori sanitari qualificati, con adeguata esperienza in emergenza-urgenza o medicina generale e con formazione specifica sul *triage* digitale, sulle emergenze tempo-dipendenti, sulla comunicazione clinica a distanza e sulla gestione del rischio clinico.

Inoltre, ogni prestazione deve essere registrata nel fascicolo sanitario elettronico, assicurando la tracciabilità clinica, la continuità assistenziale e la tutela medico-legale. Il trattamento dei dati è disciplinato nel rispetto del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera cir-

colazione di tali dati, e della normativa nazionale vigente in materia.

Un ulteriore punto qualificante della presente proposta di legge è l'introduzione del teleconsulto specialistico nei DEA, in particolare nei casi in cui non sia possibile garantire la presenza fisica dello specialista. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, ciascun DEA deve garantire l'accesso al teleconsulto per numerose discipline, tra cui la cardiologia, la neurologia, la psichiatria, la dermatologia, le malattie infettive, la nefrologia, l'oncologia e varie branche chirurgiche specialistiche.

Questa misura risponde a un'esigenza concreta: molti ospedali, soprattutto nei territori periferici o in aree con carenza di medici specialisti, non riescono a garantire una copertura completa ventiquattro ore su ventiquattro di tutte le discipline specialistiche. Il teleconsulto permette di ridurre i ritardi diagnostici, migliorare la qualità delle decisioni cliniche e supportare il personale del pronto soccorso nei casi complessi.

Un altro elemento caratterizzante della proposta di legge riguarda la riduzione del peso burocratico nei DEA. È noto, infatti, che una quota significativa del tempo del personale sanitario operante presso i pronto soccorso viene assorbita da attività amministrative, certificazioni e procedure informatiche non ottimizzate.

A tale riguardo, si prevede che, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge, con decreto del Ministro della salute, siano adottate linee guida nazionali per la semplificazione delle procedure amministrative nei DEA, favorendo la digitalizzazione dei processi, il trasferimento delle procedure burocratiche al personale amministrativo e l'implementazione dei programmi informatici, per rendere più rapida la produzione di certificati per infortunio sul lavoro o di malattia, senza duplicazione di dati.

Questo punto è particolarmente rilevante perché la riduzione delle attese non dipende solo dall'incremento del numero degli operatori sanitari o dei posti letto, ma anche da una migliore organizzazione in-

terna e dalla rimozione degli ostacoli, cosiddetti « colli di bottiglia », non connessi alle prestazioni cliniche.

Per sostenere le misure proposte, è istituito il Fondo per ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso, finalizzato a finanziare le soluzioni digitali per la gestione degli accessi e la comunicazione con i pazienti nonché attivare e consolidare il servizio di tele-pronto soccorso nelle regioni.

Il riparto del Fondo è effettuato con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, secondo modalità che garantiscano omogeneità e monitoraggio della spesa.

Un ulteriore ambito di intervento riguarda la sostenibilità del lavoro nei servizi dell'emergenza-urgenza. Negli ultimi anni, infatti, si è registrato un crescente disagio del personale sanitario operante presso i pronto soccorso, con fenomeni di esaurimento psicofisico, dimissioni, riduzione dell'attrattività delle specializzazioni in medicina d'emergenza e aumento del rischio di aggressioni.

In questo quadro, la presente proposta di legge introduce pertanto una deroga all'azione risarcitoria diretta nei confronti del professionista sanitario operante presso i DEA, limitandola a quella nei confronti della struttura sanitaria, e misure finalizzate a incentivarne la permanenza, prevedendo che l'attività lavorativa prestata dal personale sia riconosciuta quale lavoro usurante e siano riconosciuti giorni di riposo biologico da fruire secondo condizioni e modalità disciplinate dai contratti collettivi nazionali di lavoro applicabili al personale interessato.

Infine, la presente proposta di legge prevede un sistema di monitoraggio annuale da parte delle regioni e province autonome e la trasmissione dei dati al Ministero della salute. I parametri da rilevare comprendono il numero delle prestazioni richieste al tele-pronto soccorso, i tempi medi di risposta, il numero di accessi evitati al pronto soccorso, gli eventi avversi, la soddisfazione degli utenti e gli esiti clinici.

Il Ministro della salute presenta una relazione annuale alle Camere, garantendo così la trasparenza e il controllo pubblico sull'attuazione della legge.

In conclusione, la presente proposta di legge affronta in modo organico e integrato uno dei problemi più evidenti del sistema sanitario contemporaneo: la crisi del pronto soccorso come « porta unica » di accesso alle cure urgenti e, sempre più spesso, anche non urgenti.

L'istituzione del tele-pronto soccorso rappresenta una misura innovativa che mira a creare un filtro clinico qualificato, immediato e gratuito, capace di ridurre gli accessi impropri, migliorare l'appropriatezza delle cure, diminuire i tempi di attesa e rafforzare

l'integrazione tra i servizi di emergenza e il territorio.

Il teleconsulto specialistico, la semplificazione amministrativa, il Fondo dedicato e le misure in materia di personale completano il quadro, rendendo la proposta di legge una riforma di sistema orientata alla sostenibilità e non limitata all'introduzione di una singola innovazione tecnologica.

L'obiettivo finale è duplice: da un lato, migliorare l'esperienza e la sicurezza del cittadino e, dall'altro lato, rendere nuovamente il pronto soccorso un luogo capace di rispondere con efficienza alle emergenze reali, tutelando al contempo la dignità professionale e la permanenza del personale sanitario.

PROPOSTA DI LEGGE

—

Art. 1.

(Percorsi di « fast track » presso i pronto soccorso)

1. Al fine di migliorare l'efficienza, l'appropriatezza e la tempestività dell'assistenza sanitaria erogata nei pronto soccorso e nei dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA), nonché di ridurre i tempi di attesa e di permanenza dei pazienti, le aziende sanitarie attivano percorsi clinico-organizzativi, denominati « *fast track* ».

2. I percorsi di cui al comma 1 sono finalizzati alla gestione delle urgenze minori a prevalente competenza mono-specialistica, individuate in sede di *triage* e classificate a bassa priorità.

3. I percorsi di cui al comma 1 sono attivati direttamente dal personale addetto al *triage*, sulla base di protocolli e linee guida adottati a livello nazionale e consentono l'invio diretto del paziente alla struttura specialista competente, senza il preventivo inserimento nel percorso ordinario di pronto soccorso.

4. I percorsi di cui al comma 1 sono assicurati almeno per le prestazioni afferenti alle discipline di oculistica, otorinolaringoiatria, odontoiatria, pediatria, ortopedia, ginecologia e ostetricia.

5. I protocolli di cui al comma 3 disciplinano in particolare:

a) i criteri di inclusione e di esclusione dei pazienti;

b) le modalità di rivalutazione clinica e di reinserimento tempestivo del paziente nel percorso ordinario di pronto soccorso qualora intervengano variazioni delle condizioni cliniche;

c) le misure necessarie a garantire la sicurezza e l'appropriatezza delle prestazioni erogate.

6. I percorsi di cui al comma 1 sono organizzati in coerenza con le Linee di indirizzo nazionali sul *triage* intraospedaliero, di cui all'Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 1° agosto 2019.

7. Le aziende sanitarie garantiscono l'integrazione funzionale tra il pronto soccorso e le strutture specialistiche coinvolte nonché la formazione del personale sanitario impegnato nei percorsi di cui al comma 1.

Art. 2.

(Istituzione del servizio di tele-pronto soccorso regionale)

1. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, presso ciascuna regione e provincia autonoma è istituito, in via sperimentale, nelle aree interne individuate nell'ambito della Strategia nazionale per le aree interne, il servizio di tele-pronto soccorso, quale servizio telematico integrativo per le prestazioni di pronto soccorso, garantito in modo uniforme nel territorio nazionale e finalizzato a:

a) assicurare una valutazione clinica preliminare a distanza;

b) ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso;

c) assicurare una presa in carico rapida dell'assistito;

d) migliorare l'integrazione tra i servizi di emergenza-urgenza, assistenza territoriale e continuità assistenziale.

2. Il servizio di tele-pronto soccorso si avvale di ogni strumento tecnologico utile finalizzato a consentire la televisita, il telemonitoraggio, la teleassistenza e il teleconsulto ed è inserito tra le prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale (SSN) nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017,

pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017.

3. Il servizio di tele-pronto soccorso è erogato in forma gratuita da personale sanitario qualificato ed è accessibile mediante:

a) un'applicazione nazionale o regionale interoperabile;

b) un numero telefonico dedicato;

c) i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;

d) le strutture territoriali dell'SSN abilitate.

4. Il servizio di tele-pronto soccorso eroga le seguenti prestazioni:

a) *triage* clinico digitale svolto mediante gli strumenti di telemedicina;

b) consulenza medica e infermieristica urgente;

c) orientamento verso i servizi di pronto soccorso, guardia medica e territoriali dell'SSN nonché verso i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;

d) attivazione diretta degli operatori del servizio di emergenza-urgenza 118 nei casi urgenti;

e) monitoraggio fino a quarantotto ore nei casi selezionati;

f) supporto nella fase successiva alla dimissione dal pronto soccorso.

5. Il servizio di tele-pronto soccorso è integrato con il numero unico di emergenza 112, le centrali operative del servizio di emergenza-urgenza 118, il servizio di continuità assistenziale, le Case della comunità, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, l'assistenza domiciliare e i servizi territoriali.

6. Il servizio di tele-pronto soccorso è erogato mediante il personale medico, sanitario e amministrativo assegnato, con adeguata formazione ed esperienza in emergenza-urgenza o medicina generale e in *triage* clinico. Il personale medico e sanitario assegnato al servizio di tele-pronto

soccorso, nell'ambito dell'educazione continua in medicina, è adeguatamente aggiornato in materia di *triage* digitale, emergenze tempo-dipendenti, comunicazione clinica a distanza, sicurezza informatica e gestione del rischio clinico.

7. L'accesso al servizio di tele-pronto soccorso non preclude la possibilità di accesso al pronto soccorso presso i presidi ospedalieri.

8. Le prestazioni erogate dal servizio di tele-pronto soccorso sono registrate nel fascicolo sanitario elettronico dell'assistito, riportando i sintomi riferiti, i parametri vitali ove disponibili, l'esito del *triage*, le indicazioni fornite e l'eventuale invio al pronto soccorso o l'attivazione del servizio di emergenza-urgenza 118. Il trattamento dei dati personali avviene nel rispetto del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, e delle norme nazionali vigenti.

9. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabiliti per il servizio di tele-pronto soccorso:

- a) i requisiti minimi di qualità;
- b) i requisiti tecnologici;
- c) i tempi massimi di risposta;
- d) i protocolli clinici uniformi da adottare nel territorio nazionale;
- e) i criteri di interoperabilità tra i sistemi regionali;
- f) le modalità di integrazione con il numero unico di emergenza 112, le centrali operative del servizio di emergenza-urgenza 118, i servizi di continuità assistenziale, le Case della comunità, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, l'assistenza domiciliare e i servizi territoriali.

Art. 3.

(Introduzione del teleconsulto)

1. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, in

ciascun dipartimento di emergenza e accettazione, qualora non sia possibile garantire la presenza dello specialista interno, è assicurata la possibilità di effettuare il teleconsulto nelle seguenti discipline: malattie infettive e tropicali, dermatologia, cardiologia, neurologia, psichiatria, pneumologia, ematologia, nefrologia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, cardiocirurgia, neurochirurgia e oncologia.

2. Il teleconsulto di cui al comma 1 può essere assicurato anche mediante accordi regionali e interregionali con centri o reti di riferimento per le discipline di cui al medesimo comma 1.

3. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabilite le disposizioni di attuazione del presente articolo.

Art. 4.

(Linee guida per la semplificazione amministrativa nei pronto soccorso)

1. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono adottate le linee guida per la semplificazione delle procedure amministrative nei DEA, al fine di ridurre i tempi di attesa e migliorare l'accesso alle cure.

2. Le linee guida di cui al comma 1 comprendono l'adozione di tecnologie digitali e il trasferimento delle procedure amministrative al personale amministrativo presso i pronto soccorso.

3. Per ridurre i tempi di attesa e migliorare l'accesso alle cure, i programmi informatici adottati dai DEA sono implementati al fine di semplificare e velocizzare il rilascio dei certificati per infortunio sul lavoro o di malattia, senza necessità di accesso ad altri programmi informatici e di inserimento dei dati anagrafici del paziente cui il certificato stesso è riferito.

Art. 5.

(Fondo per ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso)

1. Al fine di ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso e di contribuire allo smaltimento delle liste di attesa, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, nello stato di previsione del Ministero della salute è istituito il « Fondo per ridurre gli accessi impropri al pronto soccorso », con una dotazione di 50 milioni di euro annui a decorrere dal 2026, finalizzato a:

a) consentire l'acquisto ovvero l'implementazione, da parte dei DEA presenti in ciascuna regione o provincia autonoma, di servizi o soluzioni digitali per la gestione anche automatizzata degli accessi, la comunicazione con i pazienti e l'effettuazione di prestazioni base di telemedicina, quali la televisita, il telemonitoraggio, la teleassistenza e il teleconsulto;

b) istituire presso ciascuna regione e provincia autonoma il servizio di telepronto soccorso di cui all'articolo 2.

2. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabilite le modalità di riparto tra le regioni delle risorse del Fondo di cui al comma 1 nonché le modalità con cui le regioni provvedono all'impiego delle risorse per la realizzazione degli interventi di cui al medesimo comma 1.

Art. 6.

(Deroga all'esercizio dell'azione risarcitoria diretta)

1. Limitatamente alla responsabilità professionale del personale sanitario operante presso i DEA, l'esercizio dell'azione risarcitoria diretta è escluso nei confronti dell'esercente la professione sanitaria ed è consentito solo nei confronti della struttura

sanitaria, pubblica o privata, presso cui il DEA è inserito.

Art. 7.

(Misure per incentivare la permanenza in servizio del personale operante nei servizi di emergenza-urgenza ospedalieri e territoriali)

1. Al fine di riconoscere la specificità e la gravosità delle attività svolte nell'ambito dei servizi di emergenza-urgenza ospedalieri e territoriali, nonché in attuazione dei principi di cui al decreto legislativo 11 agosto 1993, n. 374, l'attività lavorativa prestata dai dirigenti medici e dal personale sanitario e sociosanitario del comparto sanità dipendenti dalle aziende e dagli enti del Servizio sanitario nazionale assegnati ai predetti servizi, è riconosciuta quale lavoro usurante ai sensi e per gli effetti del decreto legislativo 21 aprile 2011, n. 67.

2. Ai lavoratori di cui al comma 1 che hanno svolto le attività ivi indicate per almeno sette anni negli ultimi dieci anni di attività lavorativa ovvero per almeno metà della vita lavorativa complessiva, si applicano, ai fini dell'accesso al trattamento pensionistico anticipato, i requisiti e i criteri previsti dall'articolo 1 del decreto legislativo 21 aprile 2011, n. 67, per i lavoratori notturni di cui alla lettera *b*) del comma 1 del medesimo articolo.

3. Agli oneri derivanti dall'attuazione dei commi 1 e 2, valutati in 65 milioni di euro per l'anno 2026, 130 milioni per l'anno 2027 e 195 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2028, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.

4. Ai lavoratori di cui al comma 1 sono riconosciuti otto giorni consecutivi di riposo biologico da fruire entro l'anno solare di riferimento in una unica soluzione. Il predetto periodo è riproporzionato sulla base dei mesi di effettivo svolgimento della prestazione lavorativa presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri e territoriali nel corso dell'anno di riferimento computandosi come mese intero i periodi superiori a quindici giorni. Ai fini del ripro-

porzionamento non si tiene conto dei giorni di riposo di cui al presente comma, delle ferie e delle festività soppresse. Le condizioni e le modalità di fruizione del periodo di riposo aggiuntivo di cui al presente comma sono disciplinate dai contratti collettivi nazionali di lavoro applicabili al personale interessato.

Art. 8.

(Monitoraggio e relazione alle Camere)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano effettuano il monitoraggio annuale sullo stato di attuazione della presente legge e trasmettono al Ministero della salute una relazione sugli effetti delle misure adottate, con particolare riferimento al servizio di tele-pronto soccorso di cui all'articolo 2, contenente i dati relativi al numero delle prestazioni richieste, ai tempi di risposta, agli eventi avversi, alla soddisfazione degli utenti e agli esiti clinici delle prestazioni erogate nonché al numero degli accessi al pronto soccorso evitati.

2. Il Ministro della salute, sulla base dei dati di cui al comma 1, presenta alle Camere una relazione annuale sullo stato di attuazione della presente legge.

Art. 9.

(Disposizioni finanziarie)

1. Per l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 5 è autorizzata una spesa di 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026. Ai relativi oneri si provvede mediante corrispondente riduzione delle risorse di cui all'articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 dicembre 2004, n. 307.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono concorrere all'attuazione della presente legge anche con risorse proprie.



19PDL0181250