



Senato della Repubblica
XVIII Legislatura

Fascicolo Iter
DDL S. 1827

Istituzione dello psicologo di cure primarie

18/12/2022 - 04:49

Indice

1. DDL S. 1827 - XVIII Leg.	1
1.1. Dati generali	2
1.2. Testi	3
1.2.1. Testo DDL 1827	4
1.3. Trattazione in Commissione	10
1.3.1. Sedute	11
1.3.2. Resoconti sommari	12
1.3.2.1. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita')	13
1.3.2.1.1. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 162 (ant.) del 10/09/2020	14
1.3.2.1.2. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 189 (ant.) del 04/05/2021	18
1.3.2.1.3. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 221 (ant.) del 05/05/2021	19
1.3.2.1.4. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 193 (pom.) del 25/05/2021	22
1.3.2.1.5. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 195 (pom.) dell'08/06/2021	23
1.3.2.1.6. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 199 (ant.) del 30/06/2021	24
1.3.2.1.7. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 216 (pom.) del 16/11/2021	25

1. DDL S. 1827 - XVIII Leg.

1.1. Dati generali

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

Disegni di legge
Atto Senato n. 1827
XVIII Legislatura

Istituzione dello psicologo di cure primarie

Iter

10 settembre 2020: in corso di esame in commissione

Successione delle letture parlamentari

S.1827

in corso di esame in commissione

Iniziativa Parlamentare

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

Cofirmatari

[Stefano Collina](#) ([PD](#)), [Valeria Fedeli](#) ([PD](#)), [Tatjana Rojc](#) ([PD](#)), [Alessandro Alfieri](#) ([PD](#)),
[Assuntela Messina](#) ([PD](#)), [Bruno Astorre](#) ([PD](#)), [Vincenzo D'Arienzo](#) ([PD](#)), [Alan Ferrari](#) ([PD](#)),
[Roberto Rampi](#) ([PD](#)), [Anna Rossomando](#) ([PD](#)), [Dario Stefano](#) ([PD](#)), [Gianni Pittella](#) ([PD](#)),
[Mauro Antonio Donato Laus](#) ([PD](#)), [Daniele Manca](#) ([PD](#)), [Caterina Biti](#) ([PD](#)), [Francesco
Giacobbe](#) ([PD](#)), [Luciano D'Alfonso](#) ([PD](#)), [Valeria Valente](#) ([PD](#)), [Vanna Iori](#) ([PD](#))

Natura

ordinaria

Presentazione

Presentato in data **25 maggio 2020**; annunciato nella seduta n. 221 del 26 maggio 2020.

Classificazione TESEO

PSICOLOGI , ASSISTENZA SANITARIA

Articoli

AZIENDE SANITARIE LOCALI (Artt.1-3), MEDICI MUTUALISTICI E CONVENZIONATI
(Art.3)

Relatori

Relatore alla Commissione Sen. [Giuseppe Pisani](#) ([M5S](#)) (dato conto della nomina il 10 settembre 2020) .

Assegnazione

Assegnato alla [12^a Commissione permanente \(Igiene e sanita'\)](#) in sede redigente il 3 settembre 2020. Annuncio nella seduta n. 253 del 3 settembre 2020.

Pareri delle commissioni 1^a (Aff. costituzionali), 5^a (Bilancio), Questioni regionali

1.2. Testi

1.2.1. Testo DDL 1827

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

Senato della Repubblica XVIII LEGISLATURA

N. 1827

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **BOLDRINI**, **COLLINA**, **FEDELI**, **ROJC**, **ALFIERI**, **Assuntela MESSINA**, **ASTORRE**, **D'ARIENZO**, **FERRARI**, **RAMPI**, **ROSSOMANDO**, **STEFANO**, **PITTELLA**, **LAUS**, **MANCA**, **BITI**, **GIACOBBE**, **D'ALFONSO**, **VALENTE** e **IORI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 25 MAGGIO 2020

Istituzione dello psicologo di cure primarie

Onorevoli Senatori. - L'evoluzione dei problemi di salute della popolazione ha portato a mettere sempre di più l'accento sul potenziamento dell'assistenza territoriale come primo e più immediato presidio per le azioni di prevenzione e promozione della salute e per quelle di cura ed assistenza. Il Patto per la salute 2014-2016 indicava tra i principali obiettivi quello del potenziamento dell'assistenza territoriale, evidenziando la necessità di un « modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché all'assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa di manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità ».

I nuovi LEA (definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario n. 15 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017) prevedono che « Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi ed attraverso i medici ed i pediatri convenzionati, la gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche secondo la migliore pratica ed in accordo con il malato, inclusi gli interventi e le azioni di promozione e di tutela globale della salute ».

L'assistenza di base deve garantire in particolare le seguenti attività e prestazioni: lo sviluppo e la diffusione della cultura sanitaria e la sensibilizzazione sulle tematiche attinenti all'adozione di comportamenti e stili di vita positivi per la salute; l'educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari, il *counselling* per la gestione della malattia o della disabilità e la prevenzione delle complicanze; l'attivazione di percorsi assistenziali a favore del bambino, che prevedano la presa in carico entro il primo mese di vita, in collaborazione con le strutture consultoriali ed ospedaliere, e a favore dell'adulto, anche attraverso la valutazione multidimensionale e la tenuta della scheda sanitaria, il consulto con lo specialista e la continuità assistenziale nelle fasi dell'accesso al ricovero ospedaliero, della degenza e in quella successiva alla dimissione, con particolare riguardo alle patologie ad andamento cronico ed evolutivo; il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale del bambino e la ricerca di fattori di rischio, con particolare riguardo alla individuazione precoce dei sospetti *handicap* neuro-sensoriali e psichici e alla individuazione precoce di problematiche anche socio-sanitarie (articolo 4 del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017). Del resto il Servizio sanitario nazionale (SSN), fin dalla sua istituzione, è stato orientato alla tutela e alla promozione della salute, piuttosto che esclusivamente alla diagnosi e alla cura: lo spostamento dell'asse dalla malattia alla salute e al « soggetto persona » ha determinato la necessità di un'attenzione costante e fondante anche alle componenti di ordine psicologico - sociali, relazionali e comportamentali - che influenzano lo stato di salute, così come la malattia e la molteplicità delle dimensioni correlate ai percorsi di cura. È oggi necessario, alla luce dei mutamenti della stessa società, dei contesti culturali ed economici, della globalizzazione anche dei sistemi comunicativi e informativi,

orientarsi in sanità verso programmi di promozione del benessere psichico e relazionale della comunità, ribaltando l'ottica di perseguire esclusivamente un modello centrato sulla malattia.

La psicologia è disciplina fortemente implicata nei processi di promozione della salute e dei sistemi di assistenza e la dimensione psicologica permea trasversalmente l'intera attività sanitaria, avendo al contempo una forte valenza di tipo sociale, che pone tali attività come una delle cerniere tra l'aspetto sanitario e sociale.

La riflessione sull'organizzazione dell'assistenza psicologica si colloca all'interno di uno scenario che ricomprende alcuni fattori di riferimento:

- crescita progressiva di domanda psicologica da parte di cittadini, istituzioni e operatori sanitari e sociali, in conseguenza della crescita della cultura di attenzione alle forme di tutela e promozione della salute;
- cambiamento degli scenari dei percorsi di cura, che richiamano con sempre più chiarezza all'attenzione alla qualità della cura, includendo l'aspetto psicologico e relazionale;
- attenzione nella definizione dei LEA ai bisogni di ambito psicologico e alla partecipazione attiva del paziente nei percorsi di cura;
- specializzazione e articolazione della domanda sia per quanto riguarda i settori di intervento (dalla prevenzione alla formazione alla clinica) sia per quanto riguarda la tipologia delle prestazioni;
- cambiamento della risposta sanitaria con caratteristiche di integrazione delle risorse e degli interventi;
- crescita della complessità del percorso formativo di base e specialistico per la professione psicologica.

Le attività psicologiche nei LEA ed i nuovi bisogni

I nuovi LEA delineano le attività psicologiche che devono essere svolte nel SSN e di particolare rilievo appaiono in questo ambito gli interventi psicologici previsti dai LEA per:

- a) maternità e paternità responsabile;
- b) tutela della salute della donna;
- c) assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro anche ai fini della prevenzione del correlato disagio psichico;
- d) problemi individuali e di coppia;
- e) adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche;
- f) minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi;
- g) nuclei familiari in condizioni di disagio;
- h) casi di violenza di genere e sessuale.

A ciò si aggiunga quanto indicato dal Piano nazionale della cronicità (PNC) approvato con l'accordo tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016, che promuove un « sistema di cure centrato sulla persona » (non più considerata « caso clinico », ma a sua volta come soggetto esperto in quanto portatore del sapere legato alla sua storia di « co-esistenza » con la cronicità), laddove « in tale concezione, le cure primarie costituiscono un sistema che integra, attraverso i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), gli attori dell'assistenza primaria e quelli della specialistica ambulatoriale, sia territoriale che ospedaliera e, in una prospettiva più ampia, anche le risorse della comunità (*welfare* di comunità). La costruzione di PDTA centrati sui pazienti è garanzia di effettiva presa in carico dei bisogni "globali" e di costruzione di una relazione empatica tra il *team* assistenziale e la persona con cronicità ed i suoi *caregiver* di riferimento ».

Il PNC indica come « un'adeguata gestione della cronicità necessita di un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale, multidisciplinare e multilivello, che possa permettere la realizzazione di progetti di cura personalizzati a lungo termine, la razionalizzazione dell'uso delle risorse e il miglioramento della qualità di vita, prevenendo le disabilità e la non autosufficienza. Inoltre, essa dovrà essere efficace, efficiente e centrata sui bisogni globali, non solo clinici ». Anche al fine di «

mantenere il più possibile la persona malata al suo domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione ». In tale ambito e con questo approccio è previsto l'apporto delle competenze psicologiche, in grado di valutare e intervenire sulle risorse soggettive (atteggiamenti, comportamenti) che possono prevenire la patologia o migliorarne la gestione.

La psicologia di cure primarie (PSICUP)

I fattori che hanno promosso a livello internazionale l'inserimento degli psicologi nell'assistenza primaria sono di natura:

- scientifica: le evidenze hanno mostrato il ruolo della dimensione soggettiva (psico-comportamentale) nella salute, nella malattia e nel processo di cura e l'interazione ed interdipendenza dello psichico con il biologico;
- epidemiologica: legata alla progressiva maggiore incidenza delle situazioni di cronicità (che richiedono una « gestione » attiva e consapevole della patologia da parte delle persone); alla diffusione dei disturbi misti, fisici funzionali e stress correlati che richiedono una risposta integrata, tempestiva e preventiva; al ruolo dei comportamenti ed atteggiamenti (stili di vita) sulla salute, che richiede l'adozione di strategie diffuse in grado di incidere sulla componente psico-comportamentale; all'aumento di forme di disagio psico-sociale e relazionale, che spesso evolvono in gravi problematiche e situazioni di devianza;
- socio-culturale: sono mutate le condizioni e le problematiche espresse dalla società e dalle comunità, la cui complessità richiede risposte più articolate ed integrate; la visione della salute, i bisogni espressi dalle persone nella malattia e nella cura, le richieste di intervento, includono sempre più esplicitamente la componente psicologica;
- economica: è stato dimostrato che dare una risposta più appropriata ai bisogni e problemi produce risparmi effettivi perché gli interventi risultano più efficaci ed efficienti. L'esclusiva medicalizzazione o la non risposta a problemi a forte componente psicologica produce un incremento dei costi sanitari e sociali, come acclarato da molti studi. Viceversa, una risposta pertinente, integrata e tempestiva risulta fortemente virtuosa dal punto di vista economico ed in grado di produrre risparmi effettivi, aumentando la sostenibilità del sistema. Esempio eclatante è il progetto « *Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)* » attivato dal Governo inglese che ha coinvolto 6.000 psicoterapeuti per terapie brevi (Clark, 2011) su circa 600.000 persone, con un risparmio di 272 milioni di sterline per il sistema sanitario pubblico (<http://www.iapt.nhs.uk/about-iapt/>);
- organizzativa: nell'ambito di un sistema per la salute che ricerca l'ottimizzazione, il rafforzamento in termini di integrazione e capacità di appropriatezza dell'assistenza primaria è un *goal* centrale.

L'obiettivo della psicologia di cure primarie è quello di garantire benessere psicologico di qualità nella medicina di base, sul territorio, vicino alla realtà di vita dei pazienti, alle loro famiglie e alle loro comunità. Il compito della PSICUP è quindi quello di fornire un primo livello di servizi di cure psicologiche, di qualità, accessibile, efficace, *cost effective* ed integrato con gli altri servizi sanitari, caratterizzato dunque anche da costi contenuti e contraddistinto da una rapida presa in carico del paziente.

Se si vuole un sistema di cure primarie utile ed efficace, l'attenzione alla componente psicologica della salute è fondamentale, e non si tratta solo di offrire cure al disturbo psicologico o di trattare il problema individuale. Si tratta di occuparsi del benessere e della salute psicofisica dei cittadini di un territorio, dei membri di una comunità, in modo equo e accessibile, per fornire a tutti indistintamente cura e terapia, ma anche per promuovere consapevolezza, promozione di salute e adozione di comportamenti positivi.

L'accesso volontario e diretto ad uno psicologo, in grado di dare risposta ad un disagio di origine non biologica, è reso, però, estremamente difficile sia da un pregiudizio sociale ancora diffuso che dalla assenza di tale professionalità nell'ambito dell'assistenza primaria. Questo fa sì che il contatto con l'utente, laddove il medico di assistenza primaria ne riscontri l'utilità, avvenga in genere in fasi del disagio drammaticamente tardive, con il rischio che sintomi e disturbi si cronicizzino, con perdite significative di quote di efficacia ed efficienza.

È, quindi, evidente la necessità di creare una situazione in cui l'ascolto e il sostegno psicologico appaia chiaramente come qualcosa previsto per tutti e non per una categoria particolare di persone. Per questi motivi, unire nello stesso ambito le risposte ai bisogni fisici e relazionali dei pazienti consente di intercettare rapidamente e con miglior efficacia i disagi emotivi, migliora la comunicazione tra professionisti, incentiva il lavoro di prevenzione e di comunicazione tra servizi, migliora l'alleanza terapeutica e riduce anche la spesa farmaceutica e l'eccessiva prescrizione di esami.

Appare inoltre significativo - sulla scorta delle esperienze già effettuate a livello internazionale e nazionale - il ruolo che lo psicologo di cure primarie può svolgere come consulente e facilitatore nel lavoro degli altri operatori sanitari e sociali, com'è proprio delle competenze e delle attività psicologiche.

Tematiche specifiche dell'età pediatrica

Le esperienze negative nei primi anni di vita incidono - come ormai ampiamente dimostrato:

- sulla qualità dello sviluppo nonché sulle condizioni di vita e salute nelle fasi successive della vita. Gli studi di epigenetica hanno consentito di superare la storica contrapposizione « genetico-acquisito » mostrando l'interazione tra genoma ed esperienze di vita nel modulare l'espressione genica e quindi l'espressione fenotipica a tutti i livelli.

I LEA prevedono « interventi psicologici e psicoterapici per minori e famiglie in condizioni di disagio » (articolo 24) e si stima che una condizione negativa (trascuratezza grave e maltrattamento psicologico, fisico o abuso sessuale) comporti un costo medio per anno che va dai 2.300 ai 3.400 euro nell'età adulta (di tipo sociale e sanitario). In relazione all'incidenza riscontrata di queste situazioni nello studio (7 per cento abuso sessuale, 9 per cento maltrattamento fisico, 25 per cento emozionale) sono stati valutati, rispettivamente, i seguenti costi per ogni milione di persone: 111, 88 e 341 milioni di euro. Una stima per la popolazione italiana, a prevalenza invariata, si tradurrebbe, rispettivamente, in una spesa pari a 6, 6, 5, 3 e 20 miliardi di euro (Lazzari, 2018).

L'*American Academy of Pediatrics* stima (2018) che circa il 25 per cento dei soggetti entro i 18 anni ha un problema di tipo psicologico, mentre la *Mental Health Commission* del Regno Unito riporta che un minore su 10 tra i 5 e i 16 anni ha un disturbo clinico (disturbo della condotta, disturbo ansioso, depressivo, ADHD e altri) mentre, nella fascia 5-10 anni, il 5 per cento ha un disturbo clinico e circa il 20 per cento difficoltà a livello subclinico che influenzeranno la salute e gli adattamenti successivi (Khan et al., 2014).

La prevenzione e gli interventi a più alto valore aggiunto nel rapporto costi-benefici sono quelli sui minori ed esistono evidenze sugli indicatori di rischio da valutare e le strategie di intervento.

I minori con un disturbo o un forte disagio psicologico hanno degli importanti fattori di rischio rispetto agli altri: ad esempio una probabilità doppia di lasciare la scuola, 4 volte quella di strutturare una dipendenza da sostanze, da 5 a 10 volte di ammalarsi di una patologia cronica, 6 volte di morire prematuramente o 20 volte di compiere atti antisociali (*National Institute for Clinical Excellence, NICE*, 2017).

Inoltre, al di là delle diagnosi e della presenza di specifici disturbi, spesso arrivano all'osservazione del pediatra di libera scelta (PLS) situazioni francamente disfunzionali dal punto di vista della genitorialità rispetto ai minori e tali da determinare situazioni di disagio psicologico negli stessi.

Oltre all'incremento di queste situazioni nell'età pediatrica abbiamo i disturbi e le patologie proprie di questa fascia d'età, che spesso determinano una forte risonanza a livello familiare e possono condizionare lo sviluppo futuro del minore. E' evidente che in tale ambito, soprattutto per le situazioni più delicate dal punto di vista clinico, che richiedono un impegno emotivo e gestionale da parte della famiglia e che condizionano la vita del piccolo paziente con cure spesso invasive, prolungate o con necessità di peculiari adattamenti di tipo psicologico (relazionale e comportamentale) diviene importante un aiuto di tipo psicologico.

Si ritiene quindi che i criteri e il modello di intervento dello psicologo di cure primarie, qui delineato, sia applicabile - pur con le dovute specificità - nella collaborazione con i pediatri di libera scelta.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. In attuazione dell'articolo 1, comma 1, della legge 8 novembre 2012, n. 189, e dell'articolo 12 della legge 25 giugno 2019, n. 60, in ogni azienda sanitaria locale è istituito il servizio di psicologia di cure primarie, strutturato a livello di distretto sanitario, caratterizzato da costi contenuti e contraddistinto da una rapida presa in carico della persona, con il compito di garantire benessere psicologico di qualità nella medicina di base, nei servizi e presidi sanitari e socio-sanitari territoriali in prossimità alla realtà di vita dei cittadini, delle famiglie e delle comunità, garantendo un primo livello di servizi di cure psicologiche di qualità, accessibile, efficace, economicamente efficiente e integrato con gli altri servizi sanitari e socio-sanitari, sviluppando una rete di collaborazione con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, nonché con gli altri professionisti sanitari e socio-sanitari presenti sul territorio.

2. Il servizio di cui al comma 1:

- a) eroga il primo livello di prevenzione e cure psicologiche di prossimità in integrazione con gli altri servizi e presidi sanitari e socio-sanitari presenti in ambito distrettuale nell'ottica di un'organizzazione della prevenzione ed assistenza psicologica a livelli crescenti di intervento per rispondere alla domanda di cura dei disturbi mentali ad uno stadio iniziale al fine di intervenire precocemente per limitare o eliminare il disagio psichico dell'individuo ed i conseguenti costi sociali ed economici in caso di assenza di un intervento primario;
- b) interviene per prevenire e diminuire il peso crescente dei disturbi psicologici della popolazione, costituendo un filtro sia per l'accesso ai livelli secondari di cure che per il pronto soccorso;
- c) organizza e gestisce l'assistenza psicologica di base promuovendo e realizzando l'integrazione funzionale con i servizi specialistici di secondo livello di salute mentale, psicologia, psicologia ospedaliera, psicoterapia e degli altri servizi sanitari e socio-sanitari;
- d) organizza e gestisce l'assistenza psicologica domiciliare;
- e) realizza l'integrazione con i servizi specialistici di ambito psicologico e della salute mentale di secondo livello e con i servizi sanitari più generali.

Art. 2.

1. Le aree di intervento su cui lo psicologo di cure primarie è chiamato ad intervenire sono le seguenti:

- a) problemi legati all'adattamento quali lutti, perdita del lavoro, separazioni e malattie croniche;
- b) problemi legati a fasi del ciclo di vita;
- c) disagi emotivi transitori ed eventi stressanti;
- d) sostegno psicologico alle diagnosi infauste e alla cronicità o recidività delle malattie;
- e) scarsa aderenza alla cura;
- f) richiesta impropria di prestazioni sanitarie;
- g) supporto all'*équipe* dei professionisti sanitari.

2. L'attività dello psicologo di cure primarie è finalizzata:

- a) nella prevenzione primaria a identificare precocemente e intervenire tempestivamente sulle situazioni e sulle problematiche psico-sociali;
- b) nella prevenzione secondaria ad attuare un intervento di primo livello nei casi di sofferenza psicologica già in atto;
- c) a gestire problemi legati all'adattamento, a fasi del ciclo di vita e a disagi emotivi transitori;
- d) a procedere a un invio appropriato ai servizi socio-sanitari, anche specialistici e territoriali, formali o informali;
- e) a contribuire a progetti di prevenzione della malattia e di promozione ed educazione alla salute;
- f) ad affiancare il medico nella gestione del paziente;
- g) ad offrire un supporto al personale sanitario in caso di presenza di conflittualità e rapporti difficili

con l'utenza afferente al suo studio o con gli altri membri dell'*équipe* ambulatoriale;

h) a mantenere il contatto con i servizi specialistici e con i servizi sociali territoriali.

3. Il servizio di psicologia di cure primarie sviluppa un rapporto strategico con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta per intervenire sui sintomi psichici di lieve o media entità o sintomi fisici i quali, a seguito di idonei accertamenti diagnostici e clinici, non risultino ascrivibili a patologie organiche producendo somatizzazioni di ansia o stati depressivi e, a tal fine, opera di norma nelle unità complesse di cure primarie in collaborazione con le aggregazioni funzionali territoriali di cui alla legge 8 novembre 2012, n. 189.

4. Gli aspetti funzionali di integrazione e di collaborazione tra medici e psicologi nelle cure primarie sono ricompresi in tre percorsi operativi:

a) invio da parte del medico direttamente allo psicologo, cui segue la presa in carico integrata;

b) trattamento congiunto, in cui il medico e lo psicologo valutano contestualmente il paziente, indicato per le patologie organiche invalidanti ad elevato carico emozionale per persone con eventi di vita traumatici e nei casi di persone poco motivate;

c) consulenze specifiche: situazioni in cui il medico chiede allo psicologo:

1) di individuare e condividere strategie di intervento e indicatori rispetto alla salute psicologica della persona in famiglia;

2) di analizzare le dinamiche che limitano il mantenimento dello stile di vita e lo stato di salute della persona in famiglia;

3) di avere un confronto su problematiche relazionali con la persona o un supporto nella presa in carico di persone ad alta intensità emotiva.

Art. 3.

1. Afferiscono al servizio di psicologia di cure primarie gli psicologi dirigenti dipendenti, gli psicologi con rapporto convenzionale della specialistica ambulatoriale e gli psicologi assunti con formazione post-laurea specifica in cure primarie. Questi ultimi sono assunti con fondi propri dalle regioni, in un rapporto di riferimento di uno psicologo ogni cinque medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, anche con rapporto di lavoro flessibile in attesa che venga stipulato uno specifico accordo nazionale unico della psicologia delle cure primarie ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 78.

2. Al fine di ottimizzare la presenza e l'utilizzo degli psicologi dipendenti e convenzionati, le aziende sanitarie locali ed ospedaliere, nell'adozione dell'atto aziendale, istituiscono il Dipartimento aziendale di psicologia, all'interno del quale è ricondotto anche il servizio di psicologia di cure primarie, la cui direzione è affidata ad un dirigente psicologo.

1.3. Trattazione in Commissione

1.3.1. Sedute

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

Disegni di legge
Atto Senato n. 1827
XVIII Legislatura

Istituzione dello psicologo di cure primarie

Trattazione in Commissione

Sedute di Commissione primaria

Seduta

12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') in sede redigente

[N. 162 \(ant.\)](#)

10 settembre 2020

[N. 189 \(ant.\)](#)

4 maggio 2021

Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') (sui lavori della Commissione)

[N. 221 \(ant.\)](#)

5 maggio 2021

12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') in sede redigente

[N. 193 \(pom.\)](#)

25 maggio 2021

Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

[N. 195 \(pom.\)](#)

8 giugno 2021

Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

[N. 199 \(ant.\)](#)

30 giugno 2021

Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

[N. 216 \(pom.\)](#)

16 novembre 2021

Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

1.3.2. Resoconti sommari

1.3.2.1. 12[^] Commissione permanente (Igiene e sanita')

1.3.2.1.1. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 162 (ant.) del 10/09/2020

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
GIOVEDÌ 10 SETTEMBRE 2020
162^a Seduta

Presidenza della Presidente
PARENTE

Interviene il vice ministro della salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 8,40.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

La **PRESIDENTE** comunica che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata richiesta, relativamente alle procedure informative all'ordine del giorno, l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha preannunciato il proprio assenso.

Poiché non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per le procedure informative all'ordine del giorno.

PROCEDURE INFORMATIVE

Interrogazione

Il vice ministro SILERI risponde come di seguito riportato all'interrogazione n. 3-01556, delle senatrici Boldrini e Iori, sul fabbisogno di medici specializzati.

L'articolo 35, comma 1, del decreto legislativo n. 368 del 1999 prevede che, con cadenza triennale ed entro il 30 aprile del terzo anno, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano individuino il fabbisogno dei medici specialisti da formare, comunicandolo al Ministero della salute, che interpella successivamente la Federazione Nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Inoltre, il Ministero della salute, di concerto con altri Ministeri, entro il 30 giugno del terzo anno, determina, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, e le Province autonome di Trento e Bolzano, per ogni tipologia di specializzazione, il numero globale dei medici da formare annualmente.

Per ciò che concerne il triennio accademico 2017-2020, in data 21 giugno 2018 è stato sancito l'Accordo Stato-Regioni nel quale, per l'anno accademico 2019/2020 (che avrà inizio il 1° novembre p.v.), il fabbisogno complessivo di medici specialisti da formare è stato determinato in complessive 8.604 unità, da soddisfare, in tutto o in parte, compatibilmente con le risorse economiche messe a disposizione dallo Stato.

Tuttavia, a causa della situazione emergenziale in corso e tenuto conto dell'incremento del numero dei posti letto di terapia intensiva e sub intensiva, disposto dall'articolo 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 - convertito con la legge 17 luglio 2020, n. 77, il Ministero della salute, nello scorso mese di maggio, ha appositamente chiesto al Coordinamento tecnico della Commissione Salute di sapere se, per l'anno accademico 2019/2020, le Regioni e Province autonome ritenessero che il fabbisogno, a suo tempo definito, dovesse essere oggetto di rivalutazioni.

Sul punto, la Regione Veneto, in qualità di soggetto preposto al coordinamento del tavolo tecnico interregionale - area risorse umane formazione e fabbisogni formativi - sentite in via preliminare tutte le Regioni e Province autonome - ha fornito riscontro nel giugno successivo, comunicando la rideterminazione del fabbisogno di medici specialisti da formare per l'anno accademico 2019/2020, stimata in 12.867 unità, ossia 4.263 unità in più rispetto al fabbisogno determinato per il medesimo anno accademico con il richiamato Accordo Stato-Regioni del 21 giugno 2018.

Nel mese di maggio, il Ministero dell'economia e finanze aveva comunicato che, per l'anno accademico 2019-2020, risultava finanziariamente sostenibile l'ammissione al primo anno di formazione specialistica di 9.200 nuovi specializzandi, dato che, all'epoca dei fatti, non erano ancora state emanate le disposizioni di cui all'articolo 5 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito con la legge 17 luglio 2020, n. 77.

Quest'ultimo ha autorizzato un'ulteriore spesa di 105 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020 e 2021 e di 109,2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2022, 2023 e 2024, da destinare al finanziamento dei contratti di formazione medico-specialistica; ciò consente di finanziare, per l'anno accademico 2019/2020, ulteriori 4.200 contratti di formazione specialistica per un intero ciclo di studi, per un numero complessivo di 13.400 contratti (9.200 + 4.200), al netto dei finanziamenti regionali o di altri Enti.

In ragione di ciò, per accogliere in via prioritaria totalmente le richieste delle Regioni, una volta soddisfatto il suddetto fabbisogno di 12.857 unità, si è valutato di distribuire gli ulteriori 533 contratti (dati dalla differenza tra i 13.400 contratti finanziabili ed i 12.867 contratti che rappresentano il fabbisogno regionale) tra le scuole di specializzazione maggiormente coinvolte nella emergenza Covid 19 e tenendo conto dell'art. 2 del citato decreto-legge.

In considerazione della circostanza che con l'Accordo Stato - Regioni del 21 giugno 2018 il fabbisogno di specialisti da formare per l'anno accademico 2019-2020 era stato fissato in 8.604 unità, a seguito della rideterminazione del fabbisogno, viste le disposizioni di cui all'articolo 35, comma 1, del decreto legislativo n. 368 del 1999, si è reso necessario procedere ad un nuovo Accordo Stato - Regioni, specificamente volto a definire il nuovo fabbisogno di medici specialisti da formare per l'anno accademico 2019/2020.

Detto Accordo - è stato sancito il 9 luglio 2020 (Rep Atti 111/CSR).

Tramite esso, oltre ad essere stato soddisfatto in pieno - sia in termini assoluti sia per ogni singola specialità - (per complessive 12.867 unità) il fabbisogno di medici specialisti da formare, così come espresso dalle Regioni - si è incrementato ulteriormente - per complessive 533 unità - il numero dei contratti da assegnare alle scuole di specializzazione ritenute di particolare impatto nell'emergenza Covid-19, quali quelle di anestesia, rianimazione, terapia intensiva e del dolore, malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie dell'apparato respiratorio, malattie infettive e tropicali, medicina di emergenza ed urgenza, medicina interna, microbiologia e virologia, patologia clinica e biochimica clinica, radiodiagnostica, igiene e medicina preventiva, ematologia, geriatria. Per tali specializzazioni è stato utilizzato, come criterio di distribuzione, anche il peso del disavanzo del fabbisogno - rispetto al numero di contratti assegnati - cumulato negli anni accademici 2017/2018 e 2018/2019 per ciascuna delle succitate specializzazioni.

In merito alle attività ed agli obiettivi dell'Osservatorio Nazionale, l'AGENAS ha predisposto una bozza di programma operativo, che tiene conto delle disposizioni normative adottate per fronteggiare lo stato emergenziale derivante dall'epidemia pandemica dovuta al COVID-19.

Detto programma riveste una peculiare natura strategica ai fini della programmazione sanitaria, e necessita del concomitante impegno e della costante collaborazione delle varie Istituzioni coinvolte.

Le esigenze legate al fabbisogno del personale sanitario e la necessità di predisporre adeguati strumenti operativi, informativi e di indirizzo negli ambiti delle diverse fasi dei lavori, hanno determinato la previsione dell'istituzione di un tavolo inter-istituzionale, con il compito di monitorare l'implementazione degli strumenti citati a cura delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano.

Da ultimo, quanto alle iniziative per porre fine allo stato di commissariamento di AGENAS e per rendere pienamente operativa la medesima Agenzia, l'articolo 31 del decreto-legge n. 104 del 2020, attualmente in conversione al Senato, prevede che nel termine dei trenta giorni dall'entrata in vigore dello stesso decreto, si proceda con la nomina del Direttore generale e del Presidente; con il perfezionamento delle predette nomine cessa il commissariamento dell'Agenzia. Allo stato, risultano avviate entrambe le procedure per la nomina.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) ringrazia il rappresentante del Governo per la puntualità della risposta, della quale si dichiara soddisfatta.

La [PRESIDENTE](#) dichiara concluse le procedure informative all'ordine del giorno.

IN SEDE CONSULTIVA

(1928) Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 luglio 2020, n. 83, recante misure urgenti connesse con la scadenza della dichiarazione di emergenza epidemiologica da COVID-19 deliberata il 31 gennaio 2020, approvato dalla Camera dei deputati
(Parere alla 1a Commissione. Seguito e conclusione dell'esame. Parere favorevole)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta di ieri.

La [PRESIDENTE](#) dichiara aperta la discussione generale. Quindi, preso atto che non vi sono richieste d'intervento, dichiara conclusa tale fase procedurale e, in qualità di relatrice, propone di esprimere parere favorevole.

Si passa alle dichiarazioni di voto.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (FIBP-UDC), in riferimento alla proroga dello stato di emergenza e all'adozione delle misure correlate, osserva che, pur essendo giusto non abbassare la guardia in questa fase, occorre evitare l'alimentazione di un clima di terrore, che non è giustificato dai numeri sull'andamento dei contagi e nuoce gravemente al settore del turismo. Sottolinea che altri Paesi europei, caratterizzati da una situazione epidemiologica peggiore di quella italiana, hanno evitato la proroga dello stato di emergenza.

Sul piano del metodo, stigmatizza l'atteggiamento del Governo, che persevera nell'errore di non coinvolgere adeguatamente il Parlamento. Ricorda le contraddizioni in cui sono incorsi Governo, Regioni e Comitato tecnico scientifico durante la gestione della fase emergenziale.

Trova mortificante che si addivenga alla proroga dello stato di emergenza senza predisposizione di un piano per il *post* Covid e richiama, a titolo di esempio, il caos che si sta registrando in relazione al riavvio delle attività scolastiche, a suo avviso ascrivibile, in larga parte, alla responsabilità della ministra Azzolina.

Dichiara a nome del proprio Gruppo voto contrario.

La senatrice [FREGOLENT](#) (L-SP-PSd'Az) annuncia che la sua parte politica esprimerà un voto contrario, ritenendo criticabili sia i contenuti del provvedimento in esame sia il metodo che il Governo si ostina a seguire, caratterizzato dal respingimento sistematico delle proposte dell'opposizione e dalla mancata messa a disposizione delle informazioni necessarie all'attività del Parlamento.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) sottolinea che il provvedimento in esame è volto, in sostanza, al coordinamento di tutti i precedenti decreti-legge in materia di Covid-19, adottati in una fase in cui la situazione epidemiologica era in continua evoluzione.

Dopo aver ricordato che le misure interessate dal provvedimento sono prorogate al 15 ottobre 2020, in correlazione con la proroga dello stato di emergenza epidemiologica, richiama l'attenzione sulla particolare importanza delle disposizioni concernenti le attività convegnistiche di educazione continua in medicina, il lavoro agile, la distribuzione dei medicinali da parte delle farmacie. Quanto alla tutela dei lavoratori fragili, ricorda che vi è l'intenzione di intervenire in sede di conversione del "decreto agosto".

Quindi, dato atto alle forze di opposizione dell'atteggiamento responsabile serbato durante la trattazione del provvedimento in esame, dichiara a nome del proprio Gruppo voto favorevole.

La senatrice [PIRRO](#) (M5S), nell'associarsi all'intervento della senatrice Boldrini, rimarca che le proroghe disposte dal decreto-legge in conversione, correlate, come già ricordato, alla proroga dello stato di emergenza, sono necessarie per fare in modo che il Paese sia pronto ad affrontare un eventuale nuovo picco di contagi.

Dissente sulle critiche politiche rivolte alla ministra Azzolina, pur ritenendole legittime, mentre deplora gli attacchi di stampo sessista dei quali la stessa è fatta segno, talora perfino in ambito istituzionale.

Annuncia che il suo Gruppo esprimerà un voto favorevole.

Non essendovi altre richieste d'intervento, previa verifica del numero legale, è posta ai voti ed approvata la proposta di parere avanzata dalla relatrice.

IN SEDE REDIGENTE

(1827) Paola BOLDRINI ed altri. - Istituzione dello psicologo di cure primarie
(Discussione e rinvio)

Il relatore [Giuseppe PISANI](#) (M5S) illustra il disegno di legge in titolo.

La [PRESIDENTE](#), al termine dell'esposizione, prende atto che i Gruppi concordano sull'opportunità di svolgere un ciclo di audizioni informative ed invita a far pervenire le relative proposte entro le ore 14 del prossimo 25 settembre.

In risposta ad una richiesta di delucidazioni avanzata dalla senatrice [RIZZOTTI](#) (FIBP-UDC), ricorda che il provvedimento in discussione è stato iscritto all'ordine del giorno in conformità a quanto convenuto in sede di Ufficio di Presidenza nella riunione dello scorso 18 giugno.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

La seduta termina alle ore 9,20.

1.3.2.1.2. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 189 (ant.) del 04/05/2021

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 189
MARTEDÌ 4 MAGGIO 2021

Presidenza della Vice Presidente
[BOLDRINI](#)

Orario: dalle ore 10,30 alle ore 12,30

*AUDIZIONI INFORMALI, IN VIDEOCONFERENZA, NELL'AMBITO DELL'ESAME DEI DISEGNI
DI LEGGE NN. 1827 (ISTITUZIONE PSICOLOGO CURE PRIMARIE) E 869 (PREVENZIONE
MALATTIE CARDIOVASCOLARI)*

[VIDEO DDL 1827](#)
[VIDEO DDL 869](#)

1.3.2.1.3. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanità) - Seduta n. 221 (ant.) del 05/05/2021

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
MERCOLEDÌ 5 MAGGIO 2021
221^a Seduta

Presidenza della Presidente
[PARENTE](#)

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 8,40.

IN SEDE DELIBERANTE

(1441) *Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Gallinella e Chiara Gagnarli; Minardo; Mulè ed altri; Rizzetto ed altri; Misiti ed altri; Paola Frassinetti ed altri; Leda Volpi ed altri; Rizzo Nervo ed altri*

(320) **MARSILIO.** - *Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero*

(947) *Cinzia LEONE ed altri.* - *Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni sul territorio nazionale*

(1410) *Paola BOLDRINI ed altri.* - *Disposizioni in materia di diffusione dei defibrillatori semiautomatici o automatici esterni*

(1501) *Sonia FREGOLENT ed altri.* - *Modifiche alla legge 3 aprile 2001, n. 120, in materia di utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedalieri*

- e delle petizioni nn. 97, 98 e 355 ad essi attinenti

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 29 settembre 2020.

La [PRESIDENTE](#) comunica che non sono ancora pervenuti i prescritti pareri della Commissione bilancio su testo ed emendamenti. Chiede al rappresentante del Governo di aggiornare la Commissione in merito alla predisposizione della relazione tecnica.

Il sottosegretario SILERI, dopo aver riepilogato le finalità, i contenuti e l'*iter* del disegno di legge n. 1441, dà conto delle iniziative assunte per superare i rilievi formulati dal Ministero dell'economia e delle finanze, con nota del 21 luglio 2020, in ordine agli impatti finanziari del provvedimento. Riferisce che è stata indetta una riunione, in data 8 aprile 2021, con tutti i Ministeri coinvolti, per risolvere le criticità riscontrate e rendere possibile una celere approvazione del provvedimento.

Fa presente che, a seguito della predetta riunione, si è provveduto all'aggiornamento della relazione tecnica originariamente redatta, che è stata trasmessa nel nuovo testo, con nota del 16 aprile 2021, alla Presidenza del Consiglio dei ministri ed al Ministero dell'economia e delle finanze. La stessa relazione tecnica è stata poi ulteriormente aggiornata, a seguito di nuove integrazioni pervenute dal Ministero dell'Istruzione, ed è stata ritrasmessa, nel testo definitivo, con nota del 21 aprile 2021. Attualmente è all'esame del Ministero dell'economia e delle finanze.

In conclusione, il Sottosegretario evidenzia che le disposizioni del disegno di legge in esame, come emerso nel corso delle interlocuzioni tra i Dicasteri interessati, sono essenzialmente formulate nel senso della facoltà e non dell'obbligo di diffondere l'utilizzo dei defibrillatori.

La [PRESIDENTE](#), dopo aver ringraziato il rappresentante del Governo, ribadisce l'auspicio che il provvedimento in discussione - che ricorda essere molto atteso e sostenuto da tutti i Gruppi - possa completare quanto prima il proprio *iter*.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

IN SEDE REDIGENTE

(189) Maria RIZZOTTI ed altri. - Introduzione dell'articolo 580-bis del codice penale, concernente il reato di istigazione al ricorso a pratiche alimentari idonee a provocare l'anoressia o la bulimia, nonché disposizioni in materia di prevenzione e di cura di tali patologie e degli altri disturbi del comportamento alimentare

(903) Caterina BINI ed altri. - Disposizioni in materia di prevenzione e di cura delle patologie e dei disturbi del comportamento alimentare

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta dell'11 giugno 2019.

La [PRESIDENTE](#) comunica che non sono ancora pervenuti i prescritti pareri della Commissione bilancio su testo ed emendamenti. Chiede al rappresentante del Governo di aggiornare la Commissione in merito alla predisposizione della relazione tecnica.

Il sottosegretario SILERI ricorda come, già in qualità di Presidente della Commissione, si sia adoperato per rendere possibile il completamento dell'*iter* dei provvedimenti in discussione. Riferisce, quindi, che la relazione tecnica, a suo tempo predisposta dal Ministero della salute e inviata al Ministero dell'economia e delle finanze, è stata oggetto di rilievi da parte del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, concernenti: l'incoerenza delle disposizioni di cui trattasi rispetto all'assetto del Servizio sanitario nazionale (SSN), con la previsione dell'attivazione di nuovi centri di cura dedicati; la mancanza di armonizzazione rispetto alle cure che il medesimo SSN garantisce alle persone affette da anoressia e bulimia nell'ambito delle patologie croniche ed invalidanti, con possibili effetti di duplicazioni di funzioni; l'incoerenza rispetto alle definizioni delle patologie comprese nelle Classificazioni internazionali vigenti; la sussistenza di nuovi e maggiori oneri derivanti dal provvedimento, non quantificati né coperti.

Fa presente che, alla luce di tali rilievi, sono state esperite diverse verifiche - sinora rivelatesi infruttuose - finalizzate a superare le criticità indicate.

Si svolge quindi un dibattito incidentale, nel quale intervengono le senatrici [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*) (che reputa grave la chiusura del Governo rispetto al disegno di legge in esame, che attiene in definitiva alla più ampia problematica della salute mentale), [CASTELLONE](#) (*M5S*) (che fa proprio il

rilievo della precedente oratrice e invita la Commissione a far sentire la propria voce perché siano individuate le necessarie coperture) e [FREGOLENT](#) (*L-SP-PSd'Az*) (che manifesta disappunto per il fatto che, in questa come in altre occasioni, un provvedimento condiviso da tutte le forze parlamentari sia bloccato da ostacoli di natura tecnica).

La [PRESIDENTE](#), ringraziato il sottosegretario Sileri, esprime l'auspicio che le criticità fatte rilevare dalla Ragioneria Generale dello Stato possano essere approfondite e superate.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

IN SEDE CONSULTIVA

(2169) Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2019-2020, approvato dalla Camera dei deputati (Relazione alla 14a Commissione. Seguito dell'esame e rinvio)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta del 20 aprile.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che il relatore Doria ha illustrato il provvedimento. Dichiarò quindi aperta la discussione generale.

Non essendoci richieste di intervento, il seguito dell'esame è rinviato.

SULLA PUBBLICAZIONE DI DOCUMENTI ACQUISITI NEL CORSO DELLE AUDIZIONI

La [PRESIDENTE](#) comunica che, nel corso delle audizioni svolte ieri in sede di Ufficio di Presidenza, nell'ambito dell'esame del disegno di legge n. [1827](#) (istituzione psicologo cure primarie), è stata consegnata documentazione che, ove nulla osti, sarà resa disponibile per la pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione, al pari dell'ulteriore documentazione che verrà eventualmente consegnata in relazione al menzionato disegno di legge.

La Commissione prende atto.

La seduta termina alle ore 9,15.

1.3.2.1.4. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 193 (pom.) del 25/05/2021

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 193
MARTEDÌ 25 MAGGIO 2021

Presidenza della Presidente
[PARENTE](#)

Orario: dalle ore 14,30 alle ore 15,10

*AUDIZIONE INFORMALE, IN VIDEOCONFERENZA, NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL
DISEGNO DI LEGGE N. 1827 (ISTITUZIONE PSICOLOGO CURE PRIMARIE)*

[VIDEO](#)

1.3.2.1.5. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 195 (pom.) dell'08/06/2021

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 195
MARTEDÌ 8 GIUGNO 2021

Presidenza della Vice Presidente
[BOLDRINI](#)

Orario: dalle ore 15 alle ore 15,50

*AUDIZIONI INFORMALI, IN VIDEOCONFERENZA, NELL'AMBITO DELL'ESAME DEI DISEGNI
DI LEGGE NN. 913 (ESERCIZIO FISICO) E 1827 (ISTITUZIONE PSICOLOGO CURE PRIMARIE)*

[VIDEO DDL 913](#)
[VIDEO DDL 1827](#)

1.3.2.1.6. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 199 (ant.) del 30/06/2021

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 199
MERCOLEDÌ 30 GIUGNO 2021

Presidenza della Presidente
[PARENTE](#)

Orario: dalle ore 11 alle ore 12,40

*AUDIZIONI INFORMALI, IN VIDEOCONFERENZA, NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO
DI LEGGE N. 1827 (ISTITUZIONE DELLO PSICOLOGO DI CURE PRIMARIE)*

[VIDEO](#)

1.3.2.1.7. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 216 (pom.) del 16/11/2021

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 216
MARTEDÌ 16 NOVEMBRE 2021

Presidenza della Presidente
[PARENTE](#)

Orario: dalle ore 14 alle ore 14,40

*AUDIZIONE INFORMALE, IN VIDEOCONFERENZA, NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL
DISEGNO DI LEGGE N. 1827 (ISTITUZIONE DELLO PSICOLOGO DI CURE PRIMARIE)*

[VIDEO](#)

