

SENATO DELLA REPUBBLICA

----- XVIII LEGISLATURA -----

12^a Commissione permanente

(IGIENE E SANITA')

*242^a seduta: mercoledì 14 luglio 2021, ore 8,30

*243^a seduta: giovedì 15 luglio 2021, ore 8,30

ORDINE DEL GIORNO

IN SEDE REDIGENTE

I. Seguito della discussione del disegno di legge:

Sonia FREGOLENT ed altri. - Norme in materia di prevenzione delle malattie cardiovascolari -

Relatore alla Commissione MARINELLO

(Pareri della 1^a, della 5^a Commissione e della Commissione parlamentare per le questioni regionali)

(869)

II. Seguito della discussione congiunta dei disegni di legge:

1. MARINELLO ed altri. - Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

(Pareri della 1^a, della 5^a Commissione e della Commissione parlamentare per le questioni regionali)

(1346)

2. Paola BOLDRINI ed altri. - Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità
(Pareri della 1^a, della 5^a, della 11^a e della Commissione parlamentare per le questioni regionali)

(1751)

- *Relatore alla Commissione* Giuseppe PISANI

III. Seguito della discussione congiunta dei disegni di legge:

1. 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*)

(Pareri della 1^a, della 3^a, della 5^a, della 6^a, della 7^a, della 10^a, della 11^a, della 14^a Commissione e della Commissione parlamentare per le questioni regionali)

(2255)

2. 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

(Pareri della 1^a, della 5^a, della 6^a, della 7^a, della 10^a, della 11^a, della 14^a Commissione e della Commissione parlamentare per le questioni regionali)

(146)

3. 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

(Pareri della 1^a, della 5^a, della 6^a, della 7^a, della 8^a, della 10^a, della 11^a, della 14^a Commissione e della Commissione parlamentare per le questioni regionali)

(227)

- *Relatrice alla Commissione* BINETTI

IN SEDE CONSULTIVA

I. Esame congiunto dei disegni di legge:

1. Rendiconto generale dell'Amministrazione dello Stato per l'esercizio finanziario 2020

(2308)

2. Disposizioni per l'assestamento del bilancio dello Stato per l'anno finanziario 2021

(2309)

(Parere alla 5^a Commissione)

II. Esame congiunto dei documenti:

1. Relazione programmatica sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea per l'anno 2021

(Doc. LXXXVI, n. 4)

2. Relazione consuntiva sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea per l'anno 2020

(Doc. LXXXVII, n. 4)

(Parere alla 14^a Commissione)

SINDACATO ISPETTIVO

Interrogazioni

INTERROGAZIONI ALL'ORDINE DEL GIORNO

LAUS, D'ALFONSO, D'ARIENZO, GIACOBBE, IORI, PITTELLA, ROJC, STEFANO, TARICCO - Al Ministro della salute

Premesso che:

le funzioni dell'infermiere pediatrico sono individuate dal decreto ministeriale 17 gennaio 1997, n. 70, recante il regolamento concernente l'individuazione della figura e del profilo professionale dell'infermiere pediatrico;

L'articolo 1, ai commi 1 e 2, stabilisce che "l'infermiere pediatrico è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica pediatrica. L'assistenza infermieristica pediatrica, preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili in età evolutiva e l'educazione sanitaria";

attualmente, nella maggior parte delle regioni, per i giovani di età superiore ai 18 anni non sono previsti percorsi di cura di transizione (*transitional care*) per garantire la continuità assistenziale dai contesti pediatrici ai contesti per adulti, determinando gravi criticità in caso di malattie croniche o rare;

alcune forme leucemiche che insorgono dopo i 18 anni hanno una risposta migliore, clinicamente e scientificamente provata, con l'applicazione, in ambito pediatrico, dei protocolli terapeutici specifici per i pazienti pediatrici così come le malattie neuromuscolari o genetiche, tranne rare eccezioni, non consentono uno sviluppo ponderale fisiologico per cui, in età adulta, la maggior parte dei pazienti presenta caratteristiche anatomiche riferibili all'età pediatrica (alcuni infatti non raggiungono i 25 chili e superano di poco i 100 centimetri di altezza);

tali patologie interessano circa il 2-3 per cento dei pazienti pediatrici;

premesse, inoltre, che il codice del diritto del minore alla salute e ai servizi sanitari, presentato presso il Ministero della salute il 6 febbraio 2013, rappresenta uno strumento di tutela dei minorenni che vivono le diverse realtà sanitarie nell'ottica prevista dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite nel 1989. Nella parte III, "Minori e assistenza sanitaria", si stabilisce che i minori hanno diritto di essere curati ed assistiti da medici ed infermieri ed altri professionisti sanitari che abbiano una specifica formazione di base o una specializzazione *post lauream* in ambito pediatrico o adolescenziale;

considerato che l'infermiere pediatrico che si trovi ad operare in ambiente pediatrico per continuità assistenziale anche su pazienti maggiorenni affetti da malattie acute e croniche tipiche dell'infanzia rischia di incorrere nella violazione dell'articolo 348 del codice penale (esercizio abusivo di una professione),

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo non ritenga opportuno adottare le iniziative necessarie al fine di modificare il decreto ministeriale 17 gennaio 1997, n. 70, per tutelare l'infermiere pediatrico che si trovi ad operare in ambiente pediatrico per continuità assistenziale anche su pazienti maggiorenni affetti da malattie acute e croniche tipiche

dell'infanzia, garantendo così i migliori livelli di cura e di assistenza ai giovani adulti con problemi di salute significativi.

(3-02055)

ZAFFINI - Al Ministro della salute

Premesso che:

con circolare del 30 novembre 2020 sulla "gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2", il Ministero della salute ha fornito indicazioni operative per la presa in carico dei pazienti con COVID-19 in isolamento domiciliare asintomatici o paucisintomatici, prevedendo indicazioni di gestione clinica fra cui la vigile attesa e i trattamenti sintomatici, ad esempio con paracetamolo;

con nota del 9 dicembre 2020 sui "principi di gestione dei casi COVID-19 nel setting domiciliare" l'Agenzia italiana del farmaco ha fornito alcune raccomandazioni sul trattamento farmacologico domiciliare dei casi lievi e una panoramica generale delle linee di indirizzo AIFA sulle principali terapie utilizzabili in ambiente domiciliare, prevedendo anch'essa tra le "raccomandazioni generali" la vigile attesa e trattamenti sintomatici ad esempio con paracetamolo;

avverso la strategia della "vigile attesa" prevista nella circolare ministeriale e nelle raccomandazioni AIFA (consistente di fatto in un'osservazione degli eventuali miglioramenti o peggioramenti di un malato COVID presso le rispettive abitazioni), si sono mossi i "camici bianchi";

il TAR del Lazio ha infatti accolto l'istanza cautelare promossa dai medici del "comitato Cura domiciliare COVID-19" nei confronti del Ministero della salute e di AIFA, contro la richiamata nota AIFA, non ritenendola adeguata a tutelare la salute dei casi sospetti o dei casi lievi accertati;

nello specifico, il TAR ha ritenuto fondata la richiesta dei medici del comitato di far valere il proprio diritto-dovere di prescrivere i farmaci che essi ritengono più opportuni secondo scienza e coscienza, e che non può essere "compreso nell'ottica di un'attesa, potenzialmente pregiudizievole sia per il paziente che, sebbene sotto profili diversi, per i medici stessi", e ha conseguentemente sospeso con effetto immediato l'efficacia del provvedimento emanato da AIFA, riconoscendo di fatto inadeguato e inopportuno lasciare i pazienti COVID-19 senza cure precoci a domicilio;

la strategia fallimentare della "vigile attesa", che ha determinato il collasso delle terapie intensive per il repentino peggiorare delle condizioni dei pazienti in cura domiciliare con paracetamolo, è stata certificata da diverse *équipe* mediche che si sono occupate di gestione domiciliare dei pazienti COVID, fra le quali la più nota è quella del professor Giuseppe Remuzzi, direttore dell'istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri" che con la sua squadra di ricercatori ha approfondito e studiato il potenziale degli antinfiammatori nella cura domiciliare dei pazienti con COVID-19;

da un certo punto in poi al "Mario Negri" sono stati seguiti 90 pazienti che erano stati curati con antinfiammatori e dei quali erano note le informazioni cliniche, confrontate con altri 90 pazienti con caratteristiche identiche, curati come si fa di solito, con tachipirina e vigile attesa, ottenendo il risultato sorprendente del 90 per cento di riduzione dei giorni di

ospedalizzazione e 90 per cento di riduzione dei costi;

nella seduta del Senato dell'8 aprile 2021, a conclusione dell'esame di mozioni sul potenziamento delle cure domiciliari per i pazienti affetti da COVID-19, l'Aula del Senato ha approvato un ordine del giorno unitario che impegna il Governo: a) ad aggiornare, tramite l'Istituto superiore di sanità, AGENAS e AIFA, i protocolli e le linee guida per la presa in carico domiciliare dei pazienti COVID-19 tenuto conto di tutte le esperienze dei professionisti impegnati sul campo; b) ad istituire un tavolo di monitoraggio ministeriale, in cui siano rappresentate tutte le professionalità coinvolte nei percorsi di assistenza territoriale; c) ad attivare fin dalla diagnosi interventi che coinvolgano tutto il personale in grado di fornire assistenza sanitaria, accompagnamento socio-sanitario e sostegno familiare; d) ad attivarsi affinché le diverse esperienze e dati clinici raccolti dai servizi sanitari regionali confluiscono in un protocollo nazionale di gestione domiciliare del paziente COVID; e) ad affiancare al protocollo un piano di potenziamento delle forniture di dispositivi di telemedicina idonei ad assicurare un adeguato e costante monitoraggio dei parametri clinici dei pazienti;

nonostante quanto sopra, è notizia delle ultime ore che il Ministero della salute e l'Agenzia italiana del farmaco avrebbero fatto ricorso in appello al Consiglio di Stato contro l'ordinanza del TAR per il Lazio, che ha sospeso la nota del 9 dicembre 2020, quella in cui l'AIFA indicava come unica cura domiciliare per i pazienti COVID la "vigile attesa" e la somministrazione del paracetamolo,

si chiede di sapere se risponda a vero che il Ministero della salute e AIFA hanno presentato ricorso in appello contro la decisione del TAR del Lazio di sospendere la nota del 9 dicembre 2020 e, in caso affermativo, quali siano le motivazioni sottese al ricorso e sulla base di quali evidenze di carattere scientifico sia stato proposto un ricorso che, ad avviso dell'interrogante, non tiene in alcuna considerazione l'inequivocabile indirizzo espresso dal Senato della Repubblica.

(3-02483)