



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

**n. 86**

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)**

**DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE**

241<sup>a</sup> seduta: martedì 13 luglio 2021

Presidenza del presidente PARENTE

## I N D I C E

## DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE

**(869) Sonia FREGOLENT ed altri. – Norme in materia di prevenzione delle malattie cardiovascolari**

(Seguito della discussione e rinvio)

PRESIDENTE . . . . . Pag. 3, 4, 5

BOLDRINI (PD) . . . . . 3

MARINELLO (M5S), relatore . . . . . 4

SILERI, sottosegretario di Stato per la salute . . . . . 5

**(1346) MARINELLO ed altri. – Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare**

**(1751) Paola BOLDRINI ed altri. – Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità**

(Seguito della discussione e rinvio)

PRESIDENTE . . . . . Pag. 6

**(2255) Deputato Paolo RUSSO. – Disposizioni per la cura delle malattie rare e per il**

**sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani**, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Paolo Russo; Fabiola Bologna ed altri; De Filippo ed altri; Maria Teresa Bellucci; Panizzut ed altri

**(146) DE POLI ed altri. – Disposizioni in favore della ricerca sulle malattie rare, della loro prevenzione e cura, per l'istituzione di un fondo a ciò destinato nonché per l'estensione delle indagini diagnostiche neonatali obbligatorie**

**(227) Paola BINETTI e DE POLI. – Disposizioni in favore della ricerca sulle malattie rare, della loro prevenzione e cura, nonché istituzione dell'Agenzia nazionale per le malattie rare**

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE . . . . . Pag. 6

ALLEGATO (contiene i testi di seduta) . . . . . 7

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.*

*I lavori hanno inizio alle ore 15,40.*

#### **DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE**

**(869) Sonia FREGOLENT ed altri. – Norme in materia di prevenzione delle malattie cardiovascolari**

(Seguito della discussione e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge n. 869, sospeso nella seduta dell'8 luglio scorso.

Ricordo che è in corso la discussione generale, nella quale sono già intervenute le senatrici Cantù, Binetti e Fregolent.

BOLDRINI (PD). Signor Presidente, abbiamo già fatto una serie di audizioni concernenti il disegno di legge in esame, in materia di prevenzione delle malattie cardiovascolari. Premetto subito che il provvedimento è assolutamente condivisibile, perché tutto ciò che previene o può prevenire eventuali malattie, in questo caso cardiovascolari, ci trova ovviamente d'accordo.

Il programma che è stato presentato prevede una sorta di *screening*, con la considerazione di alcuni parametri per prevenire eventuali rischi cardiovascolari, dalle conseguenze potenzialmente letali. Sotto questo profilo, il programma va sicuramente bene, anche perché all'articolo 3 si prevede di inserirlo nel vigente Piano nazionale della prevenzione 2020-2025, che quindi si andrebbe ad implementare.

Mi corre l'obbligo di sottolineare che successivamente valuterò con il mio Gruppo, anche a seguito delle domande che ho posto durante le audizioni, la possibilità di presentare degli emendamenti con riferimento alla tipologia dei test che devono essere effettuati. Infatti, come ho già evidenziato, oltre ad alcuni indicatori come la glicemia e la pressione, che devono essere sottoposti a *screening* periodici sempre ai fini della prevenzione, e abitudini come il fumo, la cattiva alimentazione e la sedentarietà, uno degli aspetti importanti da considerare è il sesso dei pazienti. Sappiamo molto bene, infatti, che nelle donne il rischio cardiovascolare è più elevato se non vengono considerati determinati parametri. Lo dico a ragion veduta: si tratta di parametri importanti. Ancora oggi si parla della medicina di genere, come si è fatto al convegno Women20, all'interno del G20.

Abbiamo già ascoltato alcuni professionisti nel corso delle audizioni, ma sicuramente audiremo altri specialisti (tra cui vorrei proporre la convocazione del dottor Gabrielli) per capire come integrare il disegno di

legge in esame, tramite emendamenti, e apportare i necessari aggiornamenti al fine di proteggere tutta la popolazione di una certa età (qui si parla dello *screening* Cardio50), con parametri atti a individuare con maggiore appropriatezza i soggetti da sottoporre allo *screening*. Faremo questa discussione quando arriverà il momento di esaminare gli emendamenti, per valutare come integrare alcune parti.

Com'è stato detto durante le audizioni sul PNRR, la prevenzione, ossia come arrivare prima che si sviluppino determinate malattie, è fondamentale, in quanto è vero che lo stile di vita è essenziale per mantenersi in salute, ma a volte si ha la sfortuna di incappare in una certa malattia a prescindere dallo stile di vita, perché purtroppo può capitare. In questi casi la prevenzione è molto importante.

Come legislatori ci assumiamo la responsabilità di influire su tutta la popolazione attraverso provvedimenti di legge, ma questo deve andare di pari passo con il lavoro, a scalare, di tutte le strutture territorialmente più vicine ai cittadini, come le aziende sanitarie, i presidi e i dipartimenti di igiene pubblica che si occuperanno poi di metterli in pratica. Se riusciamo a fare un buon lavoro iniziale, che è la cosa più importante, otterremo sicuramente gli obiettivi che riteniamo importanti per la prevenzione dei nostri cittadini.

Preannuncio quindi che presenteremo alcune proposte di modifica, a nome del Gruppo che rappresento, insieme ai colleghi Iori e Comincini. Lo faremo al momento opportuno, non appena il Presidente ci comunicherà il termine per la presentazione degli emendamenti.

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione generale.

MARINELLO, *relatore*. Signor Presidente, *in primis* mi vorrei complimentare con la prima firmataria del disegno di legge in esame, la senatrice Fregolent, per come ha affrontato la problematica al nostro esame, ossia la prevenzione delle malattie cardiovascolari nei pazienti cinquantenni.

Ho letto attentamente il testo del disegno di legge, che mi sembra abbastanza completo, anche se, come diceva la senatrice Boldrini, tutto si può sempre migliorare ed emendare. Vorrei però focalizzare l'attenzione su un fatto molto importante: le malattie cardiovascolari rappresentano sicuramente la prima causa di morte nel mondo, ma dobbiamo considerare anche che le condizioni attuali di vita sono diverse dal passato, pertanto l'età media dei soggetti a rischio è aumentata. Ciò ha determinato anche l'emergere delle cosiddette cardiopatie strutturali, precisamente le malattie degenerative delle valvole cardiache.

Cosa bisogna fare? È necessario attuare un'adeguata terapia di prevenzione, come giustamente diceva la senatrice Boldrini, innanzitutto per adeguare il proprio stile di vita all'età. Occorre infatti mettere in evidenza che un signore di sessanta o settant'anni non può fare le stesse at-

tività fisiche di quando ne aveva venti; se però fa una moderata attività fisica, amatoriale e non competitiva, migliora il proprio stato di salute.

Naturalmente queste condizioni devono essere applicate a seguito di uno *screening* di base, che consiste innanzitutto nella visita del medico di medicina generale, che conosce la problematica del paziente in esame, e nel controllo della pressione arteriosa omerale, che è fondamentale, onde riscontrare valori al di sopra degli *standard* mondiali. Dobbiamo considerare che, come si è detto sempre, con l'invecchiamento delle arterie, il processo di aterosclerosi e l'aumento delle resistenze a livello periferico, non vanno presi a riferimento i valori di 150 di massima pressione sistolica e 80 di minima diastolica, perché la pressione arteriosa deve aumentare, quasi in senso compensatorio, certamente senza superare determinati limiti. È quindi fondamentale un controllo da parte del medico curante, comprensivo di un elettrocardiogramma, per evidenziare eventuali patologie silenziose, che il paziente non conosce, tramite l'osservazione del ritmo cardiaco, del segmento ST e dell'onda P (valutando se si presenta come uncinata o meno), parametri che indicano il quadro di carattere generale.

Fondamentale è seguire una dieta mediterranea, evitando l'eccesso di grassi alimentari e di carboidrati, ma soprattutto – come è risaputo – il sale da cucina, perché il sodio, specie a livello delle piccole terminazioni periferiche, determina un richiamo di acqua, aumentando lo spessore della parete dell'intima e riducendo il lume del vaso; di conseguenza, con l'aumento delle resistenze, aumenterà anche la pressione arteriosa. È fondamentale controllare il peso corporeo ed evitare il fumo di sigaretta, un altro elemento cui occorre stare molto attenti. Queste informazioni e questi provvedimenti dovranno essere estesi a macchia d'olio su tutto il territorio nazionale, affinché siano garantite adeguate condizioni sanitarie sia al Nord che al Sud.

Ritorno quindi a complimentarmi con la prima firmataria del disegno di legge in esame. Allo stesso tempo, invito tutti i senatori a rispondere all'appello della senatrice Boldrini, presentando emendamenti migliorativi.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, mi associo alle considerazioni del relatore Marinello e ringrazio per il lavoro svolto sul provvedimento in discussione.

PRESIDENTE. Propongo di fissare il termine per la presentazione di emendamenti e ordini del giorno alle ore 12 del prossimo martedì 27 luglio.

Se non vi sono osservazioni, così rimane stabilito.

Rinvio il seguito della discussione del disegno di legge in titolo ad altra seduta.

*(1346) MARINELLO ed altri. – Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare*

*(1751) Paola BOLDRINI ed altri. – Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità*

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione congiunta dei disegni di legge nn. 1346 e 1751, sospesa nella seduta del 24 giugno scorso.

Comunico che sono stati presentati emendamenti, che sono in distribuzione e che verranno pubblicati in allegato, di cui propongo di svolgere la fase di illustrazione e discussione nella seduta antimeridiana di domani, già convocata alle ore 8,30, affinché tutti possiamo prendere cognizione dei testi.

Se non vi sono obiezioni, così rimane stabilito.

Rinvio il seguito della discussione congiunta dei disegni di legge in titolo ad altra seduta.

*(2255) Deputato Paolo RUSSO. – Disposizioni per la cura delle malattie rare e per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani*, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Paolo Russo; Fabiola Bologna ed altri; De Filippo ed altri; Maria Teresa Bellucci; Panizzut ed altri

*(146) DE POLI ed altri. – Disposizioni in favore della ricerca sulle malattie rare, della loro prevenzione e cura, per l'istituzione di un fondo a ciò destinato nonché per l'estensione delle indagini diagnostiche neonatali obbligatorie*

*(227) Paola BINETTI e DE POLI. – Disposizioni in favore della ricerca sulle malattie rare, della loro prevenzione e cura, nonché istituzione dell'Agenzia nazionale per le malattie rare*

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione congiunta dei disegni di legge nn. 2255, 146 e 227, sospesa nella seduta del 23 giugno scorso.

Ricordo che oggi, in sede di Ufficio di Presidenza, si è concluso il ciclo di audizioni informali a suo tempo deliberato e che i soggetti che avevano richiesto di essere auditi dalla Commissione, al di fuori delle indicazioni dei Gruppi, sono stati invitati a far pervenire contributi scritti.

Dichiaro aperta la discussione generale.

Non essendovi iscritti a parlare, rinvio il seguito della discussione congiunta ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 15,55.*

ALLEGATO

**EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE****N. 1346****Art. 1.****1.1**

BOLDRINI

*Al comma 1, dopo le parole: «dei servizi» inserire le seguenti: «, anche a domicilio della persona e della famiglia, nonché dei presidi distrettuali delle aziende sanitarie di cui all'articolo 3-quater del decreto legislativo n. 502 del 1992» e sopprimere le parole: «territoriali di assistenza domiciliare.*

---

**1.2**

CANTÙ, FREGOLENT, DORIA, LUNESU, MARIN

*Al comma 1, dopo le parole: «dei servizi territoriali» aggiungere le seguenti: «e distrettuali di famiglia e comunità, elettivamente di prevenzione e».*

*Conseguentemente, al titolo del disegno di legge, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti: «e comunità».*

---

**1.3**

CANTÙ, FREGOLENT, DORIA, LUNESU, MARIN

*Al comma 1 aggiungere in fine le seguenti parole: «, al fine di assicurarne la piena accessibilità, in condizioni di uguaglianza e appropriatezza, in attuazione degli articoli 3 e 32 della Costituzione.».*

---

**1.4**

CANTÙ, FREGOLENT, DORIA, LUNESU, MARIN

*Dopo il comma 1, inserire il seguente:*

«1-bis. Per le finalità di cui alla presente legge nell'ambito del settore delle cure primarie secondo principi di organizzazione distrettuale territoriale, è istituita la figura dell'infermiere di famiglia e comunità inteso come professionista erogatore del servizio infermieristico di prevenzione, assistenza e cure domiciliari, in sinergia con la rete dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e di continuità assistenziale».

*Conseguentemente, al titolo del disegno di legge, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti: «e comunità».*

---

**1.5**

DE CARLO, ZAFFINI

*Dopo il comma 1, aggiungere il seguente comma:*

«2. La presente legge ha come ulteriore finalità di creare le condizioni per un rapporto proficuo tra il paziente e le istituzioni sanitarie e socio sanitarie.

---

**Art. 2.****2.1**

BOLDRINI

*Sostituire l'articolo, con il seguente:*

«Art. 2. – (*Infermiere di famiglia e di comunità*) – 1. È istituita la funzione specialistica di infermiere di famiglia e di comunità con i seguenti compiti:

a) è responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito comunitario, compreso quello familiare, operando in collaborazione con un'équipe multidisciplinare al fine di favorire la soddisfazione dei bisogni di salute degli individui e delle famiglie e di gestire le malattie e le disabilità croniche;

b) in autonomia e in collaborazione con altre figure professionali, fornisce consigli sugli stili di vita e sui fattori di rischio;

c) gestisce l'assistenza infermieristica alla persona con malattia cronica nelle diverse fasi di evoluzione della malattia, sostenendo la sua rete parentale e di *caregiving*;

d) si rende garante della presa in carico del paziente lungo l'intero percorso assistenziale e della continuità delle cure, promuovendo la cooperazione tra gli operatori coinvolti nel percorso di cura; effettua educazione terapeutica rendendosi altresì garante dell'adesione dei pazienti ai necessari controlli periodici, nonché della cura e della rilevazione, al loro insorgere, dei problemi sanitari delle famiglie attraverso la valutazione infermieristica precoce;

e) identifica gli effetti dei fattori socio- economici sulla salute della famiglia e attiva l'intervento o l'inserimento nella rete dei servizi territoriali; è responsabile dell'assistenza infermieristica rivolta alle persone e alle famiglie in ambito comunitario, nonché dei modelli assistenziali proposti, con attenzione agli aspetti preventivi, curativi e riabilitativi clinico-assistenziali e psicoeducativi, in una prospettiva multidisciplinare;

f) analizza i bisogni del paziente e della famiglia e garantisce sul territorio la continuità assistenziale contribuendo alla promozione della salute;

g) è responsabile della gestione dei processi assistenziali sanitari e socio-sanitari nell'ambito della comunità, prendendo in carico la persona con i suoi bisogni assistenziali, definendo gli interventi in collaborazione con il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta o il consulente medico specialista, sostenendo l'integrazione delle attività di altri operatori sanitari e socio-sanitari, nonché occupandosi dell'educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari;

h) favorisce l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi e lo sviluppo di capacità di autocura nella gestione di malattie croniche con interventi educativi e di *counseling*;

i) valuta l'efficacia degli interventi e delle iniziative messi in atto rapportandoli agli *standard* di qualità, migliorando l'efficacia e l'appropriatezza delle terapie, l'accesso ai servizi, l'*empowerment* del cittadino e la programmazione sanitaria stessa;

j) agisce in stretta collaborazione con il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e gli altri componenti della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, secondo strategie integrate.

2. La funzione specialistica dell'infermiere di famiglia e di comunità prevede una formazione *post lauream*, successiva alla laurea in professioni sanitarie infermieristiche, incentrata su obiettivi e programmi di tutela della salute e in grado di abilitare il professionista a svolgere funzioni con assunzione diretta di elevate responsabilità più complesse e specialistiche rispetto a quelle previste dal profilo professionale disciplinato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 739.

3. Il rapporto di lavoro è in regime di dipendenza a tal fine sono stabilite dalla contrattazione collettiva il trattamento economico, le modalità

lavorative dell'incarico di alta professionalità di infermiere di famiglia e di comunità, anche in deroga alla modalità oraria di lavoro, prevedendo a tal fine il lavoro per progetti e obiettivi.».

*Conseguentemente, all'articolo 4, comma 1, lettera a), dopo le parole: «di famiglia» inserire le seguenti: «, in particolare degli infermieri di famiglia e di comunità».*

---

## 2.2

CANTÙ, FREGOLENT, DORIA, LUNESU, MARIN

*Sostituire il comma 1 con il seguente:*

«1. L'infermiere di famiglia e comunità è il professionista dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario di riferimento ivi comprese le cure domiciliari del paziente».

*Conseguentemente:*

– *alla rubrica dell'articolo, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti «e comunità»;*

– *al titolo del disegno di legge, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti «e comunità».*

---

## 2.3

MARINELLO, CASTELLONE, ENDRIZZI, MAUTONE, PIRRO

*Sostituire il comma 1 con il seguente:*

«1. L'infermiere di famiglia o di comunità è il professionista in possesso della laurea in infermieristica, responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità della popolazione di uno specifico ambito distrettuale territoriale e comunitario di riferimento ivi comprese le cure domiciliari del paziente».

---

## 2.4

IL RELATORE

*Al comma 1, dopo le parole: «infermiere di famiglia» inserire le seguenti: «o di comunità».*

*Conseguentemente:*

- a) *inserire, ovunque ricorrano, dopo le parole: «infermiere di famiglia» le seguenti: «o di comunità»;*
  - b) *nel Titolo, dopo le parole: «infermiere di famiglia» inserire le seguenti: «o di comunità».*
- 

## 2.5

UNTERBERGER, STEGER, DURNWALDER, LANIECE, BRESSA

*Apportare le seguenti modificazioni:*

- a) *al comma 1 aggiungere, in fine, le seguenti parole: «e della continuità assistenziale.»;*
- b) *sostituire il comma 2 con il seguente:*

«2. Per cura domiciliare si intende la modalità di assistenza sanitaria erogata al domicilio del paziente dall'infermiere in autonomia o in collaborazione con altre professioni sanitarie e sociali, alternativa al ricovero ospedaliero o presso la residenza per anziani, destinata a persone con patologie trattabili a domicilio volta a favorire la permanenza del paziente nel proprio ambiente.».

---

## 2.6

ZAFFINI

*Al comma 1, aggiungere, in fine, le seguenti parole: «ed agisce in continuità assistenziale ed in coordinamento con gli altri settori del Sistema Sanitario Regionale.».*

---

## 2.7

CANTÙ, FREGOLENT, DORIA, LUNESU, MARIN

*Sostituire il comma 2 con il seguente:*

«2. Per cure domiciliari assegnate all'infermiere di famiglia e comunità si intendono interventi di assistenza sanitaria, preventiva, alternativa o successiva al ricovero ospedaliero, erogata in collaborazione con il medico di medicina generale e con il pediatra di libera scelta presso il domicilio del paziente, in presenza di patologie trattabili a domicilio e che non richiedano il ricovero ospedaliero.».

*Conseguentemente:*

- *alla rubrica dell'articolo, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti: «e comunità»;*
  - *al titolo del disegno di legge, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti: «e comunità».*
- 

## **2.8**

LANIECE, DURNWALDER, STEGER, UNTERBERGER, BRESSA

*Apportare le seguenti modifiche:*

- a) *Alla rubrica, dopo le parole: «di famiglia» sono inserite le seguenti: «e di continuità»;*
  - b) *al comma 2, dopo le parole: «del paziente» sono inserite le seguenti: «e nelle strutture residenziali».*
- 

## **2.9**

MARINELLO, CASTELLONE, ENDRIZZI, MAUTONE, PIRRO

*Al comma 2, sostituire le parole: «dall'infermiere in collaborazione con il medico di famiglia, alternativa» con le seguenti: «dall'infermiere di famiglia o di comunità in collaborazione con i medici di medicina generale e con gli altri professionisti che operano sul territorio, alternativa o successiva».*

---

## **2.10**

CANTÙ, FREGOLENT, DORIA, LUNESU, MARIN

*Sopprimere il comma 3.*

---

## **2.11**

CANTÙ, FREGOLENT, DORIA, LUNESU, MARIN

*Dopo il comma 3, inserire il seguente:*

«3-bis. Per le finalità di cui al presente articolo, gli infermieri di famiglia e comunità sono individuati tra i dipendenti delle aziende sanitarie o tra i professionisti convenzionati con l'azienda sanitaria. Il numero degli infermieri di famiglia e comunità è definito secondo standard di fabbisogno».

gno che tengono conto delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche del territorio.».

*Conseguentemente:*

– *alla rubrica dell'articolo, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti: «e comunità»;*

– *al titolo del disegno di legge, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti: «e comunità».*

---

## 2.12

CANTÙ, FREGOLENT, DORIA, LUNESU, MARIN

*Dopo il comma 3, inserire il seguente:*

«3-bis. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 554, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, sono apportate le modifiche ai livelli essenziali di assistenza, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, al fine da adeguarli a quanto previsto dalla presente legge.».

---

## 2.13

DE CARLO, ZAFFINI

*Dopo il comma 3, aggiungere il seguente comma:*

«4. L'infermiere di famiglia è responsabile della spesa farmaceutica inerente agli ausili e farmaci che vengono usati nelle cure domiciliari.».

---

## 2.0.1

CANTÙ, FREGOLENT, DORIA, LUNESU, MARIN

*Dopo l'articolo, inserire il seguente:*

### «Art. 2-bis.

*(Organizzazione e struttura del sistema di assistenza infermieristica domiciliare)*

1. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, negli atti di programmazione sanitaria, definiscono gli assetti organizzativi e gestio-

nali del sistema di assistenza domiciliare, su base regionale, interprovinciale o di provincia autonoma, nel rispetto dei seguenti principi:

- a) appropriatezza, uniformità e qualità delle cure domiciliari erogate sull'intero territorio regionale;
- b) gestione integrata delle condizioni di cronicità in piena collaborazione con i medici di medicina generale e gli altri professionisti della sanità al fine di garantire la condivisione dei protocolli di cura;
- c) coordinamento dell'organizzazione delle cure domiciliari rispetto alle esigenze complessive del territorio.

2. Il sistema di assistenza infermieristica domiciliare è organizzato per ambiti territoriali, sulla base degli standard minimi normativi nazionali di riferimento, degli indirizzi e della programmazione regionale, sulla base della densità abitativa.».

## 2.0.2

### PARENTE

*Dopo l'articolo, inserire il seguente:*

#### **«Art. 2-bis.**

*(Osservatorio permanente)*

1. È istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, presso il Ministero della salute, un osservatorio permanente per monitorare lo stato di attuazione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità.

2. L'Osservatorio svolgerà le seguenti funzioni:

a) rilevare il livello d'implementazione e di sviluppo dell'infermiere di famiglia e di comunità anche in rapporto alla ristrutturazione più complessiva dell'assistenza territoriale socio-sanitaria, alla costituzione di team multi professionali e ai bisogni di formazione delle professioni infermieristiche;

b) rilevare eventuali criticità e proporre relative azioni di miglioramento da implementare.

3. L'Osservatorio riferisce alle Camere, con cadenza almeno annuale, i risultati della propria attività e formula osservazioni e proposte sugli effetti, sui limiti e sull'eventuale necessità di adeguamento della legislazione vigente inerente l'infermiere di famiglia e di comunità.

4. L'Osservatorio è costituito attraverso un Decreto del Ministro della Salute entro 60 giorni dalla pubblicazione della presente Legge ed è composto da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di

Sanità, dell'Agenas, della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, dell'ANCI e della Federazione Nazionale Ordini professioni infermieristiche ed è presieduto dal Ministro della Salute o da un suo delegato. Ai componenti dell'Osservatorio non spetta alcun compenso, indennità, gettone di presenza, rimborso spese o emolumento comunque denominato. L'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo non deve comportare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica ed è assicurata con le risorse finanziarie, umane e strumentali previste a legislazione vigente.».

---

### Art. 3.

#### 3.1

CANTÙ, FREGOLENT, DORIA, LUNESU, MARIN

*Al comma 1, dopo le parole: «degli infermieri di famiglia», ovunque ricorrono, inserire le seguenti: «e comunità».*

*Conseguentemente, al titolo del disegno di legge, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti: «e comunità».*

---

#### 3.0.1

CANTÙ, FREGOLENT, DORIA, LUNESU, MARIN

*Dopo l'articolo, inserire il seguente:*

#### «Art. 3-bis.

*(Integrazione tra infermiere di famiglia e comunità, medico di famiglia e comunità, rete ospedaliera e territorio)*

1. Anche in previsione di emergenze epidemiologiche e nel quadro degli investimenti realizzati in attuazione del Programma nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), ai sensi del regolamento (UE) n. 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 febbraio 2021, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adeguano la rete dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e di continuità assistenziale in integrazione distrettuale con le prestazioni rese dall'infermiere di famiglia e comunità attraverso la Centrale Operativa Territoriale con protocolli nazionali cure domiciliari adottate dal Ministero della salute, su proposta

dell'Istituto superiore di sanità e sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, nel quadro del piano nazionale di sorveglianza attiva e genomica e di monitoraggio delle interazioni con il sistema immunitario e con i farmaci, da aggiornare con cadenza annuale per la prevenzione di eventuali pandemie e corrispondendo alla necessità di:

a) garantire un servizio di continuità delle cure domiciliari con copertura oraria dalle 8 alle 20;

b) rafforzare l'integrazione operativa tra le aggregazioni funzionali territoriali della medicina generale e il sistema di assistenza infermieristica domiciliare attraverso la condivisione di piattaforme informatiche o telematiche e la realizzazione di ambulatori anche mobili, secondo le specificità territoriali, per potenziare il filtro diagnostico e ridurre gli accessi inappropriati ai pronto soccorso ospedalieri;

c) creare un servizio *Second Opinion Supporting* (SOS) di teleassistenza e supporto consulenziale tra infermiere di famiglia e comunità, medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, specialisti ospedalieri e di IRCCS.».

*Conseguentemente:*

– alla rubrica dell'articolo, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti: «e comunità»;

– al titolo del disegno di legge, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti: «e comunità».

---

## Art. 4.

### 4.1

CANTÙ, FREGOLENT, DORIA, LUNESU, MARIN

*Al comma 1 apportare le seguenti modificazioni:*

a) alla lettera a), aggiungere in fine le seguenti parole: «e comunità»;

b) alla lettera b), capoverso «1-bis»:

1) all'alinea, dopo le parole: «all'infermiere di famiglia» aggiungere le seguenti: «e comunità»;

2) sostituire la lettera b) con la seguente:

«b) garantire l'erogazione dell'assistenza infermieristica alle famiglie e alle comunità che necessitano di interventi specifici»;

3) *alla lettera f) dopo le parole: «partecipare alle attività di prevenzione» aggiungere le seguenti: «ai diversi livelli primaria, secondaria e terziaria»;*

4) *alla lettera g) dopo le parole: «formazione continua.» aggiungere il periodo: «La formazione dell'infermerie di famiglia e comunità si sviluppa a livello accademico, in percorsi post-laurea abilitante.».*

*Conseguentemente, al titolo del disegno di legge, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti: «e comunità».*

---

## 4.2

UNTERBERGER, STEGER, DURNWALDER, LANIECE, BRESSA

*Apportare le seguenti modificazioni:*

a) *al comma 1, lettera b), capoverso 1-bis, sostituire la lettera a) con la seguente:*

«a) identificare e valutare lo stato di salute, i rischi e i bisogni sanitari e socio-sanitari degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale e di comunità attraverso un accertamento precoce ed un approccio di sanità di iniziativa;»;

b) *al comma 1, lettera b), capoverso 1-bis, sopprimere la lettera g);*

c) *al comma 1, lettera b), capoverso 1-bis, dopo la lettera h), inserire la seguente:*

«h-bis) favorire la dimissione anticipata di persone dall'ospedale garantendone la presa in carico a domicilio;»;

d) *al comma 1, lettera b), capoverso 1-bis, sostituire la lettera i) con la seguente:*

«i) elaborare, svolgere e partecipare a percorsi di ricerca, elaborando dati epidemiologici, sociodemografici e clinici in relazione a specifici obiettivi conoscitivi e assistenziali e rendendone disponibili i risultati.».

---

**4.3**

MARINELLO, CASTELLONE, ENDRIZZI, MAUTONE, PIRRO

*Al comma 1, lettera b), capoverso «1-bis», sostituire la lettera a) con la seguente:*

«a) identificare e valutare lo stato di salute e i bisogni degli individui in collaborazione con i medici di medicina generale e con gli altri professionisti che operano sul territorio».

---

**4.4**

LANIECE, DURNWALDER, STEGER, UNTERBERGER, BRESSA

*Al comma 1, capoverso 1-bis, lettera a), le parole: «lo stato di salute» sono sostituite dalle seguenti: «i bisogni assistenziali».*

---

**4.5**

DE CARLO, ZAFFINI

*Al comma 1, lettera b), capoverso comma 1-bis, lettera h), dopo le parole: «alle famiglie» aggiungere le parole: «alle scuole».*

---

**4.6**

DE CARLO, ZAFFINI

*Al comma 1, lettera b), capoverso comma 1-bis, aggiungere le seguenti lettere:*

«l) provvedere ad una eventuale presenza e impiego di infermieri di comunità nei plessi scolastici e la reintroduzione del medico scolastico, che potranno agire pro-attivamente e non solo su chiamata per formare e verificare la corretta applicazione delle misure anti-COVID19, mettendo anche a disposizione la propria professionalità per la salute e i bisogni assistenziali degli alunni e del personale docente e collaboratori scolastici anche non COVID19, allertando e attivando in caso di necessità il medico del dipartimento di prevenzione a cui il plesso scolastico fa riferimento.

*m) programmare la creazione di un team medico/sanitario comunale, formato dai PLS, Medici di medicina generale e infermieri di comunità, al fine di avere un quadro territoriale completo in termini di prevenzione, tutela sanitaria e gestione sanitaria.*

n) rendere, a tutte le studentesse e studenti, obbligatoria la formazione, in termini di sanità, dalle classi quarte primarie, in merito a corsi di primo soccorso *ad hoc*, e BLS, dalla classe prima secondaria BLSD».

---

#### 4.7

DE CARLO, ZAFFINI

*Al comma 1, lettera b), capoverso 1-bis, aggiungere, infine, le seguenti lettere:*

«l) collabora con le strutture sanitarie e socio sanitarie nell'accompagnamento del paziente durante un percorso di ricovero o di inserimento in una struttura protetta per quanto riguarda terapie somministrate domiciliari o prescritte dai Medici di Base o Pediatri di libera Scelta;

m) verifica con il medico di base se gli ausili sono adatti al paziente per una migliore risposta terapeutica o sociale».

---

#### 4.0.1

UNTERBERGER, STEGER, DURNWALDER, LANIECE, BRESSA

*Dopo l'articolo, aggiungere i seguenti:*

#### «Art. 5.

*(Formazione ed esperienza lavorativa)*

1. L'infermiere di famiglia è in possesso di una formazione specifica post laurea e di un'esperienza lavorativa di almeno 2 anni in ospedale e sul territorio.

2. Con le competenze avanzate acquisite l'infermiere di famiglia è in grado di farsi carico dell'individuo e della sua famiglia nella gestione della malattia, delle disabilità croniche e delle situazioni di stress, trascorrendo buona parte del suo tempo a domicilio a diretto contatto con la persona e la sua famiglia.

3. L'acquisizione di conoscenze nell'ambito della Sanità pubblica e dell'area del sociale compresi i servizi, permette a questo professionista di riconoscere gli effetti dei fattori socio-economici sulla salute della famiglia indirizzando quest'ultima verso i servizi/le strutture più adatte.

4. Attraverso la formazione continua l'infermiere di famiglia provvede a un costante aggiornamento e allo sviluppo personale e professionale».

## Art. 6.

*(Modello organizzativo)*

1. L'infermiere di famiglia è inserito all'interno dei servizi distrettuali e garantisce la sua presenza coerentemente con l'organizzazione regionale e territoriale (case della comunità, sedi ambulatoriali, cure intermedie, domicilio, ecc.).

2. L'infermiere di famiglia agisce nell'ambito delle strategie dell'Azienda Sanitaria e dell'articolazione aziendale a cui afferisce, opera in stretta sinergia con la medicina generale, il servizio sociale e i tutti professionisti coinvolti nei *setting* di riferimento in una logica di riconoscimento delle specifiche autonomie ed ambiti professionali e di interrelazione ed integrazione multiprofessionale.

3. Lo *standard* di personale prevede massimo 8 infermieri di famiglia ogni 50.000 abitanti in aggiunta alle risorse di personale già presenti sul territorio.».

---

**4.0.2**

MARIN, FREGOLENT, CANTÙ, DORIA, LUNESU

*Dopo l'articolo, inserire il seguente:*

**«Art. 4-bis.**

*(Attività libero-professionale del personale sanitario infermieristico)*

1. In considerazione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e della necessità di sopperire alla carenza del personale sanitario infermieristico, nell'ambito dell'introduzione della nuova figura dell'infermiere di famiglia e comunità e della realizzazione dei traguardi e degli obiettivi stabiliti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, di cui al regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, in via sperimentale, per il periodo 2021-2026, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il personale sanitario infermieristico di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251, inquadrato con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato nelle strutture sanitarie pubbliche, può esercitare l'attività libero-professionale, in forma singola o associata, al di fuori dell'orario di servizio purché non sussista un comprovato e specifico conflitto di interessi con le attività istituzionali.

2. Il personale infermieristico dipendente pubblico, che intenda esercitare l'attività libero-professionale, è tenuto a comunicarlo alla propria azienda sanitaria locale od ospedaliera prima dell'inizio di tale attività.

In caso di cessazione dell'attività libero-professionale, il lavoratore è altresì tenuto a darne comunicazione al medesimo ente pubblico.

3. Al personale infermieristico si applica la normativa vigente in materia di attività libero-professionale.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto-legge, disciplinano le modalità di esercizio dell'attività libero-professionale di cui al comma 1.

5. Il Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro della salute, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, disciplina, con proprio decreto, il regime fiscale, assistenziale e previdenziale relativamente ai proventi dell'attività libero-professionale esercitata ai sensi del presente articolo.».

---

### 4.0.3

CANTÙ, FREGOLENT, DORIA, LUNESU, MARIN

*Dopo l'articolo, inserire il seguente:*

**«Art. 4-bis.**

*(Modalità di finanziamento)*

1. Con decreto del Ministro della salute, adottato previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, sono definiti a regime i criteri per il finanziamento *pro capite* dei livelli essenziali delle cure domiciliari qualificate dalla figura dell'infermiere di famiglia e comunità e della domiciliazione tecnologicamente assistita delle cure, della continuità assistenziale domiciliare integrata con la medicina territoriale e il *second opinion supporting* specialistico, basati su adeguati *standard* qualitativi uniformi a livello nazionale.

2. In coerenza con l'ambito di intervento M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale - del Piano nazionale di ripresa e resilienza, con specifico riferimento all'investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina per il periodo 2021-2026, per il periodo 2021-2026, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, ivi inclusi quelli in tema di assistenza infermieristica domiciliare di cui alla presente legge, nel quadro delle risorse assegnate in ragione del livello del finanziamento netto del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, così come definito a normativa vigente, e comunque per un importo non inferiore a 2.000 euro *pro capite*.

3. Relativamente alle risorse di cui al comma 2, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare in maniera flessibile quota parte delle risorse medesime, nel rispetto delle finalità previste dalla presente legge, creando un centro di costo appositamente rendicontato.».

*Conseguentemente, al titolo del disegno di legge, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti: «e comunità».*

#### 4.0.4

CANTÙ, FREGOLENT, DORIA, LUNESU, MARIN

*Dopo l'articolo, inserire il seguente:*

#### «Art. 4-bis.

*(Formazione continua)*

1. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano le rispettive esigenze formative e di aggiornamento specifiche per il profilo professionale dell'infermiere di famiglia e comunità e ne danno comunicazione al Ministero della salute ai fini della programmazione delle iniziative per la formazione professionale continua, in conformità agli obiettivi formativi di interesse nazionale individuati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

2. Tenuto conto delle indicazioni di cui al comma 1, con decreto del Ministro della salute, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e sulla base degli indirizzi espressi dalla Commissione nazionale per la formazione continua, di cui all'articolo 16-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono individuati i criteri minimi per la formazione e l'aggiornamento dell'infermiere di famiglia e comunità al fine di garantire l'uniformità dei percorsi formativi mediante piattaforme di corsi *online* aperti e di massa (*Massive Open Online Course* – MOOC) nelle regioni e nelle province autonome di Trento e di Bolzano, ferma restando la facoltà delle medesime regioni e province autonome di prevedere iniziative specifiche adeguate e funzionali alle realtà locali, nel rispetto dei criteri minimi individuati.».

*Conseguentemente, al titolo del disegno di legge, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti: «e comunità».*

---

#### **4.0.5**

CANTÙ, FREGOLENT, DORIA, LUNESU, MARIN

*Dopo l'articolo, inserire il seguente:*

##### **«Art. 4-bis.**

*(Accesso ai corsi di laurea di primo livello di formazione del personale sanitario infermieristico)*

1. In considerazione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e della necessità di sopperire alla mancanza di personale sanitario infermieristico, nell'ambito della realizzazione dei traguardi e degli obiettivi stabiliti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, di cui al regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, in via sperimentale, per il periodo 2021-2026, in deroga alle disposizioni di cui alla legge 2 agosto 1999, n. 264, in materia di accesso ai corsi universitari, l'accesso ai corsi di laurea di primo livello di formazione del personale sanitario infermieristico ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, non è soggetto a programmazione a livello nazionale, limitatamente alle quote aggiuntive che ogni singolo Ateneo, previa valutazione dei propri organi di governo, è in grado di assicurare in ragione della propria capacità formativa.».

*Conseguentemente, al titolo del disegno di legge, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti: «e comunità».*

---

#### **4.0.6**

LANNUTTI

*Dopo l'articolo, inserire il seguente:*

##### **«Art. 4-bis.**

*(Istituzione della figura del farmacista di famiglia)*

1. È istituita la figura del farmacista di famiglia come figura di riferimento per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali al fine di salvaguardare lo stato di salute dei cittadini. Ogni cittadino è tenuto a sce-

gliere il proprio farmacista di famiglia alla Asl competente della propria residenza.

2. Al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini al farmacista di famiglia garantisce attività assistenziale a:

a) pazienti deospedalizzati, prendendosi in carico la terapia medica assegnata dal medico specialista e verificando l'aderenza terapeutica del paziente;

b) malati cronici, a cui si prenderà in carico la terapia medica da seguire assegnata dal medico specialista e verificando l'aderenza terapeutica del paziente;

c) i servizi relativi alle prestazioni analitiche di prima istanza, come telemedicina e campagne di *screening*, interagendo col medico di famiglia scelto dal paziente.

3. È istituito, presso il Ministero della salute, un elenco nazionale dei farmacisti di famiglia. Entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Ministro della salute, con proprio decreto, disciplina i criteri e la procedura per l'iscrizione all'elenco nazionale.

4. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'istruzione, è istituito, entro trenta giorni dalla entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto legge, un corso di specializzazione per farmacisti di famiglia.

5. I requisiti per esercitare la professione di farmacista di famiglia sono:

a) essere iscritto all'elenco di cui al comma 3;

b) aver partecipato al corso di specializzazione di cui al comma 4;

c) essere dipendenti di una farmacia, proprietari di una farmacia senza dipendenti, farmacisti iscritti all'elenco non dipendenti né proprietari di una farmacia.

6. Un farmacista proprietario dipendente può prendere in carico massimo 750 pazienti. Un farmacista non dipendente né proprietario può arrivare fino a 1.500. Per ogni assistito al farmacista di famiglia la Asl di riferimento eroga 1 euro al mese.

7. Le farmacie i cui proprietari detengono di più di due farmacie possono ospitare al massimo un farmacista di famiglia, sia che sia un dipendente o che collabori senza vincolo di subordinazione. Le farmacie private possono avere anche tutti i loro dipendenti iscritti all'elenco dei farmacisti di famiglia di cui al comma 3, ma al massimo un collaboratore esterno come farmacista di famiglia. Le farmacie comunali possono avere tutti i loro dipendenti iscritti all'elenco dei farmacisti di famiglia e non hanno un vincolo numerico con riferimento ai collaboratori senza vincolo di subordinazione.

8. Il farmacista di famiglia non dipendente della farmacia:

a) ha la facoltà di iscriversi all'elenco dei farmacisti di famiglia;

b) può collaborare con una farmacia senza vincolo di subordinazione;

c) non può svolgere compiti nella farmacia al di fuori di quelle strettamente connesse a quelle di farmacista di famiglia.

9. Le aziende sanitarie attingono dall'elenco dei farmacisti di famiglia al fine di assegnare l'iscritto alla farmacia in base alle esigenze del territorio.

10. Per due anni dal licenziamento del dipendente di una farmacia il datore di lavoro non può collaborare o assumere nessun soggetto che ricopra la figura di farmacista di famiglia.

11. Gli orari e i turni del farmacista di famiglia non dipendente della farmacia vengono stabiliti dalla Asl di riferimento e non dalla farmacia dove il professionista collabora».

---

#### 4.0.7

LANIECE, DURNWALDER, STEGER, UNTERBERGER, BRESSA

*Dopo l'articolo, inserire il seguente:*

**«Art. 4-bis.**

*(Clausola di salvaguardia)*

1. Sono fatte salve le competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano».

---

#### 4.0.8

CANTÙ, FREGOLENT, DORIA, LUNESU, MARIN

*Dopo l'articolo, inserire il seguente:*

**«Art. 4-bis.**

*(Valutazione e monitoraggio delle cure domiciliari)*

1. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, è affidato all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali l'incarico di sviluppare, in via sperimentale, per il periodo 2021-2026, un sistema unico integrato Stato-regioni di valutazione e monitoraggio dei soggetti erogatori delle cure domiciliari e delle relative premialità e penalità del sistema di assistenza do-

miciliare e di valutazione, monitoraggio e verifica dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità delle cure domiciliari erogate.

2. Il sistema di valutazione e monitoraggio di cui al comma 1 si fonda sui seguenti principi:

*a)* efficacia e appropriatezza clinica, in termini di tutela della salute e garanzia dei livelli di cura domiciliare e infermieristica domiciliare;

*b)* efficienza organizzativa, in termini di appropriatezza dell'impiego delle risorse economico-finanziarie;

*c)* sicurezza delle cure domiciliari, in termini di garanzia della sicurezza dei cittadini sottoposti alle cure;

*d)* tutela dei diritti garantendo la soddisfazione dei pazienti e la partecipazione dei cittadini;

*e)* equità, in termini di contrasto delle diseguaglianze territoriali in tema di cure domiciliari e assistenza infermieristica domiciliare.

2. Il sistema di valutazione e monitoraggio di cui al comma 1 prevede altresì il monitoraggio e la valutazione dei percorsi di assistenza domiciliare, tenuto conto delle specifiche categorie di bisogni o condizioni di salute, della misura della qualità percepita e dell'umanizzazione delle cure.».

---



