



Senato della Repubblica  
XVIII Legislatura

Fascicolo Iter  
**DDL S. 478**

Disposizioni in materia di definizione di età pediatrica e ampliamento della competenza assistenziale  
dei medici pediatri di libera scelta fino al compimento del diciottesimo anno d'età

# Indice

1. DDL S. 478 - XVIII Leg.....	1
1.1. Dati generali .....	2
1.2. Testi .....	3
1.2.1. Testo DDL 478 .....	4

## **1. DDL S. 478 - XVIII Leg.**

# 1.1. Dati generali

[collegamento al documento su www.senato.it](#)

Disegni di legge

Atto Senato n. 478

**XVIII Legislatura**

---

Disposizioni in materia di definizione di età pediatrica e ampliamento della competenza assistenziale  
dei medici pediatri di libera scelta fino al compimento del diciottesimo anno d'età

---

Iter

**1 agosto 2018:** assegnato (non ancora iniziato l'esame)

**Successione delle letture parlamentari**

**S.478**

**assegnato (non ancora iniziato l'esame)**

---

Iniziativa Parlamentare

[\*\*Paola Boldrini\*\*](#) ( [PD](#) )

**Cofirmatari**

[\*\*Gianni Pittella\*\*](#) ( [PD](#) ) (aggiunge firma in data 26 luglio 2018)

[\*\*Francesco Giacobbe\*\*](#) ( [PD](#) ) (aggiunge firma in data 26 luglio 2018)

[\*\*Andrea Ferrazzi\*\*](#) ( [PD](#) ) (aggiunge firma in data 26 luglio 2018)

[\*\*Valeria Valente\*\*](#) ( [PD](#) ) (aggiunge firma in data 26 luglio 2018)

[\*\*Giuseppe Luigi Salvatore Cucca\*\*](#) ( [PD](#) ) (aggiunge firma in data 26 luglio 2018)

[\*\*Vanna Iori\*\*](#) ( [PD](#) ) (aggiunge firma in data 26 luglio 2018)

[\*\*Alessandro Alfieri\*\*](#) ( [PD](#) ) (aggiunge firma in data 26 luglio 2018)

Natura

ordinaria

Presentazione

Presentato in data **7 giugno 2018**; annunciato nella seduta n. 10 del 12 giugno 2018.

Classificazione TESEO

PEDIATRI , MAGGIORE ETA' , ASSISTENZA SANITARIA

**Classificazione provvisoria**

Assegnazione

Assegnato alla [\*\*12<sup>a</sup> Commissione permanente \(Igiene e sanità\)\*\*](#) in sede redigente il 1 agosto 2018.

Annuncio nella seduta n. 30 del 2 agosto 2018.

Pareri delle commissioni 1<sup>a</sup> (Aff. costituzionali), 5<sup>a</sup> (Bilancio), 11<sup>a</sup> (Lavoro), Questioni regionali  
(aggiunto il 23 gennaio 2019; annunciato nella seduta n. 82 del 23 gennaio 2019)

## 1.2. Testi

## 1.2.1. Testo DDL 478

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Senato della Repubblica XVIII LEGISLATURA

N. 478

### DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **BOLDRINI , PITTELLA , GIACOBBE , FERRAZZI , VALENTE , CUCCA , IORI e ALFIERI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 7 GIUGNO 2018

Disposizioni in materia di definizione di età pediatrica e ampliamento della competenza assistenziale dei medici pediatri di libera scelta fino al compimento del diciottesimo anno d'età

Onorevoli Senatori. - In Italia sono oltre 1.500.000 i bambini che vengono ricoverati ogni anno in ospedale. Fino agli anni '60 l'Organizzazione mondiale della sanità definiva la pediatria come un'applicazione della medicina generale ai bambini e ben poco erano considerati i bisogni psicologici del bambino. Negli anni '70 studi specifici e ricerche, seminari e convegni organizzati in Italia ed all'estero relativi agli effetti dell'ospedalizzazione sul comportamento dei bambini hanno evidenziato che le caratteristiche peculiari dell'età pediatrica sono rappresentate essenzialmente dalla diversità del bambino non soltanto in relazione all'anatomia ma anche alla fisiologia, alla fisiopatologia, alla psicologia ed alle modalità di comunicazione e di relazione. Basti pensare, a mero titolo esemplificativo, alla difficoltà che spesse volte si incontrano nell'ottenere un'anamnesi accurata e, in alcune situazioni, ad eseguire un esame obiettivo accurato.

La definizione di età pediatrica non è univoca e dipende dal riferimento legislativo o scientifico preso in considerazione. Attualmente, si tendono a considerare le caratteristiche anatomiche, fisiologiche e cliniche del bambino piuttosto che l'età anagrafica. La Convenzione dell'Onu sui diritti dell'infanzia, approvata a New York il 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva in Italia dalla legge 27 maggio 1991, n. 176, riporta testualmente, all'articolo 1, che «si intende per fanciullo ogni essere umano avente un'età inferiore a diciott'anni, salvo se abbia raggiunto prima la maturità in virtù della legislazione applicabile». L'Unicef Italia, tuttavia, ha sottolineato come sarebbe preferibile tradurre il termine inglese «child» con «bambino, ragazzo e adolescente», anziché «fanciullo», come riporta la traduzione italiana pubblicata in *Gazzetta Ufficiale*. Nella Convenzione, d'altra parte, non è tralasciato di rimarcare l'esigenza che tutti i minori possano effettivamente aver accesso all'educazione, alla formazione e alle cure sanitarie, in modo da poter concretizzare un'integrazione sociale e uno sviluppo personale che siano i più completi possibile.

Anche a livello europeo il concetto di età pediatrica non è univoco. In uno studio del 2010 la *European Academy of Pediatrics* (Eap), nella valutazione comparata dei sistemi di ben ventinove Paesi, ha sottolineato come la maggioranza di questi (quindici) abbia definito l'età pediatrica fino a diciotto anni di età, mentre il restante 48 per cento si distribuisca lungo un asse temporale che va da un minimo di quattordici anni ad un massimo di diciannove. C'è da aggiungere - peraltro - come, in molti Paesi, l'età per i ricoveri ospedalieri o per le cure specializzate (ad esempio, nel caso di condizioni croniche) sia estesa fino all'età adulta e che tra i Paesi con definizione di età pediatrica inferiore ai diciotto anni la maggioranza abbia previsto un'estensione oltre i diciotto anni per le cure pediatriche in caso di ricovero ospedaliero. Negli Stati Uniti, invece, la situazione è abbastanza diversa: sono previsti alti livelli di cura ad altissimi costi per circa l'80 per cento dei pazienti in età pediatrica (zero-diciotto anni con l'intenzione della *American Academy of Pediatrics* di proseguire l'assistenza fino ai ventuno anni), ma permane almeno un 20 per cento di bambini ed adolescenti a cui non è assicurato alcun tipo di

assistenza pediatrica, fatte salve le urgenze in strutture ospedaliere statali.

In Italia l'articolo 1 del regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 17 gennaio 1997, n. 70, concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 72 del 27 marzo 1997, ha stabilito che l'infermiere pediatrico partecipi all'assistenza ambulatoriale, domiciliare e ospedaliera dei soggetti di età inferiore a diciotto anni affetti da malattie acute e croniche. Allo stato attuale, tuttavia, manca nell'ordinamento una definizione *ad hoc* di età pediatrica e negli accordi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta si definisce il pediatra di famiglia come «lo specialista formato specificamente per offrire la tutela della salute per tutto l'arco della crescita e dello sviluppo».

L'iscrizione al pediatra di libera scelta, o di famiglia, è obbligatoria fino all'età di sei anni, mentre nell'arco di tempo che va dai sei ai quattordici anni si può scegliere tra pediatra e medico di famiglia. La soglia dei quattordici rappresenta il limite in cui, di regola, scatta il passaggio al medico dell'adulto, tranne nel caso in cui siano presenti documentate patologie croniche, circostanza secondo la quale i genitori possono richiedere il mantenimento delle cure pediatriche fino ai sedici anni d'età. In via generale, quindi, il pediatra di famiglia è impegnato nella cura, nella prevenzione e nella riabilitazione di bambini e ragazzi tra zero e quattordici. Eppure l'intera età adolescenziale (sicuramente non prima dei diciotto anni) è un momento assai delicato nell'intero percorso di crescita e formazione, ed è innegabile come, all'interno di tale periodo inteso nella sua completezza, la tutela dell'integrità fisica e mentale di una persona attraversi momenti decisivi e determinanti per il proprio futuro.

Infatti, tutta una serie di comportamenti scorretti, assunti fin da giovani, può portare a conseguenze rilevanti, a volte irreparabili anche con il tempo, sullo stato di salute di un ragazzo. È indispensabile contrastare con ogni mezzo quei fittizi «rifugi» che i giovani trovano nel fumo, nell'abuso di alcol o nell'utilizzo di sostanze stupefacenti, pratiche che dimostrano, invece, come sia generalizzata e diffusa, a livello adolescenziale, la mancanza di conoscenza sui possibili effetti concreti (anche a lungo termine) di tali azioni. Le quali, molte volte, celano l'esclusiva volontà di un ragazzo di alienarsi da un determinato contesto (sociale o familiare, ad esempio), pur nella effettiva mancanza di consapevolezza di ciò a cui si sta sottoponendo il proprio corpo o il proprio intelletto. Valutazioni analoghe si estendono anche ai casi di disturbo dell'alimentazione, di abitudini sessuali rischiose e a fenomeni riprovevoli, in crescita nella società moderna, come quelli del bullismo e del cyberbullismo. Per fronteggiare e prevenire nel miglior modo possibile l'insorgere, lo stabilizzarsi e l'espandersi di simili problematiche, il ruolo del pediatra, in funzione di guida e di indirizzo preventivo, è fondamentale. Non affrontare tali criticità in maniera né tempestiva né opportuna significa rischiare di esporre l'adolescente a rilevanti pericoli per la propria salute e poter causare conseguenze non di risibile rilievo nell'età adulta. Alla luce di tali rilievi, il pediatra di famiglia appare senza dubbi, stante le caratteristiche proprie della professionalità, l'esperto in materia sanitaria in grado più d'ogni altro di monitorare le eventuali criticità connesse allo stato di salute di un ragazzo «in crescita», nonché la figura più adatta a valutare se e come intervenire convenientemente, qualora necessario. È il medico che, nella sostanza - grazie ad una prolungata osservazione del processo di crescita del paziente - meglio conosce il quadro anamnestico e sanitario complessivo. Eppure, nonostante i pediatri di libera scelta svolgano importantissime funzioni anche per la famiglia dell'assistito, come quelle di supporto e assistenza diretta verso le più bisognose e di costruzione di percorsi seri e strutturati verso una genitorialità consapevole, il numero dei professionisti in Italia, secondo alcune recenti stime della Società italiana medici pediatri, è in sensibile calo. Questo, certamente, inciderà sui percorsi di crescita dei nostri ragazzi che costruiscono la propria personalità nei primi anni di vita e la sedimentano nella successiva fase adolescenziale.

Quindi, con il fine di affrontare in maniera maggiormente conveniente le criticità suesposte, relative alle difficoltà fisiche, psicologiche e sociali proprie di una «fase di transizione» come quella adolescenziale, nonché per innovare ed adeguare l'ordinamento italiano tramite l'introduzione di previsioni normative che siano nella direzione che risulta essere quella «maggioritaria» nel contesto europeo, il presente disegno di legge, che consta di tre articoli, propone, innanzitutto, di definire *ex lege* il concetto di età pediatrica. Il secondo obiettivo, quindi, è quello di ampliare l'arco temporale in

cui si può esercitare la competenza assistenziale dei medici pediatri di libera scelta, portando il termine - coerentemente con quanto disposto dall'articolo 1 - fino al compimento del diciottesimo anno d'età. Con tale previsione si intende assicurare un percorso di assistenza che sia il più possibile incentrato sul criterio della continuità assistenziale, principio cardine ed ispiratore del seguente disegno di legge, tra la fase dell'infanzia e quella dell'adolescenza. In tale contesto non vanno neanche sottostimati, limitatamente all'ambito dell'assistenza ospedaliera, gli innumerevoli benefici derivanti dalla possibilità di ricovero degli adolescenti in strutture pediatriche. Infine, con l'articolo 3, si intende affrontare la questione del passaggio dell'assistito dal pediatra di famiglia al medico di medicina generale, momento particolarmente critico, in quanto la transizione non è regolata in via specifica. La norma introdotta è così intesa a fornire una risposta immediata all'esigenza di garantire il corretto passaggio di consegna tra medici, nelle more di implementazione del fascicolo elettronico. Per tale ragione si stabilisce, per il pediatra, l'obbligo di consegna della scheda clinica, al fine di favorire l'interesse sanitario del paziente.

## DISEGNO DI LEGGE

### Art. 1.

*(Definizione di età pediatrica)*

1. L'età compresa tra zero e diciotto anni si definisce età pediatrica.

### Art. 2.

*(Estensione della competenza assistenziale dei medici pediatri di libera scelta)*

1. La competenza assistenziale dei medici pediatri di libera scelta è fissata fino al compimento del diciottesimo anno di età.

### Art. 3.

*(Obbligo di consegna della cartella clinica)*

1. Nel momento del passaggio della competenza assistenziale, al fine di favorire l'interesse sanitario del paziente, il medico pediatra di libera scelta consegna al medico di medicina generale la cartella clinica dell'assistito, nonché ogni altra informazione utile alla presa in carico.

2. L'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta e l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, devono essere modificati in conformità alle disposizioni di cui agli articoli 2 e 3 della presente legge.

---

Il presente fascicolo raccoglie i testi di tutti gli atti parlamentari relativi all'iter in Senato di un disegno di legge. Esso e' ottenuto automaticamente a partire dai contenuti pubblicati dai competenti uffici sulla banca dati Progetti di legge sul sito Internet del Senato (<https://www.senato.it>) e contiene le sole informazioni disponibili alla data di composizione riportata in copertina. In particolare, sono contenute nel fascicolo informazioni riepilogative sull'iter del ddl, i testi stampati del progetto di legge (testo iniziale, eventuale relazione o testo-A, testo approvato), e i resoconti sommari di Commissione e stenografici di Assemblea in cui il disegno di legge e' stato trattato, sia nelle sedi di discussione di merito sia in eventuali dibattiti connessi (ad esempio sul calendario dei lavori). Tali resoconti sono riportati in forma integrale, e possono quindi comprendere contenuti ulteriori rispetto all'iter del disegno di legge.