



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

**n. 90**

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)**

**INTERROGAZIONI**

246<sup>a</sup> seduta: giovedì 22 luglio 2021

Presidenza del presidente PARENTE

**I N D I C E****INTERROGAZIONI**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 6, 11
FREGOLENT ( <i>L-SP-PSd'Az</i> ) . . . . .	5
* PIRRO ( <i>M5S</i> ) . . . . .	10
SILERI, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i> . . . . .	3, 6
ALLEGATO ( <i>contiene i testi di seduta</i> ) . . . . .	12

---

**N.B.** L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

*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-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 8,30.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

##### **Interrogazioni**

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

Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-01181, presentata dalla senatrice Pucciarelli e da altri senatori.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, la pianificazione strategica adottata in Italia per la lotta nazionale contro i tumori è coerente con l'approccio multisettoriale di «Salute in tutte le politiche» del Piano europeo contro il cancro (European Commission – «Europe's Beating Cancer Plan» 2021). Infatti, il Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025 ha sottolineato che l'approccio interdisciplinare e transdisciplinare tra ricercatori e professionisti, di provenienza sia tecnica sia medica, è cruciale al fine di affrontare i principali problemi di salute pubblica, ed in particolare la prevenzione dei tumori.

Servono a tal fine azioni intersettoriali di promozione della salute (sana alimentazione, attività fisica, astensione dall'uso di sigarette e di altri prodotti del tabacco e dal consumo dannoso e rischioso di alcol), sia il miglioramento della partecipazione agli *screening* oncologici erogati dal Servizio sanitario nazionale, la cui offerta e adesione può essere considerata un fattore protettivo per la mortalità e morbilità dovuta alle tre patologie oncologiche attualmente oggetto di *screening* (carcinoma della cervice uterina, mammario e del colon retto).

Al fine di migliorare il percorso complessivo di contrasto delle patologie neoplastiche (dalla prevenzione, alla diagnosi precoce e alla presa in carico globale del malato oncologico), e per poter far fronte ai costi sanitari e sociali da esse determinati, presso il Ministero della salute, in data 27 aprile 2021, è stato istituito un tavolo di lavoro inter-istituzionale, con il compito di elaborare un documento di pianificazione per la prevenzione oncologica (Piano nazionale di prevenzione oncologica).

Ai lavori del tavolo partecipano i rappresentanti di Alleanza contro il cancro, AIFA, Agenas, ISS, della Commissione salute presso la Conferenza Regioni e Province autonome e di Airtum, nonché delle associazioni e federazioni italiane delle professioni mediche e sanitarie e delle associazioni dei pazienti e del volontariato. Mi soffermo sul punto per sottoli-

neare che, in merito al suddetto tavolo, e quindi al Piano nazionale di prevenzione oncologica, fu presentata una mozione presso l'Assemblea del Senato. In quell'occasione promisi di recuperare tempo per questo Piano, fermo da alcuni anni, sollecitando i partecipanti al tavolo e modificando il termine per la presentazione del Piano. Devo constatare che i lavori del tavolo hanno effettivamente avuto un'accelerazione. Avevo promesso che entro l'estate avremmo avuto il Piano e immagino che sarà proprio così: all'inizio di settembre o al massimo entro la fine di tale mese il documento sarà consegnato.

In coerenza con le aree di intervento del citato Piano europeo contro il cancro, si prevede un rafforzato impegno per migliorare l'accesso a diagnosi e trattamenti innovativi del cancro, valorizzare il ruolo della genomica per la salute pubblica, sostenere le nuove tecnologie, la ricerca, la formazione e l'innovazione; tutte attività che dovranno svilupparsi in forte raccordo con le iniziative intraprese a livello europeo.

Accanto alle attività di promozione della salute e prevenzione è necessario un approccio integrato e multidisciplinare in tutto l'*iter* diagnostico terapeutico, nelle diverse fasi della malattia, rispettando la centralità della persona, affinché il paziente sia inserito in un sistema organizzato, dove ogni livello operativo agisce nell'ambito di un modello che abbia come fulcro una rete. Ciò dovrà determinare una presa in carico globale, estesa all'intero percorso dall'ospedale al domicilio.

In tal senso, l'accordo sancito in Conferenza permanente Stato-Regioni il 17 aprile 2019 sul documento recante: «Revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la rete oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e *post* acuti con l'attività territoriale», mira a favorire il consolidamento, in tutte le Regioni e Province Autonome, di un modello organizzativo che preveda l'approccio multidisciplinare, con l'integrazione delle differenti specialità in un «*team* tumore» specifico per la gestione clinica dei pazienti. Questo dovrebbe consentire di creare, oltre che una rete, anche dei modelli operativi tali da garantire equità di accesso alle cure e la presa precoce in carico dei nostri pazienti.

Presso l'Agenas è operante l'Osservatorio per il monitoraggio delle reti oncologiche, che ha il compito di monitorare e di favorire l'omogeneità di funzionamento delle reti ed il loro periodico aggiornamento.

Inoltre, il Ministero della salute ha promosso numerose iniziative sia riguardo alle tematiche della salute della donna, sia in merito alla prevenzione delle malattie oncologiche mammarie. Segnalo una recentissima iniziativa del Ministero della salute, in collaborazione con le *Breast unit* operanti nel Policlinico di Tor Vergata in Roma e presso l'Università di Modena e Reggio Emilia, concernente il progetto «In seno alla salute», lanciato il 14 luglio 2021 (consultabile nel sito [www.insenoallasalute.it](http://www.insenoallasalute.it)). Questo progetto intende fornire uno strumento di conoscenza delle misure di prevenzione oncologica, offrendo la possibilità di effettuare un consulto medico telefonico gratuito alle donne che, a seguito di compilazione di questionario anamnestico, risultino come soggetti «a maggior rischio».

Nel caso in cui gli specialisti oncologi, in esito al colloquio telefonico, ritengano necessari adeguati approfondimenti, le donne avranno la possibilità di sottoporsi a visita presso le citate *Breast unit*. Nel sito prima indicato viene spiegato, in modo chiaro e diretto, come partecipare al progetto: tutte le donne interessate, attraverso una semplice procedura di autenticazione con il telefono cellulare, e nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di *privacy*, possono accedere alla compilazione di un questionario anamnestico, in base al quale saranno individuate le persone ritenute «a maggior rischio». Ad esse verrà dato accesso ad un calendario *online*, in cui potranno autonomamente prenotare un appuntamento telefonico con uno specialista delle *Breast unit*.

Gli obiettivi del progetto sono: diffondere la cultura della prevenzione, facendo conoscere anche le conseguenze che alcune patologie oncologiche mammarie possono avere sulla salute riproduttiva; incrementare l'adesione ai programmi di *screening*; sottolineare l'importanza dell'auto-palpazione del seno e della diagnosi precoce; aumentare la consapevolezza delle possibilità di procreazione anche dopo una diagnosi di neoplasia.

In merito alla richiesta formulata nell'interrogazione parlamentare in esame, ed in considerazione dell'importanza delle tematiche della salute della donna nel delicato settore della prevenzione e terapia delle patologie oncologiche, il Ministero della salute, per quanto riguarda gli aspetti e gli ambiti della propria competenza, considera favorevolmente l'istituzione di una Giornata nazionale del tumore al seno metastatico, come mezzo ulteriore per diffondere una cultura di prevenzione e consapevolezza necessaria per combattere il tumore.

FREGOLENT (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, ringrazio il sottosegretario Sileri per la sua risposta nonché per averci tutti resi edotti del fatto che è stato riavviato il tavolo per il nuovo piano oncologico, sul quale il Sottosegretario si era assunto l'impegno con tutti noi di fornire una risposta non tanto a questa Commissione, quanto ai cittadini italiani.

Lavorare sulla prevenzione è assolutamente fondamentale. Ne parliamo spesso, ma credo che la consapevolezza che tale patologia possa toccare ciascuno di noi non ci sia. Si sa che è un problema sempre più diffuso ma solo quando tocca qualcuno di noi lo si vive in modo concreto, rendendosi finalmente conto di quanto importante possa essere la prevenzione.

Per una donna fertile il tumore al seno è uno stravolgimento completo della propria vita, non solo personale ma anche negli affetti. È dunque importante affrontare anche tutto il tema dell'affettività nel caso in cui le donne contraggono il cancro in età fertile, lavorando sul fatto che la vita non si ferma e che le possibilità di avere una vita normale esistono. Bisogna continuare a lavorare sugli *screening*, bisogna portare tutte le Regioni a una uniformità di diffusione degli *screening*, perché intercettare in tempo utile simili patologie fa sì che le cure necessarie siano minori, che la qualità della vita delle persone continui ad essere alta e non subisca un

deterioramento e, soprattutto, che i problemi sulla vita sociale, relazionale e lavorativa siano meno invasivi.

Ottobre è il mese rosa della prevenzione. Ben venga l'impulso da parte del Sottosegretario e del Ministero per l'istituzione di una giornata nazionale dedicata, per fare in modo che possa essere l'emblema di un lavoro che deve vederci tutti protagonisti, a partire dalle istituzioni, ma con una diffusione capillare di tutti gli enti territoriali e dei cittadini. L'obiettivo deve essere quello di garantire davvero, non solo per il tumore mammario ma per tutti i tumori, di essere intercettati precocemente: è un aspetto fondamentale per la qualità della vita.

Mi dichiaro pertanto soddisfatta.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-01858, presentata dalla senatrice Pirro e da altri senatori.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 marzo 2020, «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19», prevede, all'articolo 2, comma 1, lettera q), che: «l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungo degenza, 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».

Nell'ambito delle strategie di prevenzione e controllo del contagio, il Ministero della salute ha diramato la circolare n. 7865 del 25 marzo 2020 «Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza Covid-19», segnalando l'emergenza connessa agli ospiti-pazienti ricoverati nelle Residenze sanitarie assistite, per i quali è necessario attivare una stretta sorveglianza e un costante monitoraggio, nonché il rafforzamento dei *setting* assistenziali.

La sorveglianza approntata coinvolge l'Istituto superiore di sanità, il Ministero della salute, il Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà, le Regioni e Province autonome.

La riattivazione delle attività sociali e sociosanitarie, di cui all'articolo 9 (concernente ulteriori disposizioni specifiche per la disabilità) del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 11 giugno 2020, ha previsto una graduale riapertura degli accessi da parte dei familiari e delle altre persone che non fanno parte dello *staff* delle strutture residenziali.

Le RSA hanno pertanto dovuto definire un protocollo scritto per le visite, con regole prestabilite, consultabile dai familiari richiedenti le visite.

L'Istituto superiore di sanità, con la collaborazione del Ministero della salute e dell'Organizzazione mondiale della sanità, ha redatto il documento «Indicazioni *ad interim* per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioas-

sistenziali» (aggiornato al 24 agosto 2020), indicando le misure di controllo necessarie al fine di proteggere operatori, residenti e familiari afferenti alle RSA.

Ogni struttura residenziale sociosanitaria e socioassistenziale deve mantenere le comunicazioni con operatori, residenti e familiari: a questi ultimi va garantita la possibilità di ricevere informazioni sullo stato di salute del proprio congiunto residente, attraverso una figura appositamente designata.

Al fine di impedire l'ingresso di casi sospetti-probabili-confermati di Covid-19, occorre mantenere uno stretto governo degli accessi nella struttura.

L'attuazione delle misure di prevenzione, tra cui il distanziamento fisico e le restrizioni ai contatti sociali imposte dalle norme volte al contenimento della diffusione del contagio, hanno determinato una riduzione dell'interazione tra gli individui e un impoverimento delle relazioni socio-affettive che, in una popolazione fragile e in larga misura cognitivamente instabile, possono favorire l'ulteriore decadimento psico-emotivo, determinando un aumentato rischio di peggioramento di patologie di tipo organico.

Inoltre, anche i familiari hanno dovuto affrontare la distanza dal proprio caro e la conseguente difficoltà ad offrire sostegno e supporto affettivo in un momento difficile come quello attuale.

In tale contesto si collocano le proposte della commissione per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana, istituita presso il Ministero della salute con decreto ministeriale 8 settembre 2020, riguardanti la ripresa in sicurezza di visite e contatti presso gli anziani in strutture residenziali, le quali, a partire dall'analisi degli elementi di criticità caratterizzanti il sistema residenziale sociosanitario per la terza età, individuano soluzioni organizzative utili per ripristinare in sicurezza le attività socio-relazionali all'interno delle strutture stesse, altrettanto necessarie quanto quelle sanitarie.

Considerata la situazione di peggioramento del quadro epidemiologico, è stato emanato il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 novembre 2020: «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante "Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19", e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante "Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da Covid-19"».

Detto provvedimento, allo scopo di contrastare e contenere il diffondersi del virus Covid-19 sull'intero territorio nazionale, ha disposto l'applicazione delle seguenti misure: l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungo degenza, residenze sanitarie assistite (RSA), *hospice*, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è stata limitata ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della

struttura, tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione.

La circolare del Ministero della salute «Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socioassistenziali, sociosanitarie e *hospice* e indicazioni per i nuovi ingressi nell'evenienza di assistiti positivi nella struttura», del 30 novembre 2020, n. 24969, affronta la ripresa in sicurezza di visite e contatti presso gli anziani in strutture residenziali, ed individua soluzioni organizzative utili per ripristinare le attività socio-relazionali all'interno delle strutture stesse, altrettanto necessarie quanto quelle sanitarie.

In particolare, la circolare n. 24969 del 2020, nel rimarcare che «l'isolamento sociale e la solitudine rappresentano motivo di sofferenza e importanti fattori di rischio nella popolazione anziana per la sopravvivenza, lo stato di salute fisica e mentale, in particolare per depressione, ansia e decadimento cognitivo-demenza» sottolinea che «debbono essere assicurate le visite dei parenti e dei volontari per evitare le conseguenze di un troppo severo isolamento sulla salute degli ospiti delle residenze. Le visite devono essere effettuate in sicurezza tramite adeguati dispositivi di protezione e adeguate condizioni ambientali».

La stessa circolare fornisce indicazioni operative, come la predisposizione, a cura delle direzioni sanitarie delle strutture, di un piano dettagliato per poter assicurare la possibilità di visite in presenza e di contatti a distanza in favore degli ospiti.

Con la circolare del Ministero della salute n. 25420 del 4 dicembre 2020, sono state diramate le «Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali per persone con disturbi mentali e per persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali», al fine di consentire un regime di contatti e visite fra gli ospiti e i loro cari, anche con uscite al di fuori dalla residenza, nel rispetto delle necessarie misure di sicurezza.

La circolare n. 25420 del 2020 fornisce indicazioni in merito all'accesso dei familiari-ospiti nelle strutture ed agli aspetti operativi a garanzia della prevenzione e del controllo dei contagi.

In particolare, le strutture devono garantire il benessere psicosociale dei residenti: deve essere favorita l'attività fisica dei residenti ed il loro massimo coinvolgimento nella programmazione e scelta delle varie attività da svolgere nella struttura residenziale.

In data 8 maggio 2021, il Ministro della salute ha firmato l'ordinanza con cui si consente l'ingresso nelle strutture residenziali-*hospice* soltanto ai visitatori, ai familiari e ai volontari in possesso di certificazione verde Covid-19, e si indicano alcune precauzioni da adottare: le visite nelle strutture devono essere sempre programmate; l'ingresso alla struttura è possibile a non più di due visitatori per ospite e solo se in possesso di certificazione verde; all'ingresso resta in vigore il protocollo di sorveglianza già in uso e il rispetto delle norme igienico-sanitarie; è sconsigliato l'accesso ai minori di sei anni, per i quali non è possibile garantire il rispetto delle misure di prevenzione; vanno sempre privilegiati gli incontri negli spazi esterni alla struttura; sono possibili le uscite programmate degli



ospiti e i rientri in famiglia (gli ospiti vaccinati o con infezione negli ultimi sei mesi possono uscire più frequentemente); è sempre necessaria la firma di un patto di reciproca responsabilità fra struttura e ospite o legale rappresentante, sia per le visite all'interno della struttura da parte dei visitatori sia per le uscite degli ospiti.

Gli articoli *2-bis* e *2-ter* del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, recante «Misure urgenti per la graduale ripresa delle attività economiche e sociali nel rispetto delle esigenze di contenimento della diffusione dell'epidemia da Covid-19», convertito in legge 17 giugno 2021, n. 87, rafforzano le misure per assicurare le visite nelle RSA oltre che nei reparti di degenza.

In particolare l'articolo *2-bis*, nel disciplinare le misure concernenti gli accessi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie, consente agli accompagnatori dei pazienti non affetti da Covid-19, muniti delle certificazioni verdi Covid-19, nonché agli accompagnatori dei pazienti in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità, di permanere nelle sale di attesa dei dipartimenti d'emergenza e accettazione e dei reparti di pronto soccorso. Inoltre, agli accompagnatori dei pazienti in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità è sempre consentito prestare assistenza, anche nel reparto di degenza, nel rispetto delle indicazioni del direttore sanitario della struttura.

L'articolo *2-ter* prevede invece l'adozione, da parte del Ministero della salute, previa intesa in Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, di un protocollo uniforme per tutto il territorio nazionale che, nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera correlata al Covid-19, assicuri, in caso di pazienti che ne sono affetti, il mantenimento delle comunicazioni tra operatori e familiari attraverso una figura appositamente designata all'interno dell'unità operativa di degenza, compreso il pronto soccorso; lo svolgimento delle visite da parte dei familiari, secondo regole prestabilite ovvero, in subordine o in caso di impossibilità oggettiva di effettuare la visita o come opportunità aggiuntiva, l'adozione di strumenti alternativi alla visita in presenza, quali videochiamate organizzate dalla struttura sanitaria; l'individuazione di ambienti dedicati che, in condizioni di sicurezza, siano adibiti all'accesso di almeno un familiare.

Il successivo comma *2-quater* affronta anche il tema delle uscite temporanee degli ospiti dalle strutture residenziali, prevedendo che alle persone ospitate presso strutture di ospitalità e lungodegenza, residenze sanitarie assistite, *hospice*, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e no, strutture residenziali socioassistenziali e altre strutture residenziali, sono consentite uscite temporanee, purché tali persone siano munite delle certificazioni verdi Covid-19 di cui all'articolo 9.

Inoltre, proprio al fine di garantire la massima effettività delle misure in questione, è stato istituito, ai primi di luglio 2021, il gruppo di lavoro per il monitoraggio e l'eventuale supporto alle Regioni nell'attuazione delle misure organizzative per l'accesso in sicurezza nelle strutture di lungodegenza, contenute nel documento recante «Modalità di accesso-uscita

di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali della rete territoriale», adottato nella seduta del 5 maggio 2021 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, come integrato e validato dal Comitato tecnico-scientifico del dipartimento della Protezione civile, il quale costituisce parte integrante dell'ordinanza del Ministro della salute dell'8 maggio 2021.

Il Ministero della salute ha avviato e sta coordinando un gruppo di lavoro sui criteri essenziali delle RSA, che opera all'interno del tavolo tecnico nazionale per l'accreditamento, al fine di definire specifici requisiti minimi di sicurezza e di qualità delle residenze sanitarie assistenziali, a tutela delle persone fragili.

Nell'ambito della cabina di regia per l'attuazione degli obiettivi prioritari individuati dal Patto per la salute 2019-2021, e collegati alle strategie della missione salute previste dal Piano nazionale di ripresa e resilienza, si è insediato il gruppo di lavoro RSA, composto da rappresentanti del Ministero della salute, delle Regioni e di Agenas, con l'obiettivo di elaborare un contributo operativo per avviare la riforma dei modelli di residenzialità per le persone anziane non autosufficienti o fragili, ragionando anche sui relativi standard assistenziali ed organizzativi.

In conclusione, posso assicurare che ogni sforzo è stato prodotto per garantire la salvaguardia delle relazioni umane e il diritto di visita delle persone ricoverate a vario titolo nel periodo dell'emergenza Covid e che il Ministero della salute continuerà a fornire supporto alle Regioni affinché tale diritto sia garantito in tutta la sua latitudine, compatibilmente con le esigenze di prevenzione dal contagio a tutela della incolumità dei familiari e delle persone care ricoverate.

PIRRO (*M5S*). Signor Presidente, ringrazio il sottosegretario Sileri per la sua risposta, di cui sono soddisfatta per quanto attiene le competenze del Ministero, che effettivamente si è dato da fare per aggiornare periodicamente, in base all'andamento dell'epidemia, le linee guida emanate nei confronti delle Regioni.

Sono molto meno soddisfatta di come invece le Regioni abbiano messo in pratica e vigilato sull'esecuzione di quanto indicato nelle linee guida. Penso che tutti abbiate avuto modo di leggere il rapporto di Amnesty International sulla situazione all'interno delle RSA nella prima parte del periodo pandemico, anche se in quel momento era comprensibile che ci fossero delle forti limitazioni, vista la novità del virus e le poche conoscenze in merito. Successivamente, sono state messe a disposizione misure, strumenti e linee guida da parte del Ministero, che avrebbero consentito di superare le criticità del primo momento. Invece, ci arrivano continuamente segnalazioni di forti limitazioni agli accessi dei familiari nelle RSA; di non attuazione delle linee guida, né ministeriali né regionali di dirigenti; di direttori di struttura che limitano a un solo visitatore a settimana e a distanza le visite, nonostante il fatto che nelle linee guida si faccia riferimento a non più di due persone: con questo non si intende dire

che debbono essere non più di due a settimana, ma che possono accedere non più di due persone contemporaneamente.

Le criticità sono quindi ancora forti sul territorio nazionale. Oltretutto, i degenti delle RSA non sono tutti uguali e non sono tutti gravi; molti sono stabili e con una lunga prospettiva davanti. Eppure i dirigenti non tengono conto delle situazioni più fragili e caratterizzate da un orizzonte temporale più ristretto, e non consentono una maggiore elasticità di visite nei confronti di questi casi.

Sono quindi felice che ci sia un tavolo di lavoro aperto su questo argomento. Spero che si faccia in fretta, perché molti pazienti delle RSA non possono attendere degli anni per poter di nuovo riabbracciare in sicurezza i loro familiari.

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

*I lavori terminano alle ore 8,58.*

ALLEGATO

**INTERROGAZIONI**

PUCCIARELLI, FREGOLENT, DORIA, LUNESU, MARIN. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

il carcinoma mammario è il tumore più frequente nella donna. In Italia la malattia colpisce poco più di cinquantamila donne all'anno. Nonostante questi numeri, però, il tumore è anche uno di quelli che presenta i più alti tassi di guarigione. Le probabilità di guarigione sono tanto più alte quanto più la diagnosi è precoce;

tra le donne, come già precisato il più frequente tumore è quello della mammella, rappresentando il 29 per cento di tutte le neoplasie, seguito da quello del colon-retto (13 per cento), polmone (8 per cento), tiroide (6 per cento) e corpo dell'utero (5 per cento), (Fonte dati Airtum);

nello specifico, il carcinoma mammario si distingue in forme non invasive, che non si estendono oltre la membrana basale dei dotti mammari, e in forme invasive, capaci di estendersi oltre i dotti e raggiungere le stazioni linfonodali o altre parti del corpo, diversi tipi di carcinoma della mammella (istologicamente la forma più frequente è il carcinoma duttale infiltrante; altre forme sono il carcinoma lobulare, il tubulare, il mucinoso e altri più rari) che differiscono per comportamento biologico e risposta alle terapie;

per tumore al seno metastatico si intende un tumore che, dalla sua sede primaria, si è diffuso in altre regioni del corpo attraverso la circolazione linfatica e sanguigna. Oltre a moltiplicarsi con maggiore rapidità delle cellule sane, quelle tumorali, cioè le metastasi, possono alterare le funzioni degli organi vitali, fino a comprometterle del tutto. Il tumore al seno metastatico è una malattia curabile, sebbene non ancora guaribile poiché le metastasi tendono a ricomparire. Le cure cercano di impedire la proliferazione ulteriore delle cellule tumorali in altri organi ed eliminare gli eventuali sintomi della malattia. Oggi è possibile convivere con il tumore al seno metastatico e avere una buona qualità della vita anche per molti anni, soprattutto se esso è diagnosticato precocemente;

grazie allo *screening* si migliora la diagnosi e si riduce la mortalità;

negli ultimi anni proprio il rilievo precoce della malattia ha consentito di ricorrere alla chirurgia conservativa (quadrantectomia). Più del 57 per cento delle donne invitate alla campagna preventiva accetta questa opportunità di salute (anche se in modo disomogeneo tra le varie aree del Paese);

la prevenzione è sicuramente una fra le più importanti azioni da promuovere per combattere l'insorgenza della malattia affiancata al sostegno per la ricerca;

considerato che:

ottobre è il mese dedicato alla prevenzione di tale patologia;

la rilevante importanza della diffusione di una giornata esige che venga assicurata in ogni regione il coinvolgimento di tutta la popolazione interessata ai programmi di *screening* mammografico,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo intenda per far sì che la data del 13 di ottobre venga istituita come la giornata nazionale di sensibilizzazione sul tumore al seno metastatico.

(3-01181)

PIRRO, CORRADO, PELLEGRINI Marco, PAVANELLI, NOCERINO, BOTTO, MININNO, CAMPAGNA, ACCOTO, DE LUCIA, ROMANO, PRESUTTO, MAIORINO, MONTEVECCHI, PACIFICO, TRENTACOSTE, PISANI Giuseppe, FERRARA, MARINELLO, CROATTI, DONNO, GIANNUZZI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che, per quanto risulta agli interroganti:

inizialmente dimenticate, quindi travolte dal virus e dalle polemiche, ad oltre due mesi dalla fine del lockdown, le residenze sanitarie assistenziali (RSA) restano «il brutto anatroccolo» della sanità;

sin dagli esordi dell'epidemia la totale chiusura delle strutture le ha trasformate in luoghi sottoposti alla vigilanza del Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, a cui risulta, dalle segnalazioni giunte, che ancora oggi molte persone anziane o con disabilità non hanno la possibilità di incontrare le persone care o di riferimento; in altre tale possibilità è estremamente ridotta e talmente rigida da rendere difficile la significatività dei contatti;

il Garante nazionale pertanto, nella lettera inviata ai presidenti delle Regioni, ha evidenziato il forte rischio che anche nella fase 2 si continui a mantenere nelle residenze un'ordinarietà caratterizzata dall'isolamento dal mondo esterno e dalla rarefazione degli incontri con i propri cari determinando, in tal modo, una forma di discriminazione in ordine all'età o al grado di disabilità;

considerato che:

l'art. 1, comma 1, lettera *bb*), del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 11 giugno 2020, ha stabilito, a proposito delle cosiddette visite di conforto ferme dai primi di marzo, che «l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungo degenza, residenze sanitarie assistite (RSA), hospice, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è limitato ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione»;

in assenza di un approccio sistematico e sistemico la ripartenza è affidata a direttive che si differenziano a seconda delle regioni e, a volte, anche delle singole residenze. Le regole per la ripresa dei contatti pesano su visitatori e personale non meno che sugli ospiti. «Prendendo in considerazione tre tra le regioni maggiormente colpite dal virus: in Piemonte, si raccomanda la sanificazione delle strutture, percorsi separati, accessi singoli, tamponi e test sierologici periodici, riorganizzazione degli spazi in tre categorie (positivi, negativi e negativizzati), visite solo su appuntamento in sale dedicate, nuovi ingressi solo per soggetti con evidenza di tampone negativo nelle 72 ore precedenti; il Veneto ha lasciato autonomia alle singole strutture su quando riaprire, pur attenendosi a linee guida molto rigide, rese necessarie dai 600 decessi su 1.900 complessivi: i nuovi ingressi saranno sottoposti a tampone prima e dopo un isolamento di 14 giorni, mentre i visitatori avranno la temperatura corporea controllata all'ingresso, che avverrà in base a scaglionamenti, e potranno incontrare i loro cari in spazi dedicati e con distanziamento sociale mediante plexiglass; infine la Lombardia, che per bocca dell'assessore Gallera ha affermato che "riprendiamo la riapertura delle RSA con delle regole molto rigide: nessun positivo verrà collocato all'interno di una RSA e verrà invece messo in una struttura sanitaria"; inoltre, a "qualunque anziano vorrà entrare in una RSA gli verrà fatto a domicilio sia il test sierologico che il tampone"», come riporta «ilpuntopensionielavoro» il 18 giugno 2020;

oltre le differenti disposizioni regionali ci sono i sopravvissuti: decine di migliaia di ultrasettantacinquenni, spesso affetti da demenze e altre gravi patologie croniche con *deficit* cognitivi, che in questi mesi hanno visto di tutto tranne i propri cari e non riescono proprio a capire come mai il figlio, la figlia o i nipoti non si presentino più. Il quotidiano «La Stampa» del 20 luglio 2020, nella rubrica «Specchio dei tempi», riporta la descrizione di una lettrice dell'odissea affrontata dal padre ospite di una RSA: «Mentre il mondo va avanti, a lui non è consentito uscire dalla struttura neanche per un caffè. Non può uscire, vedere i famigliari, neanche all'aperto... ma perché? Che regole sono? Gli operatori entrano ed escono... lui no. Vi prego, qualcuno aiuti quelli che, come mio papà, si trovano in questa situazione, perché la malinconia, la solitudine, l'isolamento, oggi non si possono più accettare! Devo salvare mio papà dalla RSA, altro che coronavirus...»;

dopo i danni dovuti alla mancata protezione, all'inosservanza delle regole di sicurezza, all'esclusione dalle cure ospedaliere, ora gli anziani delle RSA subiscono il danno di una prolungata esclusione dalla vita e dal possibile ritorno alla normalità;

i parenti degli ospiti delle RSA, preoccupati per la salute complessiva dei loro genitori o nonni, hanno scritto al Garante nazionale specificando che gli 88.571 attuali ospiti delle case di cura sono persone fragili e in gran parte non autosufficienti, da oltre tre mesi isolate dai loro familiari da misure di restrizione e costrizione che stanno mettendo seriamente a rischio l'esigibilità dei diritti fondamentali, quali il diritto alle relazioni, alla socialità e all'affettività, in senso contrario a quanto previsto dalla

Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, che sancisce la rimozione degli ostacoli alla piena partecipazione alla vita affettiva e sociale. In molti casi non è soddisfacente vedere a distanza poiché, soprattutto per persone con disabilità, l'assenza di relazioni anche gestuali dirette determina una regressione cognitiva con forte rischio di istituzionalizzazione;

a parere degli interroganti non sarà sufficiente «un ritorno alla normalità» ma bisognerà ragionare su un'operazione molto più complicata consistente da un lato nel rafforzamento dell'autorità centrale su alcuni importanti diritti che non possono essere differenziati tra regioni e dall'altro in un radicale ripensamento di queste strutture al di là dell'emergenza COVID-19;

infine, all'isolamento dei sopravvissuti si associa la tensione economica e i problemi occupazionali degli operatori, sempre più difficili da sostenere tra mancati ricoveri e *budget* annuali utilizzati per l'acquisto di dispositivi di protezione individuali e sanificazioni,

si chiede di sapere:

quante siano le RSA in cui gli ingressi sono ancora bloccati;

quali iniziative il Ministro in indirizzo intenda promuovere per combinare il ritorno all'attività pre COVID-19 con la necessità di sviluppare soluzioni alternative e complementari al fine di ridurre le pesanti ricadute sul piano economico e finanziario;

quali misure intenda intraprendere al fine di proteggere i soggetti deboli e fragili e garantire, al contempo, la loro salute psichica e le loro esigenze di socializzazione;

con quali modalità ed entro quale termine intenda provvedere per definire linee di indirizzo chiare e univoche per tutti.

(3-01858)

