

**RISOLUZIONE
DELLA 12^a COMMISSIONE PERMANENTE**

(Igiene e Sanità)

d'iniziativa del senatore COLLINA

approvata il 3 giugno 2020

*ai sensi dell'articolo 50, comma 2, del Regolamento, a conclusione dell'esame dell'affare assegnato concernente i profili sanitari della cosiddetta « fase due »: strategie anti e post
COVID-19*

La Commissione,

premesso che:

il 20 febbraio 2020 nel nostro Paese ha avuto inizio l'epidemia SARS-CoV-2, quando un paziente ricoverato all'ospedale di Codogno (Lodi) è risultato positivo ad un nuovo Coronavirus COVID-19;

da allora il numero delle persone decedute è di 33.530 e, secondo quanto riportato dalla Protezione civile, il totale delle persone che hanno contratto il virus è pari a 233.515;

per cercare di contrastare il diffondersi dell'epidemia, caratterizzata da rapida diffusione del contagio a causa della infettività dell'agente patogeno, il Governo ha adottato, tra le altre, misure finalizzate al potenziamento del sistema sanitario, alla produzione e alla fornitura di dispositivi medici e di protezione individuale, all'assunzione e al reclutamento di medici, infermieri e altri operatori sanitari, all'istituzione di Unità speciali di continuità assistenziale (USCA), all'aumento del numero di posti letto di terapia intensiva, passato inizialmente da 5.179 a 8.679, e ora a 11.091, grazie a quanto previsto dal decreto-legge cosiddetto « Rilancio », pari al 115 per cento in più rispetto al numero di posti disponibili nella fase precedente all'emergenza;

le misure di limitazione della mobilità (cosiddetto « lockdown »), adottate progressivamente e in modo sempre più stringente dal Governo, fino alla data del 4 maggio 2020, si sono rivelate molto efficaci nel ridurre la trasmissibilità della malattia (rappresentata dal numero di riproduzione di base, Rt) e nel preservare, in modo importante, dall'ondata epidemica le regioni del centro e del sud del Paese e delle isole, nonché nello scongiurare il rischio potenziale di tracollo del Sistema sanitario nazionale (SSN) nelle regioni più colpite del Nord;

si è passati, infatti, grazie alle misure di *lockdown* da un indice di contagiosità (Rt) pari al valore di 3-3,5 (indicante che ogni contagiato trasmetteva a sua volta il contagio a 3-3,5 altre persone, quindi ad un esponenziale aumento dei casi totali) a un valore, alla data del 12 maggio 2020, compreso tra 0,5 e 0,7 (per cui per ogni 100 casi positivi, al termine del decorso del contagio si aveva la trasmissione solamente a 50-70 nuovi casi); ciò ha consentito di ridurre via via l'incidenza di nuovi casi, così come dei malati, delle complicate, della necessità di posti letto ospedalieri e, soprattutto dei posti occupati nelle terapie intensive e dei decessi;

le misure adottate – in particolare con il decreto-legge cosiddetto « Cura Italia » e ora con il decreto-legge « Rilancio » – in materia di potenziamento del sistema sanitario, di garanzia di accesso alle cure e di contenimento del contagio – danno la misura dello sforzo straordinario compiuto, per dare risposte adeguate alla situazione drammatica e di assoluta emergenza che il Paese sta attraversando, nonché alle criticità e ai

problemi inediti (a causa della novità del virus e della carenza di conoscenze virologiche, epidemiologiche, immunologiche, cliniche, farmacologiche) che si sono affrontati in questi ultimi tre mesi nella gestione dell'epidemia, messi chiaramente in evidenza anche dalle audizioni svolte nell'ambito dell'affare sui profili sanitari della cosiddetta « fase due »: strategie anti e *post* COVID-19 (Atto n. 456);

infatti le risposte date – soprattutto nella fase iniziale dell'epidemia – sono state elaborate necessariamente in condizioni di urgenza ed emergenza e pur tuttavia erano indispensabili per contrastare quanto più possibile il diffondersi dell'epidemia e per garantire, in condizioni di enorme difficoltà, assistenza e cure a tutti i cittadini affetti da COVID-19. È stata proprio la situazione di assoluta emergenza a rivelare alcune fragilità del sistema, quali:

a) un modello assistenziale obsoleto, troppo centrato sull'assistenza ospedaliera, più costosa e tardiva rispetto alle necessità di diagnosi precoce e di prevenzione delle complicanze della sindrome SARS-COV-2;

b) la difficoltà di individuazione dei soggetti malati o comunque portatori del virus attraverso l'analisi di tamponi molecolari o con analisi di siero prevalenza;

c) l'esistenza di una catena decisionale troppo lunga e non sufficientemente definita che ha portato spesso a momenti di incoordinazione tra la responsabilità dello Stato di definire le scelte strategiche e le regioni, attuatrici ed organizzatrici degli interventi a livello territoriale;

a queste criticità il Governo, di concerto con le regioni, sta continuando a dare risposte nell'ottica di superare la fase emergenziale, traendo insegnamento dalle evidenze scientifiche e dalle puntuali analisi a livello statistico dei risultati, per cercare di delineare, in modo lungimirante, un sistema sanitario più solido e più vicino ai cittadini;

nell'ambito dei 3 miliardi e 250 milioni di euro stanziati per la sanità nell'ultimo provvedimento del Governo, sono previsti interventi:

a) per il territorio:

- l'implementazione dell'assistenza domiciliare;
- il potenziamento dell'attività di sorveglianza attiva in tutte le regioni e le province autonome a cura dei dipartimenti di prevenzione, in collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- l'incremento dei controlli nelle residenze sanitarie assistite (RSA), anche attraverso la collaborazione di medici specialisti;

- l'aumento della funzionalità delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA);

- il rafforzamento dei servizi infermieristici territoriali, per potenziare l'assistenza domiciliare integrata ai pazienti in isolamento domiciliare e ai soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali o in situazioni di fragilità, mediante l'introduzione della figura dell'infermiere di famiglia o di comunità, anche a supporto delle suddette USCA;

- il monitoraggio domiciliare anche attraverso l'uso di un applicativo di telefonia mobile (denominato « Immuni ») al fine di migliorare la

diagnosi precoce e di coordinare al meglio i servizi d'assistenza necessari ai pazienti;

- l'integrazione delle USCA con la figura degli assistenti sociali;
- la previsione di attivare specifiche strutture residenziali territoriali laddove per applicare le misure di isolamento domiciliare e di quarantena, o per ospitare pazienti dimessi dagli ospedali, sia necessario disporre temporaneamente di immobili alternativi al domicilio privato, fondamentali ad impedire il contagio intrafamiliare;

b) per gli ospedali:

- la previsione di istituire o di incrementare stabilmente nella rete ospedaliera i *Covid Hospital*, strutture ad alto valore aggiunto in termini di innovazione, tecnologia e competenze, dedicati esclusivamente ai pazienti affetti da COVID-19;

- il consolidamento di 3.500 posti in terapia intensiva tra i nuovi fin qui istituiti e l'incremento stabile di 4.225 posti letto di terapia semintensiva, di cui il 50 per cento prontamente convertibile in terapia intensiva;

- la ristrutturazione e la riorganizzazione dei pronto soccorso e l'acquisto delle *Covid Ambulance* ad alto biocontenimento;

c) per il personale:

- l'incremento delle risorse per straordinari, indennità contrattuali, produttività e risultato del personale ospedaliero;

- le risorse per ulteriori assunzioni in ambito ospedaliero e del SSN;

- l'incremento di 4.200 borse di specializzazione in area medica, con particolare riferimento alle borse in anestesia e rianimazione, medicina d'urgenza, pneumologia, malattie infettive e loro specialità equipollenti;

d) per la ricerca:

- aiuti alle imprese per la ricerca e lo sviluppo in materia di COVID-19;

il Governo e il Parlamento hanno inoltre istituito un apposito fondo, previsto dall'articolo 22-bis del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, destinato all'adozione di iniziative di solidarietà a favore dei familiari di medici, personale infermieristico e operatori socio-sanitari, deceduti nell'ambito del loro impegno nelle azioni di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Nel decreto-legge « Rilancio » le suddette iniziative sono state estese a tutti gli esercenti le professioni sanitarie;

premesso inoltre che:

dalle audizioni svolte nell'ambito dell'affare assegnato sui profili sanitari della cosiddetta « fase due » è emersa la necessità di improntare tale nuova fase a logiche di flessibilità nell'adottare ed, eventualmente, imple-

mentare le misure di identificazione e di isolamento dei soggetti contagiati attraverso il potenziamento della rete di cure primarie e cure intermedie, dei Dipartimenti di prevenzione delle ASL, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta; di coordinamento a livello regionale, europeo ed internazionale nella gestione e nel contrasto della malattia, nonché di preparazione delle strutture ospedaliere e delle RSA, utilizzando *in primis* lo strumento del monitoraggio attivo;

considerato che:

le priorità da perseguire in questa seconda fase di gestione dell'emergenza COVID-19 devono essere: la sicurezza degli ospedali (percorsi di accesso, flussi separati); il rafforzamento della medicina territoriale e domiciliare per la presa in carico e la cura dei malati cronici e dei soggetti portatori di disabilità, utilizzando anche strumenti di telemedicina e tecnologie innovative per la gestione di processi e servizi (al fine di ridurre gli accessi in ospedale – luogo da dedicare alle acuzie); la creazione di strutture intermedie/alberghiere per persone in condizione di fragilità/non autosufficienza con forme di COVID-19 non grave (sintomatologia non da ospedale);

solo così sarà possibile affrontare e gestire in modo appropriato un periodo, la cui durata è al momento del tutto incerta, di « convivenza » con il virus;

occorre quindi riorganizzare il sistema sanitario affinché possa rispondere in modo pronto e sempre più adeguato a questa enorme sfida, investendo *in primis* sulla ricerca scientifica e sulla medicina territoriale, con *setting* domiciliari e con l'impiego della medicina digitale;

riguardo alla medicina territoriale, occorre una revisione del rapporto fra ospedale e territorio finalizzata ad una gestione più tempestiva, flessibile e diversificata dei pazienti che non necessitano di ricovero. Occorre valorizzare e diffondere le strutture residenziali sanitarie, già previste dalla programmazione e con ruoli precisi nelle fasi non COVID, quali gli ospedali di comunità, come sedi per il trattamento di casistiche intermedie, per le quali l'isolamento domiciliare e il ricovero non rappresentino le soluzioni adeguate. Le strutture intermedie possono rappresentare le sedi ove già i medici di medicina generale svolgono parte delle loro attività e che, in occasioni epidemiche, con il supporto delle USCA possono accogliere ed assistere adeguatamente i pazienti e costituire un punto di riferimento per le comunità. In tale contesto riveste rilievo fondamentale il rafforzamento del ruolo clinico dei medici di base e la formazione dei diversi attori del sistema all'utilizzo della telemedicina;

considerato che:

un monitoraggio efficace richiederà *test* molecolari per verificare il livello delle infezioni, da eseguire prevalentemente su tecnologia aperta (per superare il problema della dipendenza dai reagenti), *test* sierologici affidabili per monitorare il livello di immunità, *testing* capillare nel territorio ripetuto ad intervalli regolari e un uso esteso del « *contact tracking and tracing* »;

sarà necessario l'investimento in tecnologie adeguate per l'effettuazione e la refertazione dei tamponi rinofaringei, da eseguire in elevata quantità. Solo un numero di tamponi adeguato consentirà di ottimizzare l'utilizzo del *contact tracing*;

molta attenzione dovrà altresì essere dedicata allo studio di sieroprevalenza, da effettuarsi con *kit* diagnostici ad elevata sensibilità e specificità, poiché ciò consentirà di ottenere informazioni importanti sulla diffusione del virus in Italia e nelle diverse regioni. Sarà così possibile definire in modo più compiuto il numero di soggetti asintomatici o paucisintomatici venuti a contatto con il virus e lo stesso tasso di letalità sarà correlato in modo più corretto in rapporto alla diffusione del virus;

considerato che:

rispetto agli investimenti edilizi, essi andranno realizzati rivedendo le procedure secondo un principio di essenzialità in modo da ridurre al minimo i tempi, avendo a riferimento le modifiche richieste per garantire *standard* di dotazione, logistici (percorsi, spazi in grado di garantire distanziamento, impianti, isolamento) e di copertura territoriale, che tengano conto delle misure idonee a ridurre il rischio di trasmissione di COVID-19 e di potenziamento dell'assistenza territoriale. Anche le strutture residenziali e semiresidenziali per non autosufficienti andranno valutate applicando gli stessi principi;

occorre prevedere la formulazione di piani che definiscano fasi ed interventi da mettere in atto nella preparazione dei singoli ospedali e delle singole strutture residenziali sociosanitarie, a fronte dei diversi gradi di diffusione epidemica e dei diversi eventi infettivi interni alla struttura, realizzando una formazione continua del personale sulla riduzione e sulla gestione del rischio infettivo;

impegna il Governo:

1) ad aggiornare regolarmente e tempestivamente, in base alle eventuali nuove conoscenze e condizioni, le linee guida e i protocolli per assicurare agli operatori regole certe ed efficaci a contrastare la diffusione del virus;

2) ad adottare le iniziative e gli investimenti necessari per l'effettuazione e la refertazione dei tamponi rinofaringei nelle regioni in modo proporzionale al numero degli abitanti;

3) a individuare *test* sierologici affidabili da eseguire in laboratori, anche privati, abilitati all'esecuzione dei *test*;

4) a orientare l'investimento sui *Covid Hospital* in modo da distribuire sul territorio strutture di riferimento coordinate tra loro con alte specialità a beneficio dell'intera rete ospedaliera e territoriale, anche attraverso la riconversione strutturale di edifici esistenti, previa ricognizione delle competenze presenti in medicina di comunità e cure primarie, medicina d'urgenza, malattie infettive e microbiologia-virologia;

5) a rafforzare il sistema di prevenzione potenziando i servizi di epidemiologia e di medicina ambientale;

6) a prevedere adeguati investimenti nella ricerca biomedica, potenziando il coordinamento tra i centri di ricerca pubblici, le università e la rete degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS);

7) a prevedere adeguati investimenti sulle infrastrutture digitali per lo *storage* dei dati, la capacità di calcolo e l'interoperabilità tra le principali strutture di riferimento, nonché ad adottare le iniziative necessarie al fine di integrare in modo più efficace la medicina generale all'interno di una rete strutturata di cure territoriali che deve fungere da filtro nella gestione del COVID-19, nella fase precedente e successiva alla ospedalizzazione;

8) a investire sulla ricerca per la medicina di genere poiché molte e importanti differenze di genere – secondo l'Istituto superiore di sanità – si osservano nella frequenza, nei sintomi, nella gravità di numerose malattie e anche nella risposta alle terapie e nelle reazioni avverse ai farmaci;

9) a prevedere adeguati investimenti in tecnologia avanzata per supportare la medicina digitale al fine di assicurare la continuità di cura e assistenza e per la formazione all'utilizzo della telemedicina, il telemonitoraggio e il telecontrollo dei pazienti;

10) nell'ambito dei piani di riorganizzazione della rete assistenziale, previsti dal decreto-legge « Rilancio », ad adottare le iniziative necessarie al potenziamento del ruolo clinico dei medici di medicina generale, prevedendone un maggior coinvolgimento nella gestione del COVID-19 rispetto a quanto previsto, in quanto figure fondamentali nella cura del paziente nella fase precedente e successiva alla ospedalizzazione;

11) a utilizzare le strutture residenziali sanitarie, quali gli ospedali di comunità o altre ritenute appropriate, come sedi per il trattamento di casistiche intermedie, per le quali l'isolamento domiciliare e il ricovero non rappresentino soluzioni adeguate in modo che queste possano costituire un luogo fondamentale nel passaggio tra il domicilio e l'ospedale e un punto di riferimento per la comunità, assicurando un uso « appropriato » dell'ospedale e il funzionamento dell'attività del pronto soccorso, mantenendo sempre, anche in queste strutture, gli *standard* di protezione individuale e di sanificazione;

12) a potenziare la presenza delle strutture cosiddette « intermedie » per pazienti *post* o *sub* acuti dopo la dimissione ospedaliera;

13) ad adottare le iniziative necessarie affinché le risorse stanziare per « il rilancio del territorio » trovino omogeneità sul territorio nazionale a partire dal distretto sanitario di base, quale prima dimensione di *governance* per assicurare l'integrazione sociosanitaria, l'interprofessionalità, la presa in carico del paziente e tutti gli ulteriori aspetti tipici della medicina di territorio;

14) a favorire, anche mediante opportuni investimenti, la coprogettazione tra le strutture pubbliche e le imprese e associazioni del Terzo settore nell'ambito attività collegate a quelle sanitarie e sociosanitarie;

15) a prevedere, tramite opportuni interventi normativi, strumenti a tutela degli esercenti le professioni sanitarie per tutti gli eventi avversi che si siano verificati o abbiano trovato causa durante l'emergenza epidemio-logica COVID-19, sia per le strutture sanitarie pubbliche quanto per quelle private;

16) a prevedere un piano che, con certezza, permetta di raggiungere in tempi brevi l'attivazione delle borse di specializzazione necessarie al fabbisogno stimato in Italia, nonché l'inserimento anche della medicina di comunità e cure primarie nell'ambito delle 4.200 borse di specializzazione in area medica previste dal decreto-legge « Rilancio »;

17) ad adottare un Piano per il sostegno psicologico in conformità a quanto previsto dall'articolo 24 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, al fine di dare una risposta concreta ed adeguata all'allarme sulla tenuta psicologica degli operatori sanitari e dei cittadini già lanciato da molte società scientifiche;

18) ad adottare norme di semplificazione che garantiscano *iter* autorizzativi rapidi per gli investimenti pubblici e pubblico-privati relativi a interventi con destinazione d'uso sanitario e sociosanitario;

19) a prevedere il monitoraggio e la mappatura dell'utilizzo delle ingenti risorse stanziato nei vari provvedimenti adottati dal Governo per contrastare l'emergenza epidemiologica al fine di verificare che tutte le misure ivi previste siano portate a compimento.