



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 88

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INTERROGAZIONI

243^a seduta: giovedì 15 luglio 2021

Presidenza del presidente PARENTE

I N D I C E**INTERROGAZIONI**

PRESIDENTE	Pag. 3, 5, 8
LAUS (PD).....	5
SILERI, sottosegretario di Stato per la salute.	3, 5
ZAFFINI (Fdi)	7
ALLEGATO (contiene i testi di seduta)	9

Sigle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: Fdi; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Misto: Misto; Misto-IDEA e CAMBIAMO: Misto-IeC; Misto-Italexit-Partito Valore Umano: Misto-I-PVU; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-l'Alternativa c'è-Lista del Popolo per la Costituzione: Misto-l'A.c'è-LPC; Misto-Liberi e Uguali-Ecosolidali: Misto-LeU-Eco; Misto-Movimento associativo italiani all'estero: Misto-MAIE; Misto-+Europa - Azione: Misto-+Eu-Az; Misto-Potere al Popolo: Misto-PaP.

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

I lavori hanno inizio alle ore 8,35.

Interrogazioni

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca lo svolgimento di interrogazioni.

Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-02055, presentata dal senatore Laus e da altri senatori.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, ringrazio il senatore Laus e i colleghi per l'interrogazione.

Riguardo alla tematica in esame posta con la presente interrogazione, preciso quanto segue: come noto, nell'attuale ordinamento giuridico e nel Sistema sanitario nazionale, il decreto ministeriale 17 gennaio 1997, n. 70, individua la figura professionale dell'infermiere pediatrico e l'articolo 1 dispone che l'infermiere pediatrico partecipa all'assistenza ambulatoriale, domiciliare e ospedaliera dei soggetti di età inferiore a diciotto anni affetti da malattie acute e croniche.

L'ambito così individuato circoscrive l'attività dell'infermiere pediatrico al soggetto dagli zero agli otto anni, escludendone la possibilità di partecipare all'assistenza di un soggetto adulto, ricompresa negli ambiti di competenza della figura professionale dell'infermiere, istituita con il decreto ministeriale 14 settembre 1994, n. 739, «Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere».

Le competenze attribuite all'infermiere e all'infermiere pediatrico dai citati decreti ministeriali sono richiamate anche negli obiettivi formativi qualificanti della classe L/SNT1 delle lauree in professioni sanitarie infermieristiche e nella professione sanitaria ostetrica, con la previsione, per le figure professionali in questione, di due percorsi distinti di laurea, a cui corrispondono distinti sbocchi professionali.

Pertanto, stante il vigente quadro normativo di riferimento, allo stato attuale dell'attività assistenziale dell'infermiere pediatrico non possono beneficiare soggetti che abbiano dai diciotto anni in su. Purtuttavia, il Ministero della salute è consapevole del fatto che negli ultimi anni si è registrata un'evoluzione del profilo epidemiologico della popolazione, che ha evidenziato un incremento delle patologie croniche e del riconoscimento delle malattie rare in età pediatrica, con la conseguente necessità, al passaggio del paziente pediatrico verso l'età adulta, di un idoneo inserimento del medesimo in un sistema assistenziale orientato all'adulto.

L'esigenza di far fronte a tale necessità risulta ancor più rilevante se si considera che il passaggio del paziente pediatrico all'età adulta copre un periodo particolare in cui il soggetto può essere estremamente vulnerabile e i bisogni di assistenza sanitaria del paziente pediatrico-tardo adolescenziale affetto da malattia cronica o rara, se non soddisfatti, possono determinare conseguenze a lungo termine. Emerge, quindi, un crescente bisogno di definire e organizzare una continuità assistenziale, una *transitional care* che si prenda cura del soggetto nella fase di passaggio dalla fase tardo-adolescenziale alla fase dell'età adulta, che invero al momento attuale purtroppo – e lo sottolineo – non è uniformemente realizzata sul territorio nazionale.

Di tale carenza si fa menzione anche nel Piano nazionale delle cronicità del 2016 laddove si afferma che esiste questa carenza assistenziale, che necessita e rende necessario un urgente intervento di sanità pubblica proprio per costruire quei percorsi assistenziali per il giovane adulto.

In tal senso si esprime inoltre, come ricordato nell'interrogazione in esame, che il codice del diritto del minore alla salute e ai servizi sanitari, redatto da un gruppo di lavoro multidisciplinare nel 2013, nella parte III, intitolata «Minori e assistenza sanitaria», all'articolo 6, dal titolo «Assistenza globale e continuata», sottolinea: «(...) Accordando priorità al diritto del minore alla continuità di trattamento, devono essere previsti percorsi di transizione dalla gestione pediatrica a quella dell'adulto per patologie complesse, croniche o disabilitanti, secondo le modalità più appropriate per garantire la continuità dell'assistenza sanitaria».

Sulla base delle valutazioni svolte nel merito del quesito posto nell'interrogazione, segnalo che, al fine di garantire sia la sicurezza e l'efficacia delle cure dei pazienti sia la stessa sicurezza degli stessi operatori sanitari, il Ministero è disponibile ad avviare un confronto con la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI), il Ministero dell'università e della ricerca (MUR) e il coordinamento tecnico della commissione salute presso la Conferenza delle Regioni e Province autonome ai fini di una possibile revisione del decreto ministeriale 17 gennaio 1997, n.70, volto a considerare la partecipazione dell'infermiere pediatrico, laddove venga ritenuto efficace e necessario, all'assistenza continuativa dei pazienti pediatrici affetti da patologie croniche e rare anche oltre il compimento del diciottesimo anno di età.

Come soluzione alternativa, si potrebbe approfondire l'opportunità di un eventuale accorpamento delle due figure professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico, con la revisione anche del relativo ordinamento didattico. In relazione a tale ultimo aspetto, preciso che al Ministero dell'università e della ricerca è stato istituito un tavolo tecnico, del quale fanno parte anche rappresentanti del Ministero della salute. Questo tavolo è stato istituito durante il Governo Conte II ed è tuttora in essere.

Aggiungo a ciò che mi è stato fornito dall'Ufficio legislativo che, essendo le professioni sanitarie parte delle mie deleghe, sarà mia premura portare tale problematica all'attenzione di questo tavolo quanto prima, cioè entro la fine di questo mese, poiché senza ombra di dubbio coinvolge

tutte le branche mediche e può avere un risvolto forse ancor più importante, ad esempio, nelle branche chirurgiche. Faccio l'esempio dei pazienti con patologie croniche che necessitano di un trapianto nel momento in cui si passa da sotto i diciotto anni a sopra tale età.

Vi assicuro che mi farò parte diligente presso il tavolo competente per addivenire a una soluzione in tempi rapidi, e sarà mia premura riferirvi sugli sviluppi successivi.

LAUS (PD). Signor Presidente, signor sottosegretario Sileri, sono molto soddisfatto della risposta, che ha colto appieno tutte le mie preoccupazioni. Sono molto soddisfatto che quanto esposto nell'interrogazione abbia avuto una risposta esaustiva, nella quale ho constatato piena consapevolezza della problematica sia da un punto di vista scientifico che da un punto di vista giuridico.

Mentre lei illustrava la risposta all'interrogazione, ero un po' preoccupato della tempistica, poiché la politica ha dei tempi diversi rispetto a quelli ordinari e della quotidianità; ma sono stato rassicurato dalla sua risposta, che apprezzo anche per l'impegno personale. Esprimo pertanto soddisfazione e le chiedo gentilmente se posso avere la risposta scritta.

Faccio solo una notazione aggiuntiva. Lei ha solo accennato alla questione della responsabilità anche degli operatori e degli infermieri. Nell'interrogazione ho scritto di un rischio, ma secondo me c'è qualcosa di più di un rischio di un eventuale esercizio abusivo della professione, ai sensi dell'articolo 348 del codice penale.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-02483, presentata dal senatore Zaffini.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, ringrazio il senatore Zaffini e i colleghi per questa interrogazione.

Riguardo alla questione in esame, faccio un breve *excursus* degli ultimi mesi. L'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), d'intesa con il Ministero della salute, ha proposto ricorso in appello, dinanzi al Consiglio di Stato, contro l'ordinanza cautelare del TAR Lazio (sezione terza) che ha disposto – in via cautelare – la sospensione dell'efficacia della nota AIFA del 9 dicembre 2020.

In particolare, l'AIFA, in merito alle motivazioni alla base del ricorso in appello, ha sottolineato in primo luogo il difetto, l'erroneità e l'irragionevolezza della motivazione a sostegno del provvedimento cautelare, nel senso che nessun elemento a supporto della decisione del TAR è stato esplicitato, né tanto meno il collegio ha fornito indicazioni circa le motivazioni del proprio assunto.

L'Agenzia ha rimarcato, inoltre, che la nota impugnata è assolutamente priva di qualsivoglia lesività tale da poter ritenere provato il *periculum in mora* non recando alcun immediato effetto pregiudizievole alla parte ricorrente. In effetti, nessun provvedimento può «*ex se*» impedire al medico curante la prescrizione dei farmaci o la cura secondo scienza

e coscienza. Con la nota del 9 dicembre 2020, l'AIFA non ha limitato la possibilità di prescrivere determinati farmaci; pertanto, non ha assolutamente inciso sulla libertà prescrittiva del medico curante.

Secondo l'Agenzia, le linee di indirizzo fornite e oggetto dell'impugnativa sono state erroneamente intese come una lista dei «farmaci da non usare» piuttosto che come la definizione di condizioni per le quali le evidenze della letteratura scientifica consentono di stimare l'efficacia di un farmaco, raccomandandone o meno l'utilizzo. Infatti, quanto riportato nella nota è il risultato delle più attuali evidenze scientifiche e cliniche disponibili al momento della pubblicazione della stessa.

L'AIFA ha lamentato, altresì, l'omessa motivazione anche con riferimento alla mancata valutazione di quanto da essa rappresentato in qualità di parte resistente in giudizio.

L'Agenzia ha analiticamente delineato tutte le motivazioni che hanno condotto alla stesura della nota del 9 dicembre 2020, evidenziando come, fin dalle prime fasi dell'epidemia da Covid-19, il dilagare di una malattia tanto grave e sostanzialmente sconosciuta ha comportato la proliferazione di una serie di protocolli di trattamento terapeutico non raramente basati su evidenze personali, su evidenze a volte incomplete e, a volte, molto eterogenee. Allo scopo di regolare l'uso di alcuni di questi farmaci, la Commissione tecnico-scientifica dell'AIFA (CTS) ha deciso di pubblicare delle schede informative concernenti i medicinali utilizzati, definendone specifiche linee di indirizzo terapeutico ed evidenziandone i rischi e le avvertenze d'uso. L'AIFA, nel pieno rispetto non solo del principio di precauzione, ma anche del principio di prevenzione, ha adottato, d'intesa con il Ministero della salute, le raccomandazioni e le linee di indirizzo impugnate proprio sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, che sono necessariamente in continuo aggiornamento.

Occorre evidenziare che il Consiglio di Stato, con l'ordinanza n. 2221 del 23 aprile 2021, in riforma alla precedente ordinanza del TAR, ha respinto l'istanza cautelare di sospensione della nota AIFA del 9 dicembre 2020, recante «principi di gestione domiciliare del Covid-19», accogliendo l'appello cautelare proposto dall'AIFA e dal Ministero della salute. A parere del Consiglio di Stato, infatti, «la nota AIFA non pregiudica l'autonomia dei medici nella prescrizione, in scienza e coscienza, della terapia ritenuta più opportuna, laddove la sua sospensione fino alla definizione del giudizio di merito determina al contrario il venir meno di linee guida, fondate queste su evidenze scientifiche documentate in giudizio, tali da fornire un ausilio (ancorché non vincolante) a tale spazio di autonomia prescrittiva, comunque garantito».

Il successivo 26 aprile 2021, la nota AIFA del 9 dicembre 2020 è stata aggiornata e costituisce parte integrante della circolare del Ministero della salute «Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2» del 30 novembre 2020, aggiornata anch'essa il 26 aprile 2021, tramite la circolare del Ministero della salute, recante «Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2, aggiornata al 26 aprile 2021».

Quest'ultima circolare intende fornire una serie di indicazioni operative tenuto conto dell'attuale evoluzione della situazione epidemiologica sul territorio nazionale e soprattutto delle emergenti conoscenze scientifiche acquisite nel corso dei mesi, da quando il SARS-CoV-2 è arrivato nel nostro territorio nazionale fino all'aprile del 2021.

L'aggiornamento, che va a modificare la circolare del 30 novembre 2020, è stato effettuato da un gruppo di lavoro in cui vi erano rappresentanti del Ministero ed istituzionali, professionali e del mondo scientifico e ha avuto il parere favorevole del Consiglio superiore di sanità (CSS). Inoltre, il documento viene e verrà periodicamente aggiornato al fine di rendere le indicazioni quanto più conformi possibile alle pratiche internazionali soprattutto sulla base delle evidenze scientifiche che sono maturate e in continuo aggiornamento.

In particolare, la nota del 26 aprile 2021, tra le varie indicazioni fornite, introduce anche la valutazione sui pazienti da indirizzare nelle strutture di riferimento con il trattamento, ad esempio, di anticorpi monoclonali; fornisce indicazioni accurate su quando e come utilizzare, ad esempio, i cortisonici. Non mi soffermo adesso a parlare di terapie, ma sappiamo che l'utilizzo improprio, eccessivo e non vigilato dei cortisonici ha determinato alcuni problemi, soprattutto nell'ondata che abbiamo vissuto tra gennaio e marzo. Quest'ultima circolare ha quindi dato delle indicazioni accurate su modalità e dosaggi per l'utilizzo dei cortisonici.

La suddetta circolare specifica inoltre l'utilizzo dell'eparina e indica anche i farmaci da non utilizzare, non perché necessariamente può esserci una tossicità o addirittura un effetto negativo sul paziente, ma perché dimostratisi, ad esempio, inefficaci. Tutto ciò avviene sulla base di evidenze scientifiche non solo maturate in Italia, ma dalla comunità scientifica internazionale.

Inoltre, nei soggetti in cura a domicilio asintomatici e paucisintomatici viene meglio esplicitato il concetto, che ha creato tante polemiche, della cosiddetta vigile attesa, che è e deve essere una sorveglianza clinica attiva, con il costante monitoraggio dei parametri vitali e delle condizioni cliniche del paziente.

ZAFFINI (*FdI*). Signor Presidente, innanzitutto ringrazio il collega Sileri. Certamente il limite di questa risposta è la distanza temporale di qualche mese dalle circostanze descritte nell'interrogazione. In tale documento osservammo un paradosso: a maggio del 2021 l'intero sistema dell'assistenza domiciliare non disponeva di un protocollo, se non di una circolare del novembre precedente. Per un lasso di tempo di oltre sei mesi, quindi, l'unico suggerimento distribuito dal Ministero e dall'AIFA era la circolare che faceva perno sulla vigile attesa e la tachipirina.

Si è verificato che tale circostanza, insieme ad altre, ha determinato l'intasamento delle terapie intensive in quanto si procedeva a un'ospedalizzazione a dir poco tardiva dei pazienti che, tutt'altro che monitorati, venivano lasciati-abbandonati nelle proprie abitazioni con forse una telefonata ogni due o tre giorni o settimanale di fantomatici medici di Unità

speciali di continuità assistenziale (USCA) o medici di famiglia, i quali peraltro denunciavano, come hanno più volte fatto, l'assenza di istruzioni precise sulle terapie domiciliari.

La risposta di oggi del sottosegretario Sileri è parzialmente esauriente o tutt'altro che esaustiva, posto che ancora oggi tarda l'aggiornamento di quelle linee guida nonostante il fatto che il virus nel frattempo, anche in virtù dei vaccini, abbia mutato drasticamente la propria azione. Come sa perfettamente il sottosegretario Sileri, anche nella sintomatologia c'è stata una forte mutazione di circostanze che destano preoccupazione.

Sicuramente, quindi, vanno aggiornati i protocolli delle terapie domiciliari, che ovviamente devono essere aperti in virtù dell'osservazione dell'evoluzione dell'epidemia; accanto a questo, vanno portati avanti ancora i sistemi di monitoraggio del virus nella popolazione, posto che, collega Sileri, anche le varianti hanno una forte incidenza di sintomatici e paucisintomatici.

Ancora oggi – e lo sottolineo – stiamo facendo pochi tamponi. Abbiamo a disposizione anche tamponi di terza generazione che individuano le varianti. Voglio capire e sapere perché stiamo facendo ancora dai 50.000 ai 60.000 tamponi al giorno. Passata l'estate, nonostante i vaccini, ci troveremo ancora a dover affrontare questo tema, che è rimasto senza risposta. Con attinenza specifica alle terapie domiciliari, auspico che, su stimolo del collega Sileri, l'aggiornamento delle linee guida tenga oggi anche conto dei sintomi mutati sulle varianti, che è ciò che osserviamo, per esempio, nel Regno Unito.

Ripeto, mi ritengo parzialmente soddisfatto e ringrazio il collega Sileri per la risposta, ma il tempo intercorso ha pregiudicato la sua efficacia.

In conclusione, vorrei intervenire brevemente su quello che definirei lo stato mentale dell'AIFA. Nel momento in cui viene eccepito che c'è un protocollo vecchio, l'unica cosa che pensa di fare con urgenza è opporsi a una sentenza del TAR, che peraltro da un gruppo di medici era vista come una sorta di interferenza (ma io non condivido affatto questa posizione). Credo, invece, che l'AIFA faccia bene a distribuire le linee guida; anzi, deve farlo: a ciò si doveva accingere, ossia ad aggiornare le linee guida, piuttosto che preoccuparsi di fare ricorso contro una sentenza del TAR.

PRESIDENTE. Lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno è così esaurito.

I lavori terminano alle ore 8,55.

ALLEGATO

INTERROGAZIONI

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;

premessi, 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)

