

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA:

5-03864 Carnevali: Realizzazione di un modello integrato di assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale e ospedaliera nella « Fase 2 »	92
ALLEGATO 1 (Testo della risposta)	95
5-03865 Cecconi: Edificazione di nuove strutture o adeguamento di strutture sanitarie esistenti per l'ottenimento dei cosiddetti Covid Hospital	92
ALLEGATO 2 (Testo della risposta)	97
5-03866 Lapia: Erogazione delle terapie antiblastiche per via endovenosa nelle ASL territoriali in regime ambulatoriale	92
ALLEGATO 3 (Testo della risposta)	99
5-03867 Stumpo: Iniziative per contrastare i rischi di corruzione durante l'emergenza epidemiologica da COVID-19	93
ALLEGATO 4 (Testo della risposta)	100
5-03868 Foscolo: Estensione del programma di sperimentazione del farmaco antivirale Remdesivir all'Ospedale San Martino di Genova	93
ALLEGATO 5 (Testo della risposta)	101
5-03869 De Filippo: Misure volte a rafforzare la vigilanza e i controlli nelle strutture sanitarie della Regione Liguria	93
ALLEGATO 6 (Testo della risposta)	102
5-03870 Gemmato: Sull'Ordinanza n. 11 del 2020, concernente il prezzo finale di vendita delle mascherine facciali	94
ALLEGATO 7 (Testo della risposta)	104
5-03871 Bagnasco: Misure per garantire gli operatori sanitari che siano stati a contatto con pazienti COVID-19 positivi	94
ALLEGATO 8 (Testo della risposta)	105
UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI	94

INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA

Mercoledì 29 aprile 2020. — Presidenza della presidente Marialucia LOREFICE. — Interviene la sottosegretaria di Stato per la salute, Sandra Zampa.

La seduta comincia alle 14.05.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, ricorda che, ai sensi dell'articolo 135-ter, comma 5, del regolamento, la pubblicità delle sedute per lo svolgimento delle interrogazioni a risposta immediata è assicurata anche attraverso impianti televisivi a circuito chiuso. Ne dispone, pertanto, l'attivazione.

5-03864 Carnevali: Realizzazione di un modello integrato di assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale e ospedaliera nella « Fase 2 ».

Luca RIZZO NERVO (PD) illustra l'interrogazione in titolo, di cui è cofirmatario, volta a chiedere al Ministro della salute quali iniziative s'intenda adottare al fine di pervenire a un modello integrato di assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale e ospedaliera, con l'obiettivo di realizzare un controllo capillare del territorio e una presa in carico globale del paziente.

La sottosegretaria Sandra ZAMPA risponde all'interrogazione in titolo, nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 1*).

Luca RIZZO NERVO (PD), replicando, esprime soddisfazione per la risposta puntuale, che delinea una strategia definita per attuare quanto sollecitato con l'interrogazione in titolo.

Ribadisce che occorre un pieno coinvolgimento di tutti gli attori interessati attraverso l'integrazione del sistema sanitario con quello socio-sanitario e con il Terzo settore. Apprezza l'attenzione mostrata nei confronti dei dipartimenti di prevenzione e il richiamo, contenuto nella risposta, al potenziamento della telemedicina, anche al fine di assicurare la tempestività degli interventi. Sottolinea che occorre provvedere ai bisogni dei pazienti cronici, che attualmente vivono una situazione di forte disagio, nonché di coloro che escono dalla fase acuta del COVID-19, attraverso una gestione sul territorio che preveda anche prestazioni domiciliari.

5-03865 Cecconi: Edificazione di nuove strutture o adeguamento di strutture sanitarie esistenti per l'ottenimento dei cosiddetti Covid Hospital.

Andrea CECCONI (MISTO-MAIE) illustra l'interrogazione in titolo, avente la finalità di conoscere le indicazioni provenienti dal Ministero della salute in relazione alle modalità di incremento dei posti

letto a disposizione del Servizio sanitario nazionale per fronteggiare l'attuale emergenza, in particolare rispetto alla scelta se realizzare nuove strutture o potenziare quelle esistenti.

La sottosegretaria Sandra ZAMPA risponde all'interrogazione in titolo, nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Andrea CECCONI (MISTO-MAIE), replicando, apprezza il fatto che il Ministero abbia richiesto alle regioni di riorganizzare la disponibilità di posti letto attraverso una dinamica modulabile per poter fare fronte a un eventuale nuovo incremento dei ricoveri, garantendo, diversamente da quanto avvenuto nelle prime settimane dell'emergenza epidemiologica, la sicurezza sia dei pazienti colpiti dal COVID-19 sia di quelli affetti da altre patologie.

5-03866 Lapia: Erogazione delle terapie antitumorali per via endovenosa nelle ASL territoriali in regime ambulatoriale.

Mara LAPIA (M5S) illustra l'interrogazione in titolo, vertente sulla difficoltà di ottenere l'erogazione delle terapie antitumorali in regime ambulatoriale nella regione Sardegna, che causa particolari problemi nell'attuale situazione di emergenza sanitaria.

La sottosegretaria Sandra ZAMPA risponde all'interrogazione in titolo, nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Mara LAPIA (M5S), replicando, esprime soddisfazione per la risposta ricevuta, ritenendo doveroso che la terapia antitumorale sia fornita in condizioni di sicurezza a tutti i pazienti che ne hanno bisogno.

Coglie l'occasione per segnalare la particolare criticità della situazione di Nuoro, dove l'utilizzo degli stessi medici, sia nei reparti dedicati al COVID-19 che in quelli oncologici, costituisce una seria minaccia per i pazienti ricoverati in tali strutture. I

pazienti oncologici che necessitano di terapie antitumorali, pertanto, rischiano drammaticamente, per ricevere le cure, di esporsi al contagio.

5-03867 Stumpo: Iniziative per contrastare i rischi di corruzione durante l'emergenza epidemiologica da COVID-19.

Nicola STUMPO (LEU), nell'illustrare l'interrogazione in titolo, sottolinea che in un contesto emergenziale si possono verificare distorsioni dei processi di spesa, con conseguenti rischi di un notevole incremento dei fenomeni corruttivi. Chiede, quindi, di sapere quali iniziative di contrasto possono essere adottate per prevenire e contrastare tali fenomeni.

La sottosegretaria Sandra ZAMPA risponde all'interrogazione in titolo, nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 4*).

Nicola STUMPO (LEU), replicando, valuta positivamente la volontà del Governo di assumere iniziative adeguate per contrastare il possibile insorgere di fenomeni di corruzione.

Ritenendo che sia una preoccupazione largamente condivisa quella di far sì che le ingenti risorse stanziare siano utilizzate integralmente per affrontare l'emergenza sanitaria in atto, scongiurando il pericolo per cui si verificano distorsioni nei processi di spesa e decisionali.

5-03868 Foscolo: Estensione del programma di sperimentazione del farmaco antivirale Remdesivir all'Ospedale San Martino di Genova.

Sara FOSCOLO (LEGA) illustra l'interrogazione in titolo, con la quale si chiede conto al Governo delle iniziative che intende assumere per far riprendere i programmi di sperimentazione del farmaco antivirale Remdesivir presso l'Ospedale San Martino di Genova e per restituire la competenza in merito all'approvazione dei medesimi programmi in capo ai Comitati etici regionali.

La sottosegretaria Sandra ZAMPA risponde all'interrogazione in titolo, nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 5*).

Sara FOSCOLO (LEGA), replicando, rileva che la risposta conferma quanto riportato nella propria interrogazione circa il fatto che le modalità della sperimentazione in corso sono attualmente gestite dalla ditta produttrice del farmaco in oggetto.

Apprendendo con favore il fatto che l'AIFA sia impegnata in una revisione dell'attuale programma di accesso al farmaco, auspica che l'Ospedale genovese sia reinserito nella sperimentazione in corso, anche alla luce della notevole diffusione del COVID-19 nella regione Liguria.

5-03869 De Filippo: Misure volte a rafforzare la vigilanza e i controlli nelle strutture sanitarie della Regione Liguria.

Raffaella PAITA (IV) illustra l'interrogazione in titolo, di cui è cofirmataria, sottolineando la gravità della situazione in Liguria per quanto riguarda l'emergenza sanitaria in atto, caratterizzata da errori di gestione, dall'assenza di una strategia sui tamponi e dalla mancanza di dati attendibili sulla letalità. Segnala che la composizione demografica della Liguria, regione considerata la più «anziana» d'Italia, può spiegare solo in maniera parziale quanto sta accadendo. Osserva, quindi, che appare assai preoccupante che una regione con 1,5 milioni di abitanti risulti essere tra le tre più colpite in Italia dal COVID-19.

La sottosegretaria Sandra ZAMPA risponde all'interrogazione in titolo, nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 6*).

Raffaella PAITA (IV), replicando, osserva che dalla risposta emerge come le regioni avessero a disposizione indicazioni da utilizzare per adottare idonee misure di prevenzione.

Nel prendere atto con favore che è in corso una verifica da parte del Ministero

della salute rispetto a quanto accaduto in diverse regioni, ribadisce che occorre assicurare la massima trasparenza, soprattutto in relazione a un caso come quello ligure rispetto al quale i dati disponibili sono di difficile interpretazione.

Ritiene che un monitoraggio efficace da parte del Ministero della salute sia condizione essenziale per ridare fiducia ai cittadini per quanto riguarda le politiche sanitarie finora adottate.

5-03870 Gemmato: Sull'Ordinanza n. 11 del 2020, concernente il prezzo finale di vendita delle mascherine facciali.

Marcello GEMMATO (FDI) illustra l'interrogazione in titolo, segnalando che l'ordinanza n. 11, recentemente adottata dal Commissario straordinario per l'emergenza legata al COVID-19, in materia di prezzo di vendita delle mascherine facciali, può avere gravi conseguenze sia in termini di perdite economiche per i farmacisti che per la tutela della salute della popolazione, a causa dei possibili effetti negativi sul reperimento dei dispositivi di protezione individuale.

La sottosegretaria Sandra ZAMPA risponde all'interrogazione in titolo, nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 7*).

Marcello GEMMATO (FDI), replicando, nel prendere atto della disponibilità a valutare le ripercussioni economiche subite dalle farmacie in conseguenza della scelta adottata con l'ordinanza in oggetto, sottolinea che non appare accettabile che, a tre mesi dall'inizio dell'emergenza, l'Italia non sia ancora in grado di produrre il fabbisogno nazionale di mascherine facciali, con conseguenze gravi, anche sull'efficacia reale di tali dispositivi.

Invita, quindi, a non ripetere gli errori commessi nel passato e a cogliere l'occasione per assicurare l'autosufficienza della produzione nazionale del settore, eventualmente affidando un ruolo anche allo Stabilimento chimico farmaceutico militare di Firenze.

5-03871 Bagnasco: Misure per garantire gli operatori sanitari che siano stati a contatto con pazienti COVID-19 positivi.

Roberto BAGNASCO (FI) illustra l'interrogazione in titolo, avente la finalità di tutelare adeguatamente gli operatori sanitari, prevedendo sia un periodo di isolamento fiduciario per coloro che siano stati a stretto contatto di pazienti COVID-19 positivi sia che costoro possano rientrare in servizio solo dopo l'effettuazione di un tampone che attesti la negatività al virus. Al riguardo, fa presente che è molto alto il tributo, in termini di vite umane, del personale sanitario impegnato nel fronteggiare l'emergenza epidemiologica, troppo spesso non tutelato in maniera sufficiente.

La sottosegretaria Sandra ZAMPA risponde all'interrogazione in titolo, nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 8*).

Roberto BAGNASCO (FI), replicando, ringrazia la rappresentante del Governo per la risposta articolata e per l'attenzione dimostrata verso il problema rappresentato attraverso la sua interrogazione. Dichiarata, tuttavia, di non potersi ritenere soddisfatto in quanto non vengono fornite garanzie rispetto alla tutela del personale sanitario con riferimento ai rischi connessi all'interazione con pazienti affetti da COVID-19. Nel rilevare che, in generale, la situazione nel Paese appare in via di miglioramento, con una minore pressione sulle strutture sanitarie, ribadisce che sarebbe necessario prevedere maggiori cautele, al fine di scongiurare un riacutizzarsi della situazione emergenziale.

Marialucia LOREFICE, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

La seduta termina alle 15.20.

**UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO
DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI**

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle 15.20 alle 15.30.

ALLEGATO 1

5-03864 Carnevali: Realizzazione di un modello integrato di assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale e ospedaliera nella « Fase 2 ».**TESTO DELLA RISPOSTA**

Con la Circolare del 22 febbraio 2020, recante « COVID-19. Nuove indicazioni e chiarimenti », il Ministero della salute ha previsto un'integrazione dell'assistenza sanitaria territoriale ed ospedaliera, con specifiche competenze per i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i Dipartimenti di prevenzione, quando vengono a conoscenza di un caso sospetto di COVID-19, in particolare effettuando la valutazione epidemiologica, segnalando il paziente sintomatico per il successivo ricovero, assicurando l'assistenza domiciliare e la sorveglianza attiva per i pazienti paucisintomatici o asintomatici.

Con la successiva Circolare del 25 marzo 2020, il Ministero della salute ha aggiornato le linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19.

In particolare, si è ritenuto necessario segnalare la necessità di realizzare una compiuta azione di previsione e prevenzione, monitoraggio e presa in carico, a livello territoriale, così da contribuire ad una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, sia al fine di contenere la diffusione del contagio, sia con funzione di filtro, necessario a frenare l'afflusso agli ospedali.

È stato evidenziato, inoltre, il ruolo essenziale svolto dalle unità speciali di continuità assistenziale nella gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, raccomandando il loro potenziamento, anche mediante coprogettazioni con i servizi sociali delle amministrazioni comunali e le associazioni di volontariato, adottando specifici protocolli che defini-

scano tutte le misure necessarie per assicurare la massima tutela e il supporto per le necessità di vita quotidiana a vantaggio delle persone sole e prive di *caregiver*.

Il rimodellamento dell'assistenza territoriale è finalizzato al rafforzamento sinergico assistenziale, con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di continuità assistenziale, Unità Speciali di Continuità Assistenziale e specialisti ambulatoriali, si punta, altresì, ad implementare i sistemi di sorveglianza sanitaria in termini di uniformità, di equità d'accesso, responsabilizzazione e definizione dei ruoli di tutti gli attori (pazienti, *caregivers*, medici e altri operatori sanitari) oltre alle necessarie azioni di sorveglianza attiva e propedeutiche (*empowerment*, formazione etc.).

Nell'ambito del potenziamento dell'assistenza territoriale, un ruolo fondamentale è svolto dai Dipartimenti di Prevenzione.

Ulteriore tema di estrema rilevanza e delicatezza è costituito dall'assistenza ai pazienti cosiddetti « fragili » (cronici, non autosufficienti, disabili) nel senso che sarà necessario assicurare il pieno rispetto delle disposizioni per la prevenzione del contagio e la tutela della salute dei pazienti e degli operatori, mediante eventuali specifici protocolli.

Una particolare attenzione verrà riservata alla telemedicina, che potrà essere utilizzata per estendere la pratica tradizionale oltre gli abituali spazi operativi.

Le tecnologie della sanità digitale garantiscono la realizzazione di una modalità operativa a rete, migliorando l'opera-

tività nei luoghi dove il paziente vive, per favorire la sua « gestione domiciliare ».

Segnalo che è attivo, presso il CTS, un Tavolo di lavoro che sta sviluppando linee guida per rendere omogenei a livello territoriale nazionale le iniziative regionali in tema di rafforzamento dell'assistenza territoriale, e della sua integrazione con l'assistenza ospedaliera, tenendo anche conto delle esigenze ora indicate e delle istanze formulate nell'atto ispettivo in esame.

Da ultimo, anticipo che a breve sarà avviata anche a livello normativo una specifica iniziativa, che in modo strutturale, ridisegna e potenzia l'assistenza territoriale, puntando anche al rafforzamento dell'attività infermieristica sul territorio.

Inoltre, ai fini della gestione delle attività di sorveglianza attiva, sono allo studio misure come la messa a disposizione a domicilio dei pazienti di apparecchiature per il monitoraggio della saturimetria, anche attraverso le *app* di telefonia mobile,

al fine di garantire un costante monitoraggio della saturazione di ossigeno dell'emoglobina, parametro fondamentale per definire il *setting* terapeutico assistenziale più adeguato, nel modo più tempestivo possibile.

Il percorso dovrebbe, quindi, consistere nel monitoraggio continuativo domiciliare, ivi incrementando e indirizzando le azioni terapeutiche e assistenziali, anche in strutture alberghiere laddove si individuino convivenze a rischio, precoce riconoscimento del peggioramento clinico e quindi tempestiva ospedalizzazione.

Per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e socio sanitarie territoriali, le regioni e le province autonome saranno chiamate ad attivare centrali operative regionali per svolgere funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina.

ALLEGATO 2

5-03865 Cecconi: Edificazione di nuove strutture o adeguamento di strutture sanitarie esistenti per l'ottenimento dei cosiddetti Covid Hospital.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Le « Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da COVID-19 », pubblicate con la Circolare del 29 febbraio 2020, individuano la necessità della predisposizione di un piano di emergenza regionale, che consenta di garantire idonei livelli di trattamento del paziente critico affetto da COVID-19 attraverso un adeguato numero di posti letto di terapia intensiva, lasciando alle regioni e province autonome il compito di individuare le soluzioni organizzative che consentano di soddisfare il potenziale incremento della necessità di ricovero in tale ambito assistenziale. Ogni regione ha identificato una o più strutture/stabilimenti da dedicare alla gestione esclusiva del paziente affetto da COVID-19 (« COVID Hospital ») in relazione alle dinamiche epidemiologiche locali, provvedendo nel frattempo a garantire la predisposizione di postazioni isolate, terapie intensive di coorte (con separazione fisica da altre unità di terapia intensiva presenti in ospedale) destinate al ricovero ed al trattamento di pazienti affetti da COVID-19.

La Circolare del 1° marzo 2020 avente ad oggetto « Incremento disponibilità posti letto del Servizio Sanitario nazionale e ulteriori indicazioni relative alla gestione dell'emergenza COVID-19 », ha fornito alle regioni e province autonome indicazioni relative alla necessità di incrementare la disponibilità dei posti letto di Terapia Intensiva (nella misura del 50 per cento del numero dei posti letto già attivi) e ha ribadito la necessità di individuare le

strutture/stabilimenti ospedalieri da dedicare alla gestione esclusiva dei pazienti affetti da COVID-19.

I documenti indicati, come linee di indirizzo, si limitano a tracciare le indicazioni generali di riferimento cui attersi, demandando al livello regionale l'individuazione delle scelte organizzative ritenute più opportune per attuare le indicazioni nei territori di competenza.

La strategia per la gestione della emergenza sanitaria da implementare nell'immediato futuro, mediante specifiche iniziative normative già allo studio da parte del Ministero della salute, mira a garantire in modo strutturale la riorganizzazione e il potenziamento della rete territoriale ed ospedaliera.

Tale strategia si articola sui seguenti punti:

1. riprogrammare e riorganizzare il fabbisogno e la disponibilità di posti letto di area semi intensiva ed intensiva, con la necessaria dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione e monitoraggio (impianti di erogazione di ossigeno, aria compressa e vuoto, elettrici e di implementazione tecnologica) in modo che tali letti siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico per alta intensità di cure;

2. per almeno il 50 per cento dei letti di area semi intensiva è prevista l'ulteriore possibilità di immediata conversione in letti intensivi con la sola integrazione della strumentazione di ventilazione e monitoraggio;

3. contestualmente è prevista una adeguata rete logistica, organizzata per la rotazione e distribuzione delle attrezzature e strumentazioni.

Pertanto, facendo riferimento al modello organizzativo richiamato nella circolare del 25 marzo 2020, avente ad oggetto: « Linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19 », sarà necessario agire prioritariamente sulle strutture già individuate e dedicate alla gestione del paziente affetto da COVID-19.

Ove non sia stato possibile individuare strutture dedicate alla gestione del pa-

ziente affetto da COVID-19 si procederà separando nettamente i percorsi di cura e assistenza al fine di garantire un corretto approccio che consenta una distinzione sia organizzativa che logistica.

Il percorso del paziente sospetto COVID-19 sarà gestito da personale dedicato ed adeguatamente formato, all'interno di spazi strutturalmente distinti. L'organizzazione dei medesimi, quindi, consentirà l'individuazione di servizi di diagnostica dedicati e, solo qualora ciò non fosse possibile, garantirà la sanificazione costante, eventualmente programmando adeguatamente gli accessi.

ALLEGATO 3

5-03866 Lapia: Erogazione delle terapie antitumorali per via endovenosa nelle ASL territoriali in regime ambulatoriale.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Nel corso dell'emergenza COVID-19, in considerazione della necessità di ridurre il rischio di infezione da SARS-CoV-2 nei pazienti più vulnerabili (anziani e/o con malattie croniche), AIFA ha adottato numerose disposizioni transitorie volte ad agevolare l'approvvigionamento dei farmaci e la continuità terapeutica limitando al contempo l'affluenza negli ospedali e/o negli ambulatori specialistici al fine di ridurre il rischio di contagio. In questo ambito rientrano le disposizioni relative alla proroga dei piani terapeutici di medicinali soggetti a monitoraggio AIFA *web-based* o cartaceo e la deroga straordinaria concessa per prevedere, in condizioni di massima sicurezza, la gestione delle terapie enzimatiche sostitutive in regime ambulatoriale.

La terapia antitumorale endovenosa necessita di procedure di preparazione, allestimento e infusione che richiedono accorgimenti specifici in ambienti sterili sorvegliati e controllati, effettuate da personale sanitario specializzato (come richiamato nella Raccomandazione Ministeriale n. 14 del 2012). Per tali motivi non è possibile alcuna deroga al normale regime di fornitura di questi medicinali. I centri oncologici e le reti oncologiche regionali, fin dall'inizio dell'emergenza,

hanno messo in atto tutte le misure per garantire le terapie e la sicurezza dei pazienti. L'AIOM (Associazione Italiana Oncologia Medica), ha esplicitato che, nel caso di pazienti in trattamento attivo, premesso che va garantita la continuità e la tempestività dei trattamenti antitumorali, occorre prestare ancora maggiore attenzione alle valutazioni che vengono già normalmente eseguite in oncologia, considerando, caso per caso, anche la possibilità di rinvio di un trattamento, in base alle caratteristiche biologiche del tumore, al quadro clinico del paziente e ai potenziali rischi sanitari per infezione da COVID-19.

Nei casi non procrastinabili, in questa fase epidemiologica, è possibile identificare percorsi e aree dedicate degli ospedali di riferimento in cui poter assicurare la terapia antitumorale in sicurezza.

Ad ogni modo, si precisa che, ai sensi del decreto ministeriale 14 luglio 1999, i medicinali antitumorali iniettabili possono essere erogati a carico del SSN anche in regime di ospedalizzazione domiciliare.

Sarà cura delle competenti strutture sanitarie regionali individuare la più opportuna modalità di erogazione, nel rispetto delle disposizioni recate dal citato decreto.

ALLEGATO 4

5-03867 Stumpo: Iniziative per contrastare i rischi di corruzione durante l'emergenza epidemiologica da COVID-19.**TESTO DELLA RISPOSTA**

In merito alla questione in esame, in via preliminare, ritengo opportuno fare alcune precisazioni.

Ogni Amministrazione pubblica adotta un proprio Piano triennale per la prevenzione della corruzione, su proposta del Responsabile nominato dall'Organo di indirizzo, tenuto conto anche del Piano Nazionale Anticorruzione adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione e dei relativi aggiornamenti e delle linee guida applicative.

Al fine di verificare l'attuazione sul territorio nazionale del Piano Nazionale per la Prevenzione della Corruzione – Settore Sanità, approvato il 28 ottobre 2015 dall'Autorità Nazionale Anticorruzione – in data 21 aprile 2016 è stato approvato il Protocollo d'Intesa tra il Ministero della salute e l'ANAC.

Le predette amministrazioni si sono impegnate a porre in essere una reciproca collaborazione allo scopo di attuare la realizzazione congiunta di una serie di attività di verifica, controllo e valutazione, anche « sul campo », dell'attuazione e della coerenza delle misure di trasparenza ed integrità e di prevenzione della corruzione adottate dalle Aziende Sanitarie territoriali e dagli Enti assimilati del Servizio Sanitario Nazionale.

Per concretizzare tale Protocollo d'Intesa, è stata creata una « *task force* » composta da ispettori del Ministero della salute, dell'ANAC e del Comando Carabinieri per la Tutela della Salute.

In tale contesto, significativo rilievo è stato dato alle attività finalizzate a prevenire i fattori della corruzione mediante sia l'adozione di tutti gli interventi idonei a favorirne il contrasto, che l'implementazione delle procedure di verifica, controllo e valutazione delle attività poste in essere presso le Aziende Sanitarie e gli Enti assimilati, con particolare attenzione ai settori degli appalti, delle proroghe e delle liste di attesa.

Come è noto, il menzionato Protocollo del 21 aprile 2016 aveva una durata di 36 mesi, sarà cura di questo Ministero avviare le procedure per l'adozione di un nuovo Protocollo che terrà nella dovuta considerazione sopraggiunte le esigenze emerse in occasione dell'emergenza da COVID-19, con specifico riguardo alle esigenze di controllo e di monitoraggio, segnalate anche con l'atto ispettivo in esame.

L'occasione del rinnovo del Protocollo sarà colta anche ai fini del coinvolgimento di tutti i « soggetti istituzionali » impegnati a contrastare la pandemia nei diversi livelli istituzionali.

ALLEGATO 5

5-03868 Foscolo: Estensione del programma di sperimentazione del farmaco antivirale Remdesivir all'Ospedale San Martino di Genova.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Come noto, il medicinale remdesivir è un farmaco sperimentale attualmente in studio per valutarne l'efficacia e la sicurezza nei soggetti affetti da malattia da COVID-19.

In particolare, sono in corso due studi di fase III e un programma di uso compassionevole che la ditta produttrice del farmaco (Gilead Sciences Srl) sta conducendo in varie nazioni. Trattandosi di un farmaco sperimentale non autorizzato per alcuna indicazione, gli utilizzi sperimentali sono gestiti, ai sensi della normativa vigente, direttamente dalla ditta produttrice del medicinale.

L'Italia ha avuto fin da subito la possibilità di partecipare agli studi di fase III e attualmente i due studi sono in corso in 12 centri italiani. Poiché questi studi sono partiti nel periodo di massima emergenza clinica, l'AIFA ha richiesto che il farmaco venisse messo a disposizione anzitutto dei centri con maggiore prevalenza di malattia, auspicando che la selezione degli ospedali fosse effettuata privilegiando quelli con il maggior numero di pazienti ricoverati.

Per quanto concerne il programma di uso compassionevole, la ditta, anche in considerazione della disponibilità del farmaco, ha deciso di selezionare i centri partecipanti. Tale scelta, per quanto inusuale in questo tipo di accesso al farmaco, come appropriatamente sottolineato nel

parere di approvazione della CTS reso nella seduta del 6-7/04/2020 («La CTS ritiene, comunque, inusuale ed eticamente discutibile limitare l'accesso allargato del farmaco esclusivamente ad alcuni centri»), rimane di pertinenza unica della ditta promotrice dello studio, la quale, ai sensi del decreto ministeriale 7/9/2017, ha facoltà di scegliere i centri autorizzati a cui fornire il farmaco ad uso compassionevole.

Occorre inoltre precisare che tale decisione non dipende neanche dal Comitato Etico, locale o Unico, identificato dal cosiddetto «decreto Cura Italia» (decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18).

L'attivazione di un comitato etico unico a livello nazionale, consente anzi di garantire un'unica procedura di approvazione dei programmi di uso compassionevole, senza che ciascun comitato sia chiamato a esprimersi singolarmente, consentendo così l'ottimizzazione delle tempistiche nella gestione dell'emergenza COVID.

Alla luce di quanto qui sopra evidenziato, l'AIFA ha ribadito il proprio impegno nel garantire una revisione dell'attuale programma di accesso al farmaco per uso compassionevole.

Da ultimo, si comunica che le informazioni relative alle sperimentazioni in questione sono pubblicate sul portale istituzionale dell'Agenzia.

ALLEGATO 6

5-03869 De Filippo: Misure volte a rafforzare la vigilanza e i controlli nelle strutture sanitarie della Regione Liguria.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Nell'ambito delle strategie di prevenzione e controllo dell'epidemia da virus SARS CoV-2, da subito è emersa la necessità di prestare massima attenzione nei confronti della popolazione anziana. Sin dalla adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 4 marzo 2020 anche per la regione Liguria è stata prescritta la rigorosa limitazione all'accesso dei visitatori agli ospiti nelle strutture di ospitalità e lungodegenza, residenze sanitarie assistite (RSA), *hospice*, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, quale fondamentale misura di prevenzione del contagio.

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha predisposto il Documento recante «Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie». (Rapporto ISS COVID-19, n. 4/2020).

Tale documento è stato trasmesso alle regioni e alle province autonome con la Circolare n. 13468 del 18 aprile 2020 del Ministero della salute.

Le misure generali prevedono un rafforzamento dei programmi e dei principi fondamentali di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) inclusa un'adeguata formazione degli operatori. In particolare, il rafforzamento della strategia di prevenzione si articola sui seguenti punti:

prevedere misure per prevenire l'ingresso di casi di COVID-19 nelle strutture e per gestire eventuali casi sospetti/probabili/confermati che si dovessero verificare tra i residenti;

necessità di una efficace sorveglianza attiva tra i residenti e gli operatori per l'identificazione precoce di casi;

necessità che le strutture siano in grado di effettuare un isolamento temporaneo dei casi sospetti;

in caso di impossibilità di un efficace isolamento per la gestione clinica del caso confermato, necessità di provvedere al trasferimento in ambiente ospedaliero o in altra struttura adeguata per l'ulteriore valutazione clinica e le cure necessarie, come ad esempio in una struttura dedicata a pazienti COVID-19.

Quanto al numero dei contagiati, dei decessi per COVID-19 e patologie simil influenzali tra gli ospiti ed il personale delle strutture RSA della regione Liguria ed alle proiezioni numeriche di tali dati rispetto al totale della popolazione residente presso le medesime strutture, un campione di dati è contenuto nella *survey* nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie dell'ISS.

Inoltre, sempre con riferimento alle strutture sanitarie per anziani, la Direzione della programmazione del Ministero della salute, conformandosi alle indicazioni contenute nelle raccomandazioni dell'OMS del 21 marzo 2020 – «Infection Prevention and Control guidance for Long-Term Care Facilities in the context of COVID-19» Interim guidance, (LTCF) – con la circolare del 25 marzo 2020 – recante l'aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza

COVID-19 – nell’ambito delle strategie di prevenzione, assistenza e controllo del contagio, ha segnalato che l’emergenza connessa agli ospiti/pazienti ivi ricoverati, rende necessario attivare una stretta sorveglianza e monitoraggio nonché il rafforzamento dei *setting* assistenziali.

In linea con quanto finora rappresentato, il recentissimo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 26 aprile 2020 conferma, all’articolo 1, comma 1, lettera x, che l’accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungodegenza, residenze sanitarie assistite (RSA), *hospice*, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è limitata ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione.

Sul versante dell’effettuazione dei *test*, la circolare n. 11715 del 3 aprile 2020 recante Pandemia di COVID-19 – aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità – ha raccomandato che l’esecuzione dei test venga assicurata agli operatori sanitari e assimilati a maggior rischio, sulla base di una definizione operata dalle aziende sanitarie, quali datori di lavoro. Inoltre, tra gli operatori esposti a maggior rischio, cui effettuare il test per tutelare loro stessi e per ridurre il rischio di trasmissione nosocomiale, sono stati individuati anche quelli delle RSA e delle altre strutture residenziali per anziani, sebbene asintomatici.

Infine, rappresento che è stata attivata l’Unità di Crisi, istituita con decreto del

Ministro della salute 27 marzo 2015, come modificata con Decreto ministeriale 7 agosto 2019, che ha dato mandato alla *Task force*, costituita in seno alla stessa Unità di Crisi, di procedere ad effettuare verifiche ispettive presso le RSA di diverse regioni.

Allo stato attuale, tali verifiche sono state già espletate in Lombardia, Calabria, Sicilia, in riferimento a situazioni di contagio/decesso, verificatesi in alcune strutture socio-sanitarie.

Ulteriori attività di verifica verranno effettuate presso tale tipologia di strutture assistenziali territoriali.

Ciò, al fine di fare luce su eventuali criticità organizzative/strutturali e di sicurezza che abbiano potuto rappresentare fattori concorrenti al diffondersi del contagio tra i degenti e tra questi e gli operatori sanitari e di verificare, nel contempo, se le misure adottate da parte delle regioni in materia di strutture sociosanitarie residenziali per anziani siano state e siano aderenti a quanto dettato dalle predette Circolari emanate dal Ministero della salute.

Quanto ai tamponi rassicuro gli onorevoli interroganti che dai dati forniti dal commissario straordinario Arcuri risultano 1.789.662 tamponi eseguiti. Solo negli ultimi tre giorni sono stati effettuati 147.306 tamponi.

Tra i grandi paesi con 2960 tamponi per 100.000 abitanti siamo il primo per numero di tamponi effettuati. La Germania ne fa 2.473,8; il Regno Unito 1.060,5; la Francia 560,1 sempre per 100.000 abitanti.

ALLEGATO 7

5-03870 Gemmato: Sull'Ordinanza n. 11 del 2020, concernente il prezzo finale di vendita delle mascherine facciali.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Con riferimento alla questione sollevata, di seguito fornisco alcuni elementi di chiarimento sulle problematiche sollevate dagli Onorevoli interroganti.

L'ordinanza n. 11 del 2020, adottata dal Commissario straordinario per l'emergenza Dr. Arcuri, è finalizzata a calmierare il prezzo delle « mascherine » che, come noto, sono ormai da considerarsi quotidiani strumenti di protezione individuale, che per lungo tempo accompagneranno la quotidianità di tutti noi.

Ciò premesso, la misura in esame va contestualizzata ed apprezzata in considerazione del beneficio che ne consegue per i cittadini italiani, a cui viene garantito un prezzo fisso per l'acquisto di tali dispositivi.

È notizia diffusa ieri dallo stesso Commissario che è stato sottoscritto un primo importante Accordo per la fornitura di 660 milioni di mascherine a 0,38 centesimi con fornitori italiani.

Voglio anche rassicurare sul fronte « della tenuta da parte dei farmacisti e delle parafarmacie » del nuovo sistema di fissazione del prezzo: è notizia di ieri, diffusa sempre dal Commissario straordi-

nario, che sono in corso contatti e interlocuzioni con i rappresentanti delle predette categorie, per giungere ad un Accordo, che garantisca la compiuta attuazione dell'Ordinanza in esame, cercando di contemperare tutti gli interessi implicati.

Da ultimo, fornisco i seguenti dati che attestano l'impegno organizzativo profuso nella distribuzione delle mascherine che nei prossimi mesi dovrebbero assicurare un approvvigionamento adeguato:

prima del 4 maggio sono state distribuite 4 milioni di mascherine al giorno;

nel mese di maggio è prevista la distribuzione di 12 milioni di mascherine al giorno;

nel mese di giugno saranno distribuite 18 milioni di mascherine al giorno;

nel mese di luglio ed agosto saranno 25 milioni al giorno;

a settembre, per l'apertura delle scuole, potremo contare su una disponibilità di 30 milioni di mascherine al giorno.

ALLEGATO 8

5-03871 Bagnasco: Misure per garantire gli operatori sanitari che siano stati a contatto con pazienti COVID-19 positivi.**TESTO DELLA RISPOSTA**

In data 24 marzo 2020, è stato siglato il Protocollo per la prevenzione e la sicurezza dei lavoratori della Sanità, dei Servizi Socio-Sanitari e Socio Assistenziali in ordine all'emergenza sanitaria da « COVID-19 ».

In tale documento, è stata ribadita la necessità di garantire a tutto il personale che opera nei servizi e nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio assistenziali sia pubblici che privati, e nei servizi territoriali, di operare nella massima sicurezza, ed è specificato che non si applica agli operatori sanitari e a quelli dei servizi pubblici essenziali la misura della sorveglianza, che viene peraltro attivata qualora gli stessi evidenzino « sintomatologia respiratoria o esito positivo per COVID-19 ».

Considerata la necessità di assicurare in maniera omogenea, su tutto il territorio nazionale, misure atte a garantire la massima tutela degli operatori e dei pazienti, è stato deciso di costituire un Comitato che consenta il monitoraggio e la segnalazione delle situazioni più critiche, nonché il confronto per futuri provvedimenti.

Fra i temi che il Comitato ha ritenuto necessario affrontare, fornendo ulteriori indicazioni, in collaborazione col Comitato Tecnico Scientifico, viene menzionata la definizione di una procedura omogenea per l'intero territorio nazionale, che stabilisca, sotto il profilo operativo e della definizione di responsabilità, i percorsi di sorveglianza a cui devono essere sottoposti i lavoratori, ed in particolare quelli venuti a contatto con pazienti positivi al COVID-19.

Il Ministero della salute, con la Circolare del 3 aprile 2020, ha aggiornato le indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità.

In particolare, è stato ribadito che la diagnosi di COVID-19 deve essere effettuata con test molecolari presso i laboratori di riferimento regionali e i laboratori aggiuntivi individuati dalle Regioni, è stato specificato che l'esecuzione del *test* diagnostico va riservata prioritariamente ai casi clinici sintomatici/paucisintomatici e ai contatti a rischio familiari e/o residenziali sintomatici.

L'esecuzione dei test deve essere assicurata agli operatori sanitari ed assimilati a maggior rischio, sulla base di una definizione operata dalle Aziende Sanitarie, tenute ad effettuarla come datori di lavoro.

In caso di necessità, fra i criteri di priorità per l'individuazione della platea, sono inclusi:

gli operatori sanitari esposti a maggior rischio (compreso il personale dei servizi di soccorso ed emergenza, il personale ausiliario e i tecnici verificatori) per tutelarli riducendo il rischio di trasmissione nosocomiale;

gli operatori dei servizi pubblici essenziali sintomatici, anche affetti da lieve sintomatologia per decidere l'eventuale sospensione dal lavoro;

gli operatori, anche asintomatici, delle RSA ed altre strutture residenziali per anziani.

Alla luce delle valutazioni che precedono, si ritiene che le misure già in atto siano bilanciate e rispondano alla esigenza di garantire la continuità dei servizi essenziali, tutelando, al contempo, l'incolumità del personale sanitario.