N. 25 - 2026

CONSIGLIO NAZIONALE DELL'ECONOMIA E DEL LAVORO

DISEGNO DI LEGGE

AI SENSI DELL'ART. 99, COMMA 3, DELLA COSTITUZIONE

Disposizioni per il contrasto alle diseguaglianze territoriali nell'assistenza pediatrica e per il sostegno alle famiglie nell'ambito delle politiche demografiche e sociali

---

Approvato dall'Assemblea del 29 ottobre 2026

VISTO l'articolo 99 della Costituzione;

VISTA la legge 30 dicembre 1986, n. 936 e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO, in particolare, l'articolo 10, lettera *i)* della legge 30 dicembre 1986, n. 936, che attribuisce al Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro l'iniziativa

legislativa nelle materie di propria competenza;

VISTO il regolamento degli organi, dell'organizzazione e delle procedure del CNEL;

VISTO il Programma di Attività della XI Consiliatura approvato con voto unanime dell'Assemblea nella seduta del 22 novembre 2023;

CONSIDERATO che le persistenti diseguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi sanitari destinati all'infanzia e all'adolescenza, con particolare riguardo alle aree interne, montane, insulari e caratterizzate da fragilità demografica, rendono necessario promuovere condizioni di maggiore equità, prossimità e continuità dell'assistenza pediatrica, nel rispetto dei principi di uguaglianza sostanziale, tutela della famiglia e diritto alla salute sanciti dagli articoli 3, 31 e 32 della Costituzione;

CONSIDERATO, altresì, che il rafforzamento dell'accessibilità e della qualità dell'assistenza pediatrica, la continuità delle cure, l'adeguata considerazione delle specificità territoriali nella programmazione della rete dei punti nascita e il sostegno alle famiglie costituiscono obiettivi rilevanti per la coesione sociale e territoriale e per la creazione di condizioni favorevoli alla genitorialità, nel rispetto delle competenze dello Stato, delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano;

PRESO ATTO che, nella seduta del 15 ottobre 2026, la II Commissione istruttoria permanente ha esaminato in via preliminare il disegno di legge recante «*Disposizioni per il contrasto alle diseguaglianze territoriali nell'assistenza pediatrica e il sostegno alle famiglie*», disponendo il rinvio dell'approfondimento del testo a un gruppo ristretto composto dai Consiglieri Pirani, Botta, Dettori e Geria;

PRESO ATTO che il predetto gruppo ristretto, inizialmente convocato per il 20 ottobre 2026, ha anticipato i propri lavori al 19 ottobre 2026, procedendo all'esame, alla modifica e alla condivisione del testo del disegno di legge da sottoporre all'Assemblea;

VISTA la deliberazione del Consiglio di Presidenza del 15 ottobre 2026, con la quale, in coerenza con le determinazioni assunte dalla II Commissione istruttoria permanente, è stato espresso parere favorevole alla presentazione del disegno di legge all'Assemblea;

UDITA la relazione svolta dal Cons. PIRANI;

PRESO ATTO che l'Assemblea, nella seduta del 29 ottobre 2026, ha approvato il disegno di legge condividendone le finalità di riduzione delle diseguaglianze territoriali nell'accesso all'assistenza pediatrica, di rafforzamento della prossimità e della continuità delle cure e di sostegno alle famiglie, nel rispetto degli *standard* di qualità e sicurezza dell'assistenza e delle competenze dei diversi livelli istituzionali;

SENTITO il Segretario generale, Dott. Massimiliano Monnanni;

DELIBERA

ai sensi dell'articolo 10, lettera *i)* della legge 30 dicembre 1986, n. 936, l'approvazione dell'unito schema di disegno di legge recante *"Disposizioni per il contrasto alle diseguaglianze territoriali nell'assistenza pediatrica e il sostegno alle famiglie"*.

Relazione

La trasformazione della struttura demografica del Paese costituisce una delle principali sfide economiche e sociali che l'Italia è chiamata ad affrontare. La persistente riduzione delle nascite, l'invecchiamento della popolazione e il progressivo spopolamento di numerose aree del territorio nazionale producono effetti che non riguardano esclusivamente la dimensione demografica, ma investono direttamente la sostenibilità dei sistemi di *welfare*, l'organizzazione e l'accessibilità dei servizi pubblici, il mercato del lavoro, la coesione sociale e territoriale e, più in generale, le prospettive di sviluppo del Paese.

In tale contesto, le politiche di sostegno alla natalità e alla genitorialità non possono essere ricondotte esclusivamente a interventi di natura economica, ma richiedono un approccio integrato, capace di incidere sulle condizioni nelle quali le famiglie assumono e realizzano le proprie scelte di vita. La disponibilità di servizi pubblici accessibili e di qualità, in particolare di quelli destinati all'infanzia e all'adolescenza, costituisce una componente essenziale di tale contesto.

Tra questi servizi assume particolare rilievo l'assistenza sanitaria rivolta ai bambini e agli adolescenti. L'effettività del diritto alla salute, riconosciuto dall'articolo 32 della Costituzione, deve essere assicurata in condizioni di uguaglianza, indipendentemente dal luogo di residenza e dalle condizioni economiche e sociali della famiglia.

Tale esigenza si collega ai princìpi di uguaglianza sostanziale e di tutela della famiglia e dell'infanzia sanciti, rispettivamente, dagli articoli 3 e 31 della Costituzione.

L'evoluzione demografica e territoriale degli ultimi anni ha, tuttavia, accentuato alcune criticità nell'accesso ai servizi sanitari destinati alla popolazione minorile. La progressiva concentrazione dell'offerta assistenziale, la carenza di professionisti in alcuni ambiti territoriali, le distanze dai presìdi ospedalieri e dai servizi specialistici e le difficoltà di collegamento che caratterizzano, in particolare, le aree interne, montane, insulari e a bassa densità abitativa possono determinare significative differenze nelle condizioni effettive di accesso alle cure.

La riduzione della popolazione residente in numerosi territori produce, inoltre, un rapporto complesso tra sostenibilità organizzativa dei servizi, necessità di garantire adeguati volumi di attività e *standard* di sicurezza e diritto delle persone a disporre di un'assistenza accessibile entro tempi compatibili con le esigenze di cura. Tale fenomeno assume particolare rilevanza con riferimento alla rete dei punti nascita e dei servizi neonatologici e pediatrici.

La risposta a tali criticità non può consistere nella contrapposizione tra sicurezza delle

cure e prossimità dei servizi. Occorre, piuttosto, individuare strumenti di programmazione capaci di contemperare entrambi gli obiettivi, tenendo conto non soltanto dei volumi di attività, ma anche delle caratteristiche demografiche e territoriali, dei tempi effettivi di percorrenza, della qualità degli esiti assistenziali, della disponibilità e qualificazione del personale e dell'integrazione dei singoli presìdi all'interno delle reti regionali.

L'intervento normativo muove, pertanto, dalla necessità di affrontare l'assistenza sanitaria pediatrica non come una questione esclusivamente settoriale di organizzazione sanitaria, ma nell'ambito di una più ampia politica volta alla riduzione delle diseguaglianze territoriali, al rafforzamento della coesione sociale e alla creazione di condizioni favorevoli alla vita delle famiglie e alla genitorialità.

Il provvedimento non è volto ad introdurre un riordino organico dell'organizzazione sanitaria né a sostituirsi alle competenze regionali in materia di programmazione e organizzazione dei servizi. Sono, invece, individuati i princìpi, criteri e obiettivi di carattere generale volti a favorire condizioni maggiormente uniformi di accesso all'assistenza pediatrica sull'intero territorio nazionale, nel rispetto del riparto costituzionale delle competenze e del principio di leale collaborazione tra lo Stato, le regioni e le province autonome.

Particolare attenzione è dedicata alla continuità dell'assistenza pediatrica. L'attuale organizzazione dei servizi può determinare, soprattutto nelle giornate prefestive e festive e nei fine settimana, difficoltà di accesso alle cure pediatriche non urgenti, con conseguente ricorso improprio ai servizi di emergenza-urgenza o, laddove economicamente sostenibile per le famiglie, a prestazioni sanitarie private.

A tal fine, nel rispetto delle competenze regionali e della disciplina dei rapporti convenzionali con i professionisti del Servizio sanitario nazionale, il testo demanda alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, l'individuazione delle modalità organizzative idonee ad assicurare adeguate forme di continuità dell'assistenza pediatrica.

Analoga impostazione è adottata con riferimento agli ambiti territoriali nei quali si registra una persistente carenza di pediatri di libera scelta. In tali situazioni l'esigenza prioritaria è assicurare che la mancata copertura di un incarico non determini una discontinuità nell'assistenza ai minori e alle loro famiglie, individuando, nel rispetto della disciplina vigente, soluzioni organizzative temporanee o integrative fino alla stabile copertura degli incarichi vacanti.

Un ulteriore profilo riguarda la programmazione della rete dei punti nascita e dei servizi neonatologici e pediatrici. La normativa vigente persegue correttamente

l'obiettivo di assicurare elevati *standard* di qualità e sicurezza attraverso requisiti organizzativi, strutturali e relativi ai volumi di attività. Il testo non incide su tale principio né introduce autonome fattispecie di deroga.

L'intervento è volto, invece, a valorizzare, nell'ambito delle procedure già previste dall'ordinamento, una valutazione maggiormente integrata delle specificità dei territori, considerando, accanto ai volumi di attività e agli *standard* di sicurezza, fattori quali l'andamento demografico, le caratteristiche orografiche, le distanze e i tempi di trasferimento, la qualità degli esiti, la disponibilità di personale qualificato, il ruolo del presidio nella rete regionale e le condizioni di isolamento o marginalità territoriale.

La sicurezza della madre, del neonato e del minore rimane in ogni caso un limite inderogabile. L'obiettivo perseguito è quello di evitare che l'applicazione di parametri esclusivamente quantitativi, non accompagnata da una valutazione complessiva delle condizioni territoriali, possa determinare in alcune aree una eccessiva rarefazione dell'offerta assistenziale, senza che ciò corrisponda a un effettivo miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

Il provvedimento interviene, inoltre, sulla delicata fase dell'adolescenza e del passaggio dall'assistenza pediatrica alla medicina dell'adulto. La rigidità delle soglie anagrafiche può determinare criticità soprattutto per i giovani affetti da patologie croniche, rare, di lunga durata o invalidanti, per i quali la continuità della relazione terapeutica e il trasferimento programmato delle informazioni cliniche assumono particolare importanza.

In tale ambito il testo persegue una duplice finalità: favorire, ove clinicamente e organizzativamente appropriato, una maggiore continuità dell'assistenza pediatrica nel corso dell'adolescenza e assicurare percorsi individualizzati di transizione verso i servizi dell'età adulta.

La relativa disciplina tiene conto della necessità di coordinare tali interventi con gli accordi collettivi nazionali che regolano i rapporti con i pediatri di libera scelta e con i medici di medicina generale, evitando di sovrapporre disposizioni legislative di dettaglio alla disciplina convenzionale.

Particolare rilievo assume, infine, il monitoraggio delle diseguaglianze territoriali. La disponibilità di informazioni comparabili sull'accessibilità e sulla qualità dell'assistenza pediatrica costituisce un presupposto indispensabile per orientare la programmazione e valutare gli effetti delle politiche pubbliche. A tal fine, il testo valorizza i sistemi informativi e le attività di monitoraggio già esistenti, senza prevedere nuove strutture o banche dati.

Il testo si compone di dieci articoli.

L'articolo 1 individua le finalità e i princìpi generali dell'intervento. La disposizione

riconduce le misure previste agli articoli 3, 31 e 32 della Costituzione e individua quali obiettivi prioritari l'equità nell'accesso ai servizi sanitari destinati all'infanzia e all'adolescenza, la riduzione delle diseguaglianze territoriali, il rafforzamento della prossimità e della continuità dell'assistenza e il sostegno alle famiglie nell'ambito delle politiche sociali e demografiche. È, inoltre, affermata la centralità del minore e della sua famiglia nei percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza.

L'articolo 2 reca disposizioni volte a garantire la continuità assistenziale pediatrica. Alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano è demandata, nell'ambito della propria programmazione e nel rispetto della normativa e degli accordi collettivi nazionali applicabili, l'adozione di misure volte ad assicurare adeguate forme di continuità dell'assistenza pediatrica, con particolare riguardo alle giornate prefestive e festive e ai fine settimana, garantendone l'accessibilità alla popolazione minorile con riferimento a ciascun distretto, secondo modalità definite nell'ambito della programmazione regionale. Le misure sono definite tenendo conto delle caratteristiche demografiche e territoriali, della distribuzione della popolazione minorile, dei tempi di accesso ai servizi, della disponibilità di personale sanitario e dell'organizzazione della rete territoriale e ospedaliera.

La disposizione favorisce il raccordo tra pediatri di libera scelta, medici del ruolo unico di assistenza primaria, consultori familiari, servizi rivolti ai minori e altri servizi territoriali, strutture ospedaliere e rete dell'emergenza-urgenza e consente l'impiego integrativo degli strumenti di telemedicina e teleconsulto.

Il riferimento al distretto è coerente con il modello organizzativo dell'assistenza territoriale delineato dal decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, che individua nel distretto l'articolazione territoriale di riferimento per il coordinamento e l'integrazione dei servizi della rete territoriale.

L'articolo 3 individua i criteri da considerare nella valutazione delle specificità territoriali nell'ambito della programmazione della rete dei punti nascita. Ferme restando la normativa vigente in materia di *standard* e le procedure previste per la valutazione delle richieste di mantenimento in attività dei punti nascita con volumi inferiori a 500 parti annui, la disposizione valorizza una considerazione integrata delle caratteristiche demografiche, territoriali e organizzative delle aree interessate.

Per i punti nascita con volumi inferiori a 500 parti annui dei quali sia disposto il mantenimento in attività secondo le procedure vigenti, la disposizione prevede, inoltre, che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovano misure organizzative volte ad

assicurare il mantenimento e lo sviluppo delle competenze professionali e la formazione continua del personale. A tal fine, sono valorizzate forme di integrazione funzionale delle équipe operanti nei punti nascita appartenenti alla medesima rete e, ove appropriato, la rotazione del personale tra i relativi presìdi, nel rispetto della disciplina contrattuale e senza ricorrervi per compensare ordinariamente carenze strutturali di organico. Tali misure sono finalizzate a rafforzare la qualità e la sicurezza dell'assistenza nei punti nascita a minore volume di attività, favorendo l'integrazione professionale tra i presìdi della rete, senza introdurre un modello organizzativo uniforme e vincolante per tutte le realtà territoriali.

Sono, in ogni caso, salvaguardati gli *standard* operativi, tecnologici e di sicurezza previsti dalla normativa vigente e le competenze statali e regionali in materia.

La disposizione si inserisce nell'ambito delle procedure previste dal decreto del Ministro della salute 11 novembre 2015 e dal relativo Protocollo metodologico per la valutazione delle richieste di mantenimento in attività dei punti nascita con volumi inferiori a 500 parti annui in condizioni orogeografiche difficili, integrandone i criteri istruttori con ulteriori elementi di carattere demografico, territoriale, organizzativo e assistenziale. Resta ferma la disciplina procedurale vigente e, ove necessario, gli atti amministrativi e metodologici di riferimento potranno essere conseguentemente adeguati in sede attuativa, nel rispetto delle competenze dello Stato, delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano e del principio di leale collaborazione.

L'articolo 4 è volto a garantire la continuità dell'assistenza negli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta. In tali situazioni è prevista l'adozione delle necessarie misure organizzative e l'azienda sanitaria territorialmente competente può attivare, nel rispetto della programmazione regionale e della disciplina vigente, forme organizzative temporanee o integrative idonee ad assicurare la continuità della presa in carico. Particolare attenzione è riservata ai territori nei quali alla carenza di pediatri si associano elevati tempi di percorrenza verso i servizi o condizioni di fragilità demografica e territoriale.

L'articolo 5 disciplina la continuità dell'assistenza pediatrica nell'età adolescenziale. Ferma restando la competenza assistenziale ordinaria dei pediatri di libera scelta secondo la disciplina vigente, la disposizione promuove, nella fascia compresa tra il quattordicesimo e il diciottesimo anno di età e nell'ambito degli accordi collettivi nazionali, modelli capaci di assicurare, quando appropriato, la prosecuzione dell'assistenza pediatrica ovvero un passaggio programmato alla medicina generale. Specifica tutela è prevista per gli adolescenti affetti da patologie croniche, rare, di lunga durata o invalidanti.

L'articolo 6 disciplina i percorsi individualizzati di transizione dall'assistenza pediatrica a quella dell'adulto per i pazienti affetti da patologie croniche, rare, di lunga durata o fortemente invalidanti. Il percorso, avviato di norma tra il sedicesimo e il diciottesimo anno di età, è definito con il coinvolgimento del paziente e, qualora minorenne, degli esercenti la responsabilità genitoriale o del rappresentante legale, nel rispetto della normativa sul consenso informato e sulla partecipazione del minore alle decisioni che lo riguardano, e individua preventivamente il servizio responsabile della successiva presa in carico. La disposizione promuove, inoltre, la formazione degli operatori e l'utilizzo degli strumenti di interoperabilità e del fascicolo sanitario elettronico per garantire la continuità informativa.

L'articolo 7 introduce il monitoraggio delle diseguaglianze territoriali nell'assistenza pediatrica. Il Ministero della salute, utilizzando i dati e i sistemi informativi disponibili a legislazione vigente, monitora la distribuzione dei pediatri e degli ambiti carenti, la rete dei punti nascita e delle strutture pediatriche, i tempi di percorrenza, la mobilità sanitaria pediatrica, gli indicatori di qualità e sicurezza e le differenze territoriali nell'accesso ai servizi. Le risultanze sono destinate a supportare la programmazione sanitaria nazionale e regionale e la valutazione delle politiche volte alla riduzione delle diseguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi sanitari per l'infanzia e l'adolescenza.

L'articolo 8 contiene le disposizioni di coordinamento e di salvaguardia delle competenze. È espressamente previsto che l'attuazione della legge avvenga nel rispetto delle competenze dello Stato, delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, dei livelli essenziali di assistenza e delle competenze attribuite alla contrattazione collettiva nazionale. Per gli interventi che richiedono un coordinamento tra i diversi livelli di governo è richiamato il ricorso agli strumenti di leale collaborazione previsti dall'ordinamento.

L'articolo 9 disciplina il raccordo programmatico con le quote vincolate del finanziamento sanitario nazionale, con il Fondo per le politiche della famiglia e con la Strategia nazionale per le aree interne, nei limiti delle risorse effettivamente disponibili e delle rispettive destinazioni. L'articolo 10 reca le disposizioni finanziarie, prevedendo il concorso delle risorse individuate ai sensi dell'articolo 9 e una clausola di invarianza finanziaria per gli ulteriori adempimenti.

L'intervento mira, dunque, a promuovere un modello nel quale sicurezza delle cure, prossimità dei servizi, equità territoriale e sostenibilità organizzativa siano considerate componenti complementari di una medesima politica pubblica, nella consapevolezza che la qualità e l'accessibilità dei servizi destinati ai bambini, agli adolescenti e alle loro famiglie

costituiscono non soltanto una condizione per l'effettività del diritto alla salute, ma anche un elemento essenziale della coesione sociale e territoriale e delle politiche rivolte al futuro demografico del Paese.

Disegno di legge

Art. 1.
(Finalità e princìpi)

1. La presente legge, in attuazione degli articoli 3, 31 e 32 della Costituzione e nel rispetto delle competenze legislative dello Stato e delle regioni, reca disposizioni volte a promuovere condizioni di equità nell'accesso ai servizi sanitari destinati all'infanzia e all'adolescenza, a contrastare le diseguaglianze territoriali nell'offerta assistenziale e a sostenere le famiglie, con particolare riguardo ai territori caratterizzati da fragilità demografica, sociale e territoriale.

2. Le disposizioni della presente legge perseguono, in particolare, le seguenti finalità:

a) assicurare, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, condizioni di effettiva accessibilità e continuità delle cure pediatriche sull'intero territorio nazionale;

b) ridurre le diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari per l'infanzia e l'adolescenza connesse al luogo di residenza, alle condizioni socioeconomiche delle famiglie e alle caratteristiche demografiche, orografiche e infrastrutturali dei territori;

c) rafforzare la prossimità e la continuità dell'assistenza pediatrica,

favorendo l'integrazione tra servizi territoriali, ospedalieri e di emergenza-urgenza;

d) concorrere, nell'ambito delle politiche sociali e demografiche, alla creazione di condizioni favorevoli alla genitorialità, anche attraverso il rafforzamento dell'accessibilità e della qualità dei servizi essenziali rivolti ai bambini, agli adolescenti e alle loro famiglie;

e) garantire la continuità dei percorsi assistenziali nel passaggio dall'età pediatrica all'età adulta, con particolare riferimento alle persone affette da patologie croniche, rare, di lunga durata o invalidanti.

3. Nell'attuazione della presente legge è riconosciuta la specificità dell'assistenza pediatrica ed è assicurata la centralità del minore e della sua famiglia nei percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza, nel rispetto dei diritti riconosciuti dall'ordinamento nazionale, dall'ordinamento dell'Unione europea e dalle convenzioni internazionali vigenti in materia di tutela dell'infanzia e dell'adolescenza.

Art. 2.

(Garanzia della continuità assistenziale pediatrica)

1. Al fine di assicurare l'effettività dei livelli essenziali di assistenza e di ridurre le diseguaglianze territoriali nell'accesso alle

cure, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito della propria programmazione sanitaria e nel rispetto della normativa vigente e degli accordi collettivi nazionali applicabili, adottano misure volte ad assicurare adeguate forme di continuità dell'assistenza pediatrica, con particolare riguardo alle giornate prefestive e festive e ai fine settimana, garantendone l'accessibilità alla popolazione minorile con riferimento a ciascun distretto, secondo modalità definite nell'ambito della programmazione regionale.

2. Le misure di cui al comma 1 sono definite tenendo conto delle caratteristiche demografiche e territoriali, della distribuzione della popolazione minorile, dei tempi di accesso ai servizi, della disponibilità di personale sanitario e dell'organizzazione della rete territoriale e ospedaliera. Le misure organizzative sono definite tenendo conto altresì della sostenibilità dei carichi assistenziali e nel rispetto della disciplina vigente in materia di organizzazione del lavoro e dei rapporti contrattuali e convenzionali del personale interessato.

3. Nell'organizzazione della continuità assistenziale pediatrica è favorito il raccordo funzionale tra pediatri di libera scelta, medici del ruolo unico di assistenza primaria, consultori familiari e servizi rivolti ai minori, servizi territoriali, strutture ospedaliere pediatriche,

dipartimenti di emergenza-urgenza e sistema di emergenza sanitaria territoriale.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono prevedere, nell'ambito dei rispettivi modelli organizzativi, l'impiego di strumenti di telemedicina e teleconsulto quali modalità integrative di valutazione, orientamento e raccordo assistenziale. Il ricorso a tali strumenti non sostituisce la visita in presenza quando questa sia necessaria ai fini diagnostici, terapeutici o assistenziali.

5. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di requisiti professionali del personale sanitario e la disciplina dei rapporti convenzionali del Servizio sanitario nazionale. Nell'attuazione delle misure di cui al presente articolo è salvaguardata, secondo criteri di appropriatezza clinica e organizzativa, la specificità dell'assistenza pediatrica.

Art. 3.

(Criteri per la valutazione delle specificità territoriali nella programmazione della rete dei punti nascita)

1. Al fine di favorire un'equilibrata distribuzione territoriale dei servizi connessi al percorso nascita e di contemperare le esigenze di sicurezza e qualità dell'assistenza con quelle di accessibilità e prossimità delle cure, nell'ambito della programmazione della rete dei punti nascita è assicurata

un'adeguata considerazione delle specificità demografiche, territoriali e organizzative delle aree interessate.

2. Nell'ambito delle procedure previste dalla normativa vigente per la valutazione delle richieste di mantenimento in attività dei punti nascita con volumi inferiori a 500 parti annui, la valutazione delle specificità territoriali tiene conto, in modo integrato, oltre che delle condizioni orogeografiche e degli *standard* operativi, tecnologici e di sicurezza previsti dalla normativa vigente, dei seguenti elementi:

a) caratteristiche demografiche e andamento della popolazione residente;

b) densità abitativa e condizioni di particolare isolamento o marginalità territoriale, con specifico riguardo alle aree interne, montane e insulari;

c) distanze e tempi effettivi di percorrenza verso i punti nascita di riferimento, tenuto conto delle condizioni della viabilità e dei collegamenti;

d) qualità degli esiti clinici e assistenziali;

e) disponibilità e qualificazione del personale sanitario;

f) ruolo del presidio nell'ambito della rete regionale dei servizi materno-infantili e grado di integrazione funzionale con gli altri servizi ospedalieri e territoriali;

g) disponibilità e adeguatezza dei sistemi di trasporto in emergenza materna e neonatale e dei protocolli per il

trasferimento verso strutture dotate di un livello assistenziale appropriato;

h) effetti dell'eventuale cessazione dell'attività sull'accessibilità complessiva dei servizi materno-infantili nel territorio interessato.

3. Per i punti nascita con volumi inferiori a 500 parti annui dei quali sia disposto il mantenimento in attività secondo le procedure previste dalla normativa vigente, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovono, nell'ambito della programmazione della rete dei servizi materno-infantili, misure organizzative volte ad assicurare il mantenimento e lo sviluppo delle competenze professionali e la formazione continua del personale, anche mediante forme di integrazione funzionale delle équipe operanti nei punti nascita appartenenti alla medesima rete nel rispetto della disciplina legislativa e contrattuale applicabile. Le misure sono definite tenendo conto dell'adeguatezza delle dotazioni professionali e delle competenze necessarie ad assicurare gli standard di qualità e sicurezza previsti dalla normativa vigente.

4. La considerazione degli elementi di cui al comma 2 non può in alcun caso comportare una riduzione degli *standard* operativi, tecnologici e di sicurezza previsti dalla normativa vigente per l'assistenza alla madre e al neonato.

5. Restano ferme le competenze dello Stato, delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano in materia di programmazione e organizzazione della rete dei punti nascita, nonché le procedure previste dalla normativa vigente per la valutazione delle richieste di mantenimento in attività dei punti nascita con volumi inferiori a 500 parti annui.

Art. 4.

(Garanzia dell'assistenza pediatrica negli ambiti territoriali carenti)

1. In caso di mancata copertura di un ambito territoriale carente di pediatria di libera scelta, le regioni e le aziende sanitarie competenti, nell'ambito delle rispettive competenze e nel rispetto della disciplina convenzionale vigente, adottano le misure organizzative necessarie ad assicurare la continuità dell'assistenza pediatrica ai minori residenti nel territorio interessato.

2. Ai fini di cui al comma 1, l'azienda sanitaria territorialmente competente, nel rispetto della programmazione regionale e secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dagli accordi collettivi nazionali applicabili, può attivare forme organizzative temporanee o integrative idonee ad assicurare la continuità della presa in carico, tenendo conto delle caratteristiche territoriali e della consistenza della popolazione pediatrica interessata.

3. Le misure adottate devono garantire la continuità della presa in carico, l'accessibilità delle prestazioni, la disponibilità della documentazione sanitaria e l'informazione alle famiglie.

4. Le soluzioni temporanee di cui al comma 2 non sostituiscono le procedure finalizzate alla copertura stabile degli incarichi vacanti, che devono essere attivate secondo la normativa vigente. Qualora la mancata copertura dell'incarico assuma carattere persistente, la regione o la provincia autonoma competente, nell'ambito della propria programmazione e nel rispetto della disciplina convenzionale vigente, individua le cause della mancata copertura e promuove le misure organizzative idonee a favorire la stabile copertura dell'ambito, con particolare riguardo ai territori caratterizzati da fragilità demografica e territoriale. La durata e le condizioni di utilizzo delle soluzioni temporanee sono oggetto di verifica e di confronto con le OO.SS. firmatarie dei CCNL e ACN applicati, e nell'ambito delle ordinarie attività di programmazione e controllo delle amministrazioni competenti, al fine di evitarne il consolidamento quale modalità strutturale di erogazione dell'assistenza.

5. Nella programmazione delle misure di cui al presente articolo è attribuita particolare considerazione agli ambiti caratterizzati da persistente carenza di

pediatri di libera scelta, elevati tempi di percorrenza verso i servizi pediatrici o condizioni di fragilità demografica e territoriale.

Art. 5.

(Continuità dell'assistenza pediatrica nell'età adolescenziale)

1. Al fine di assicurare l'appropriatezza dell'assistenza sanitaria nel corso dell'adolescenza, è favorita la continuità della presa in carico nel passaggio dall'assistenza pediatrica all'assistenza del medico di medicina generale, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dagli accordi collettivi nazionali applicabili.

2. Dal compimento del quattordicesimo anno e fino al compimento del diciottesimo anno di età, nell'ambito della disciplina degli accordi collettivi nazionali di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono promossi, ove appropriati in relazione alle condizioni cliniche e assistenziali dell'adolescente, modelli assistenziali volti ad assicurare la continuità dell'assistenza pediatrica ovvero il passaggio programmato all'assistenza del medico di medicina generale. Nella definizione dei modelli assistenziali sono valutati i relativi effetti sui carichi assistenziali, sui massimali individuali e sulle condizioni di esercizio dell'attività professionale, nel

rispetto della disciplina convenzionale vigente.

3. Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, le regioni promuovono modelli organizzativi idonei ad assicurare agli adolescenti percorsi assistenziali appropriati all'età e alle specifiche esigenze cliniche, favorendo, ove appropriato, la presa in carico presso strutture pediatriche o mediante percorsi integrati tra servizi pediatrici e servizi dell'età adulta.

4. Per i pazienti affetti da patologie croniche, rare, di lunga durata o invalidanti è assicurata la continuità della presa in carico attraverso percorsi assistenziali personalizzati, evitando interruzioni determinate esclusivamente dal raggiungimento di una determinata soglia anagrafica.

5. Restano ferme le competenze delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano in materia di organizzazione dell'assistenza sanitaria.

Art. 6.

(Percorsi individualizzati di transizione)

1. Per i pazienti affetti da patologie croniche, rare, di lunga durata o invalidanti, il passaggio dall'assistenza pediatrica a quella dell'adulto è realizzato attraverso un percorso individualizzato di transizione,

avviato di norma tra il sedicesimo e il diciottesimo anno di età.

2. Il percorso è definito e condiviso con il paziente e, qualora minorenne, con gli esercenti la responsabilità genitoriale o con il rappresentante legale, nel rispetto della normativa sul consenso informato e sulla partecipazione del minore alle decisioni che lo riguardano, e individua:

a) il servizio pediatrico di provenienza;

b) il servizio o l'*équipe* dell'adulto responsabile della presa in carico;

c) i tempi e le modalità del trasferimento;

d) gli obiettivi clinici e assistenziali;

e) le modalità di trasferimento della documentazione sanitaria;

f) il professionista responsabile del coordinamento del percorso.

3. Il trasferimento è effettuato soltanto quando sia stata formalmente individuata la struttura o l'équipe dell'adulto responsabile della prosecuzione dell'assistenza. Il trasferimento delle responsabilità assistenziali è definito nell'ambito del percorso individualizzato, con l'individuazione dei servizi e dei professionisti competenti, evitando interruzioni della presa in carico.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito delle

rispettive competenze, promuovono programmi formativi rivolti agli specialisti dell'adulto, al personale infermieristico e agli operatori dei servizi di emergenza-urgenza, con particolare riferimento alle patologie di cui al comma 1.

5. Il trasferimento può essere effettuato prima del completamento di tutte le fasi programmate esclusivamente in caso di necessità clinica, urgenza assistenziale o diversa valutazione motivata dell'*équipe* curante, assicurando comunque la continuità della presa in carico.

6. Il percorso di transizione si conclude con la verifica dell'effettiva presa in carico da parte del servizio dell'adulto.

7. Nell'attuazione del presente articolo è assicurato, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, l'utilizzo degli strumenti di interoperabilità e del fascicolo sanitario elettronico ai fini della continuità informativa tra i professionisti e le strutture coinvolti nel percorso di transizione.

Art. 7.

(Monitoraggio delle diseguaglianze territoriali nell'assistenza pediatrica)

1. Il Ministero della salute, nell'ambito delle attività di monitoraggio del Servizio sanitario nazionale e avvalendosi dei dati e dei sistemi informativi disponibili a legislazione vigente, assicura il monitoraggio delle condizioni di

accessibilità, continuità e appropriatezza dell'assistenza neonatologica e pediatrica sul territorio nazionale.

2. Il monitoraggio di cui al comma 1 tiene conto, in particolare:

a) della distribuzione territoriale dei pediatri di libera scelta e degli ambiti territoriali carenti;

b) della distribuzione dei punti nascita, delle strutture neonatologiche e pediatriche e dei relativi bacini di utenza;

c) dei tempi medi di percorrenza necessari per l'accesso ai servizi neonatologici e pediatrici, con particolare riguardo alle aree interne, montane, insulari e a bassa densità abitativa;

d) dei dati relativi alla mobilità sanitaria pediatrica interregionale;

e) degli indicatori di qualità, sicurezza e appropriatezza dell'assistenza;

f) delle differenze territoriali nell'accesso alla continuità assistenziale pediatrica e ai percorsi di transizione di cui all'articolo 6;

g) della consistenza e della distribuzione territoriale delle professionalità pediatriche, degli incarichi vacanti e delle cessazioni prevedibili, anche ai fini della valutazione prospettica del relativo fabbisogno;

h) della durata delle coperture temporanee degli ambiti territoriali carenti e delle eventuali criticità organizzative

rilevabili attraverso i sistemi informativi già disponibili.

3. Le risultanze del monitoraggio sono utilizzate ai fini della programmazione sanitaria nazionale e regionale e della valutazione delle politiche volte alla riduzione delle diseguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi sanitari per l'infanzia e l'adolescenza. Le medesime risultanze sono altresì utilizzate ai fini della valutazione della disponibilità delle risorse professionali necessarie ad assicurare la continuità e l'accessibilità dell'assistenza pediatrica e concorrono, secondo le procedure previste dalla legislazione vigente e nel rispetto delle competenze delle amministrazioni interessate, alla programmazione del relativo fabbisogno professionale.

Art. 8.

(Coordinamento e salvaguardia delle competenze)

1. Le disposizioni della presente legge sono attuate nel rispetto delle competenze dello Stato, delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano in materia di tutela della salute e di organizzazione dei servizi sanitari.

2. Sono fatte salve le competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dei rispettivi statuti e delle relative norme di attuazione.

3. Gli interventi che richiedono il coordinamento tra i diversi livelli di governo sono definiti mediante gli strumenti di leale collaborazione previsti dall'ordinamento.

4. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di livelli essenziali di assistenza, nonché le competenze attribuite alla contrattazione collettiva nazionale per la disciplina dei rapporti del personale del comparto e dell'Area Sanità e per la disciplina dei rapporti con i medici convenzionati con il Servizio sanitario nazionale.

Art. 9.

(Coordinamento delle risorse per il rafforzamento dell'assistenza pediatrica e il contrasto alle diseguaglianze territoriali)

1. Nell'ambito della definizione annuale degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, il Ministro della salute promuove, secondo le procedure previste dalla legislazione vigente e nel rispetto delle competenze regionali, l'individuazione di una specifica linea progettuale per il rafforzamento della continuità e dell'accessibilità dell'assistenza pediatrica nei territori caratterizzati da persistenti carenze professionali, fragilità demografica e difficoltà di accesso ai servizi.

2. Le risorse eventualmente destinate alla linea progettuale di cui al comma 1 sono determinate nell'ambito delle procedure di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nei limiti delle disponibilità finanziarie e senza pregiudizio per gli altri obiettivi prioritari già individuati.

3. Nell'ambito delle finalità e delle procedure di riparto previste dalla legislazione vigente, gli interventi integrativi di informazione, orientamento e accompagnamento delle famiglie nell'accesso ai servizi pediatrici e sociosanitari possono essere coordinati con quelli finanziati dal Fondo per le politiche della famiglia di cui all'articolo 19, comma 1, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, anche attraverso il raccordo tra Centri per la famiglia, consultori familiari e servizi sanitari territoriali.

4. Nei territori interessati dalla Strategia nazionale per le aree interne, gli interventi di cui alla presente legge possono essere coordinati con le strategie territoriali e le risorse destinate all'accessibilità dei servizi essenziali, nei limiti e secondo le condizioni di ammissibilità stabilite dai rispettivi strumenti di programmazione e finanziamento.

5. Le risorse di cui al presente articolo concorrono al finanziamento dei soli interventi ammissibili, subordinatamente

alla loro effettiva assegnazione e nel rispetto dei vincoli di destinazione, delle procedure di programmazione e rendicontazione e del divieto di doppio finanziamento. La presente disposizione non determina nuovi stanziamenti né autorizza l'assunzione di impegni di spesa eccedenti le risorse disponibili.

Art. 10.

(Disposizioni finanziarie)

1. Alla realizzazione degli interventi previsti dalla presente legge concorrono, nei limiti delle risorse effettivamente disponibili e delle rispettive finalità e condizioni di impiego, le risorse individuate e coordinate ai sensi dell'articolo 9.

2. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 9, dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono ai relativi adempimenti nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente. Le misure di cui agli articoli 2 e 5 sono attuate nel rispetto della disciplina vigente e degli accordi collettivi nazionali applicabili, nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

CONSIGLIO NAZIONALE DELL'ECONOMIA E DEL LAVORO
Villa Lubin – Viale David Lubin, 2 – 00196 Roma

Centralino (+39) 06.3692.1

segreteria.presidenza@cnel.it
segreteria.generale@cnel.it

protocollo@postacert.cnel.it

www.cnel.it