

ROMEO, CASTELLONE, BINETTI, ERRANI, BOLDRINI, ZAFFINI, PARENTE, PIRRO, CANTU', FREGOLENT, RIZZOTTI, IORI, RICHETTI, MARINELLO, LUNESU, SICLARI, MAUTONE, MARIN, STABILE, Giuseppe PISANI, DORIA, TAVERNA.

Il Senato,

premesso che:

con circolare del 30 novembre 2020 su "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;

nella circolare si evidenzia come il virus abbia rappresentato un agente patogeno sconosciuto alla comunità scientifica internazionale fino al dicembre 2019, il che ha messo in condizione tutte le autorità sanitarie del mondo a confronto con una malattia (la COVID-19) della quale non si sapeva nulla e nei confronti della quale non esistevano protocolli specifici;

la gestione clinica dei pazienti affetti da COVID-19 si è progressivamente evoluta, attraverso il progressivo accumulo di informazioni relative al determinismo patogenetico della condizione morbosa, ai sintomi presentati dai pazienti e alle conoscenze che si sono andate via via accumulando nel tempo;

le conoscenze maturate hanno indotto la comunità scientifica a differenziare i pazienti a seconda del rischio, al fine di determinare in quali casi sia necessaria l'ospedalizzazione, giacché nelle primissime settimane vi è stata una tendenza generalizzata, dovuta alle scarse conoscenze sulla nuova malattia, a curare tutti i soggetti contagiati da SARS-Cov2 attraverso il ricovero ospedaliero, anche nei casi in cui la malattia non si è rivelata particolarmente aggressiva e creando i presupposti per un intasamento delle strutture ospedaliere;

solo in una seconda fase, quando le conoscenze mediche si sono dimostrate più solide, essendosi avvantaggiate da un'esperienza clinica ormai significativa, le autorità sanitarie hanno intrapreso un percorso nel quale il ricovero ospedaliero è stato riservato solo ai pazienti che evidenziavano un quadro clinico più severo;

si è giunti quindi alla doverosa conclusione per cui una corretta gestione dei pazienti affetti da COVID-19 presuppone, da un lato, l'immediata adozione delle cure maggiormente idonee e specifiche per il singolo individuo, dall'altro, l'esigenza di non affollare in maniera non giustificata gli ospedali e soprattutto le strutture di pronto soccorso;

è necessario, pertanto, alla luce delle esperienze sul territorio superare la previsione della "vigile attesa" prevedendo l'aggiornamento dei protocolli e delle linee guida dando la possibilità per i medici di prescrivere i farmaci ritenuti più opportuni tenuto conto del singolo caso, nel quadro delle indicazioni della comunità scientifica validate dagli organi preposti;

ne consegue che i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, grazie alla presenza capillare nel territorio e alla conoscenza diretta della propria popolazione di assistiti, sono chiamati a svolgere un ruolo cruciale nell'ambito della gestione dei soggetti positivi, in stretta collaborazione con il personale delle USCA (unità speciali di continuità assistenziale) e con eventuali unità di assistenza presenti sul territorio; ciò è fondamentale nell'ottica di un nuovo modello di sanità territoriale che garantisca l'inter-professionalità nell'ambito dei distretti socio sanitari;

è inoltre di strategica importanza favorire il lavoro in team multidisciplinari e multiprofessionali, ricorrendo anche a strumenti di telemedicina ed utilizzando software interoperabili affinché i dati clinici ed assistenziali generati nell'ambito dell'assistenza territoriale divengano patrimonio del SSN e dei ricercatori che operano nelle istituzioni di ricerca pubbliche;

considerato che:

il SARS-CoV-2 continuerà a circolare nella comunità nazionale, stressando la capacità di risposta delle strutture sanitarie poiché, in attesa di completare il profilassi vaccinale, la COVID-19 non si può considerare al momento eradicabile e pertanto si può ipotizzare una fase, nel medio periodo, di epidemia stabile, con possibili incrementi periodici, perlomeno fino alla disponibilità di ulteriori misure di prevenzione e trattamento dell'infezione;

è indispensabile fornire indicazioni operative volte ad identificare precocemente i pazienti con sospetta malattia COVID-19, incentivandone la presa in carico precoce, migliorare le funzioni assistenziali, tracciare i contatti, assolvere gli obblighi di segnalazione di caso ai fini epidemiologici, garantire la sorveglianza sanitaria e l'assistenza delle persone fragili in quanto più esposte al rischio e necessitanti di una implementata presa in carico;

sono sempre più numerose, anche sulla scorta delle esperienze internazionali, le evidenze positive, con valenza preventiva rispetto al ricovero in terapia intensiva e *sub* intensiva del trattamento precoce delle infezioni, che non potrebbe operarsi senza una rapida ed estesa individuazione delle infezioni medesime;

la circolare del Ministero della salute richiamata riconosce, tra gli scenari di gestione domiciliare dei pazienti COVID-19, che: a) una corretta gestione del caso fin dalla diagnosi consente di attuare un flusso che abbia il duplice scopo di mettere in sicurezza il paziente e di non affollare in maniera non giustificata gli ospedali e soprattutto le strutture di pronto soccorso; b) i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, grazie alla presenza capillare nel territorio e alla conoscenza diretta della propria popolazione di assistiti, sia in termini sanitari che in termini sociali, devono giocare, in stretta collaborazione con il personale delle USCA e con eventuali unità di assistenza presenti sul territorio, inclusi di infermieri di comunità, un ruolo cruciale nell'ambito della gestione assistenziale dei malati di COVID-19, riconoscendo un ruolo cruciale ai membri della famiglia o ai conviventi del paziente; la casa come luogo primario di cura è il punto cardine di una nuova visione della medicina di prossimità che attenua il senso di allontanamento e di perdita delle relazioni quotidiane e apporta una dimensione non solo farmacologica ma anche relazionale al trattamento sanitario;

in assenza di linee guida aggiornate ed univoche volte a fornire protocolli generali di cura domiciliare dei pazienti COVID-19, si registrano sul territorio nazionale rilevanti diversificazioni tra i protocolli sanitari regionali, evidenziando in alcune regioni l'implementazione di protocolli definiti nel corso di un costante monitoraggio e aggiornamento delle indicazioni fornite sia sul piano farmacologico che dell'organizzazione e coordinamento della rete territoriale di assistenza da attivare per l'esecuzione degli accertamenti diagnostici;

la riduzione delle attività ordinarie ha comportato, verosimilmente, una diminuzione dell'assistenza rivolta alle persone con patologie croniche, spesso multiple, aumentandone la condizione di fragilità. Pertanto, garantire la funzionalità dell'intera rete dei servizi territoriali, soprattutto quelli rivolti alle persone più fragili, è un impegno di carattere etico e di rinnovamento culturale, oltre che organizzativo, e rappresenta una responsabilità di sanità pubblica che assume particolare rilevanza nel corso dell'attuale emergenza sanitaria. Sono infatti soprattutto i soggetti fragili coloro che rischiano di andare incontro a complicanze in caso di infezione da SARS-COV-2 (6 su 10 delle

persone decedute sono ultraottantenni e quasi tutte sono persone fragili) ed è soprattutto a loro tutela che va garantita una presa in carico precoce. Cos' come va assicurata la presa in carico territoriale delle persone dimesse dal ricovero ospedaliero, istituendo un corretto percorso di continuità ospedale-territorio, con l'obiettivo di migliorarne l'appropriatezza offrendo assistenza alla persona ed evitando che questo passaggio diventi occasione di contagio;

L'AIFA, a seguito del decreto-legge cosiddetto "Cura Italia", ha adottato procedure straordinarie e semplificate per la presentazione e l'approvazione delle sperimentazioni e degli usi compassionevoli dei farmaci nell'utilizzo contro il COVID-19. Tale percorso semplificato prevede una valutazione preliminare da parte della Commissione Tecnico-Scientifica (CTS) di AIFA, mentre al comitato etico dell'Istituto Nazionale Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" è affidato il ruolo di comitato etico unico nazionale. Sul sito dell'AIFA è disponibile una sezione apposita dedicata al COVID-19, nella quale sono disponibili tutte le informazioni sulle sperimentazioni in corso. Alla data del 3 Aprile 2021 sono state approvate 68 sperimentazioni,

impegna il Governo:

- 1) ad aggiornare, per il tramite dell'Istituto Superiore di Sanità, Agenas ed AIFA, i protocolli e linee guida per la presa in carico domiciliare da parte di MMG, PLS e medici del territorio, dei pazienti COVID-19 tenuto conto di tutte le esperienze dei professionisti impegnati sul campo;
- 2) ad istituire un Tavolo di monitoraggio ministeriale, in cui siano rappresentate tutte le professionalità coinvolte nei percorsi di assistenza territoriale, vista la crescente complessità gestionale e la necessità di armonizzare e sistematizzare tutte le azioni in campo;
- 3) ad attivare, per una efficace gestione del decorso, fin dalla diagnosi, interventi che coinvolgano tutto il personale presente sul territorio in grado di fornire assistenza sanitaria, accompagnamento socio-sanitario e sostegno familiare;
- 4) ad attivarsi affinché le diverse esperienze e dati clinici raccolti dai Servizi Sanitari Regionali confluiscono in un protocollo unico nazionale di gestione domiciliare del paziente Covid-19;
- 5) ad affiancare all'implementazione del protocollo nazionale per la presa in carico domiciliare dei pazienti Covid-19 un piano di potenziamento delle forniture di dispositivi di telemedicina idonei ad assicurare un adeguato e costante monitoraggio dei parametri clinici dei pazienti.