

AUDIZIONE FNOMCeO

Proposte di legge C. 384 Molinari, C. 446 Bignami e C. 459 Faraone, recanti
“Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulla
gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19”.

Camera dei deputati – Commissione Affari sociali

9 marzo 2023

Illustre Presidente, Illustri Componenti della Commissione,

questa Federazione, Ente pubblico esponenziale della professione medica e odontoiatrica, che agisce quale organo sussidiario dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale, nel ringraziare codesta autorevole Commissione, rileva l'importanza dell'ambito oggetto di disciplina delle proposte di legge in titolo.

La FNOMCeO ritiene di condividere alcune riflessioni sulla fattispecie in discussione, partendo dal presupposto che la professione medica ha nella tutela della salute individuale e collettiva il proprio fondamentale e principale obiettivo; salute intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona.

Come è noto le proposte di legge in esame sono dirette ad istituire e disciplinare una Commissione parlamentare (bicamerale) di inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione del virus SARS-CoV-2.

Occorre sottolineare in premessa che non è compito istituzionale di questa Federazione esprimere una valutazione sull'opportunità di istituire una commissione d'inchiesta per valutare l'operato e le misure adottate dal Governo, dalle Regioni e province autonome sui piani da essi elaborati in tema di prevenzione e contrasto del Covid-19 durante il periodo emergenziale. Al tempo stesso una riflessione sul contesto e sull'efficacia delle misure messe in atto può avere un senso in un'ottica di risk management volto alla valutazione completa ed integrata dei rischi, tanto che la FNOMCeO ha in pubblicazione un libro bianco sul primo periodo di pandemia che mette in relazione i quadri epidemiologici con i provvedimenti adottati ai diversi livelli di governo (All. n. 1). Si tratta di un approfondimento da un punto di vista legislativo ed epidemiologico, attraverso una raccolta

ragionata delle misure normative e regolamentari relative alla gestione dell'epidemia da Covid-19.

Con il libro bianco la FNOMCeO ha avviato al suo interno una riflessione, che intende mettere a disposizione di codesta Commissione, su quanto avvenuto durante l'emergenza epidemiologica da COVID-19. Nel condividere tali riflessioni evidenziamo di seguito i temi sui cui ci siamo prevalentemente soffermati.

- 1) Come le disposizioni normative e gli atti adottati abbiano inciso sull'andamento della pandemia.**
- 2) Se la produzione di vaccini e dispositivi di protezione individuale devono essere considerate attività strategiche per lo Stato alla luce dell'andamento della pandemia.**
- 3) Quanto i tagli alla sanità hanno reso il sistema Paese vulnerabile e impreparato dinanzi all'emergenza pandemica.**

Con riferimento al primo punto si rileva quanto segue.

Per evitare che la tragedia si ripeta in queste dimensioni bisogna comprendere il fenomeno nel suo complesso e sviluppare piani di prevenzione che partano dai dati e dai modelli organizzativi. Ogni strategia di gestione dell'epidemia dovrebbe quindi tenere presenti i diversi fattori di rischio e di vulnerabilità – epidemiologici, economici e sociali – legati anche alle grandi differenze e diseguaglianze che caratterizzano il nostro Paese.

Per quanto attiene al raffronto dei dati epidemiologici con l'adozione dei provvedimenti a livello statale, si rimanda al Libro Bianco fortemente voluto da FNOMCeO e realizzato grazie alla preziosa collaborazione di Deloitte Legal che qui si allega.

FASE 1

La curva dei guariti dimessi inizia a crescere a partire dalle prime settimane di marzo 2020. I provvedimenti che hanno preceduto questa data sono:

- Decreto-Legge n. 6/2020 del 23 febbraio 2020 che conferisce alle Autorità il potere di adottare misure di contenimento adeguate e proporzionate all'emergenza, tra cui divieto di allontanamento e divieto di accesso al comune o alle zone interessate, chiusura delle attività commerciali, e più in generale viene fatta salva l'adozione di ogni provvedimento utile;

- DPCM del 23 febbraio 2020 che istituisce le cd. zone rosse in 10 comuni della Lombardia e in 1 comune del Veneto (divieto di ingresso e di allontanamento nei comuni, sospensione attività commerciali e manifestazioni);
- DPCM del 25 febbraio 2020 che sospende l'attività scolastica in tutti i comuni di Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Veneto, Liguria e Piemonte, introducendo la possibilità di smart working anche in assenza di accordi individuali;
- DPCM del 01 marzo 2020 che sospende le manifestazioni sportive e limita l'attività di bar ristoranti al solo servizio al tavolo con rispetto dell'obbligo di distanza interpersonale anche per le altre attività commerciali;
- DPCM del 04 marzo 2020 che sospende congressi e riunioni del personale sanitario o del personale di servizi pubblico essenziali, sospensione manifestazioni, eventi e spettacoli;
- DPCM del 8 marzo 2020 istitutivo delle cd. zone arancioni nel territorio di Lombardia e delle province di Modena, Parma, Piacenza, Reggio nell'Emilia, Rimini, Pesaro e Urbino, Alessandria, Asti, Novara, Verbano- Cusio-Ossola, Vercelli, Padova, Treviso e Venezia. Vengono ribadite, a livello nazionale, le limitazioni di cui ai DPCM 1 marzo e 4 marzo;
- DPCM del 09 marzo 2020 che estende le limitazioni di spostamento sul territorio all'intero territorio nazionale, prevedendo l'obbligo per bar e ristoranti di chiusura alle 18 e il divieto di assembramento;
- DPCM del 11 marzo 2020 che sospende le attività commerciali al dettaglio, servizi di bar e ristorazione.

Il picco di positivi si registra intorno al 20 aprile 2020, dopo l'emanazione di 15 provvedimenti per contrastare il Covid-19: dalla dichiarazione dello stato di emergenza del 30 gennaio 2020 al DPCM del 10 aprile 2020 che proroga le misure in vigore fino al 3 maggio 2020.

Un decremento dei casi di positivi si registra intorno al 30 marzo 2020. I provvedimenti che hanno preceduto questa data sono:

- Ordinanza Min. Salute del 20 marzo 2020 con cui vengono disposti la chiusura di parchi e ville, il divieto di attività ludica e ricreativa all'aperto e il divieto di spostamento verso le cd. seconde case;
- Ordinanza Min. Salute del 22 marzo 2020 con cui viene disposto il divieto a tutte le persone fisiche di trasferirsi o spostarsi con mezzi di trasporto pubblici o privati in comune diverso da quello in cui si trovano, salvo che per comprovate esigenze lavorative, di assoluta urgenza ovvero per motivi di salute;
- DPCM del 22 marzo 2020 in cui si prevede la sospensione di tutte le attività produttive, ad eccezione di quelle individuate per codice ATECO, e delle relative filiere indispensabili;

- DL 19 del 25 marzo 2020 che, al fine di contenere e contrastare i rischi sanitari e il diffondersi del contagio, prevede la possibilità di adottare una o più tra le misure previste dal decreto stesso su specifiche parti del territorio nazionale o sulla totalità di esso, per periodi predeterminati non superiori a trenta giorni, reiterabili e modificabili.

La curva dei positivi e la curva dei guariti dimessi si interseca il giorno 06 maggio 2020. I provvedimenti che hanno preceduto questa data sono:

- DPCM 01 aprile 2020 - proroga al 13 aprile 2020 l'efficacia delle disposizioni dei DPCM dell'8, 9, 11 e 22 marzo 2020, nonché di quelle previste dall'ordinanza del Ministro della salute del 20 marzo 2020;
- DPCM 10 aprile 2020 - Proroga le misure in vigore fino al 3 maggio 2020;
- DPCM 26 aprile 2020 - Introduce la possibilità di incontrare i congiunti.
- **La curva dei decessi cresce fino alla fine del mese di aprile 2020, per proseguire poi in modo stabile e lineare per tutta la fase 2.**

FASE 2

La curva dei guariti dimessi è in salita costante e, specularmente, la curva dei positivi è in continua diminuzione per tutta la durata della fase 2.

La curva dei decessi e la curva dei positivi si interseca intorno al 10 giugno 2020. I provvedimenti che precedono questa data sono:

- DPCM del 26 aprile 2020, che introduce la possibilità di incontrare i congiunti;
- DPCM del 17 maggio 2020 che inaugura di fatto la fase 2 e consente le riaperture nel rispetto dei protocolli di sicurezza.

FASE 3

La curva dei guariti dimessi, in sensibile salita, subisce un arresto in concomitanza con l'inizio della fase 3, intorno al 15 giugno 2020, con una nuova impennata intorno ai primi giorni di settembre 2020.

La curva dei positivi raggiunge il picco minimo intorno al 15 luglio. I provvedimenti che precedono questa data sono:

- DPCM del 14 luglio 2020 che prevede Linee guida per la riapertura delle Attività Economiche, Produttive e Ricreative della Conferenza delle Regioni e delle province autonome del 14 luglio 2020, Linee guida per l'informazione agli utenti e le modalità organizzative per il contenimento della diffusione del Covid-19 in materia di trasporto pubblico;
- DPCM del 29 luglio 2020 che proroga lo stato di emergenza fino al 15 ottobre 2020, poiché l'esame dei dati epidemiologici dimostra che persiste una trasmissione diffusa del virus e che l'emergenza non può ritenersi conclusa.

•La curva dei positivi torna a salire intorno ai primi giorni di agosto 2020, subendo una impennata nella seconda metà del mese di settembre 2020. Tale ultima data è preceduta dai seguenti provvedimenti:

- DPCM del 07 settembre 2020 che cerca di contenere la diffusione del nuovo virus all'interno di focolai limitati o ritardare la diffusione per guadagnare tempo al fine di mettere in atto le misure di preparazione, incluso lo sviluppo del vaccino. Vengono, infatti, disposte ulteriori disposizioni attuative del DL 19 del 25 marzo 2020 e del DL 33 del 16 maggio 2020;
- L. 124 del 25 settembre 2020 che converte in legge, con modificazioni, il DL 83 del 30 luglio 2020 recante misure urgenti connesse con la scadenza della dichiarazione di emergenza epidemiologica da Covid-19 deliberata il 31 gennaio 2020.

La curva dei positivi e la curva dei decessi si interseca intorno al 20 agosto 2020. I provvedimenti che precedono questa data sono:

- DPCM del 29 luglio 2020 che proroga lo stato di emergenza fino al 15 ottobre 2020, poiché l'esame dei dati epidemiologici dimostra che persiste una trasmissione diffusa del virus e che pertanto l'emergenza non può ritenersi conclusa, stante il rischio effettivamente presente su parti del territorio nazionale;
- DPCM del 07 settembre 2020 che cerca di contenere la diffusione del nuovo virus all'interno di focolai limitati o ritardare la diffusione per guadagnare tempo al fine di mettere in atto le misure di preparazione, incluso lo sviluppo del vaccino. Vengono, infatti, disposte ulteriori disposizioni attuative del DL 19 del 25 marzo 2020 e del DL 33 del 16 maggio 2020.

Con riferimento al secondo punto si rileva quanto segue.

Ad avviso di questa Federazione è emerso che nella fase iniziale della pandemia vi sia stato un deficit strutturale dell'industria italiana in ordine alla produzione di vaccini e dispositivi di protezione individuale. Questo ovviamente potrebbe aver correlativamente ritardato la campagna di vaccinazione di massa nel nostro Paese, facendo emergere preoccupanti divergenze tra regione e regione e un'inaccettabile disparità di utilizzo delle dosi vaccinali sul territorio nazionale. La campagna vaccinale in Italia, soprattutto all'inizio, è stata quindi criticata per presunte inefficienze. Occorre però evidenziare al tempo stesso che anche i paesi UE più popolosi e più duramente colpiti nella prima fase (Italia, Francia, Spagna e Germania) hanno effettuato in maniera sostanzialmente appaiata la somministrazione del ciclo vaccinale completo (prima e seconda dose). Quello che è mancato nella prima fase pandemica è stata una strategia dell'UE sui vaccini mirata a garantire la fornitura di un numero sufficiente di vaccini contro il

COVID-19 in funzione dell'evoluzione della situazione epidemiologica e relativa alla quantità necessaria per una campagna di immunizzazione della popolazione europea. Si sottolinea che la capacità produttiva delle case farmaceutiche titolari del brevetto non è stata in grado di fornire la quantità sufficiente di dosi perché la titolarità del brevetto ha consentito una licenza di produzione in esclusiva. Sarebbe stato opportuno, a nostro avviso e come da noi suggerito attivare fin da subito l'opzione delle licenze obbligatorie, prevista dagli accordi TRIPS (Trade-Related aspects of Intellectual Property rights), come possibile deroga in casi di pandemia o di esigenze di sanità pubblica, per aumentare la produzione di vaccini. Ciò detto, a parere di questa Federazione, nell'ottica di una strategia di prevenzione che vede la tutela della salute quale fondamentale e principale obiettivo della professione medica, la produzione di vaccini e dispositivi di protezione individuale devono essere considerate attività strategiche per lo Stato.

Con riferimento al terzo punto si rileva quanto segue.

L'emergenza Covid-19, che ha visto impegnati in prima linea i medici e tutti gli operatori sanitari con spirito di generosità e sacrificio, ha evidenziato il bisogno di potenziare il Servizio Sanitario Nazionale al fine di coniugare la garanzia di adeguate prestazioni sanitarie con un'ottimale gestione delle risorse e la sicurezza degli operatori con le scelte organizzative.

La pandemia di Covid ha messo in luce e amplificato carenze e zone grigie preesistenti nel nostro Servizio Sanitario Nazionale, frutto di decenni di tagli lineari e di politiche alimentate da una cultura aziendalistica che guardava alla salute e ai professionisti come costi su cui risparmiare e non come risorse sulle quali investire. Ha acceso impietosamente un riflettore su criticità e carenze che erano ormai strutturali. Carenze di personale, con medici ospedalieri che hanno dovuto fare turni anche di 24 ore di seguito, per poter gestire i pazienti che continuavano ad affluire senza sosta. Carenze a livello edilizio, con l'impossibilità, in molti ospedali, di separare i percorsi 'sporco' e 'pulito'. Carenze strumentali, di posti letto, delle terapie intensive.

Carenze organizzative, con medici di famiglia lasciati soli ad assistere i pazienti domiciliati; abbandonati a se stessi, senza protocolli, linee guida; senza personale di supporto, privi di strumentazione adeguata, senza saturimetri e bombole d'ossigeno. Senza dispositivi di protezione

individuale. Carenze nella sicurezza, appunto, che hanno portato molti medici a contagiarsi, alcuni a pagare con la vita il loro impegno.

La situazione nella prima fase è stata drammatica, soprattutto nelle Regioni del Nord, tanto che possiamo dire che Bergamo e la Lombardia sono state la nostra Caporetto, la Caporetto della guerra che la nostra Professione ha dovuto combattere contro il COVID-19.

I medici e gli altri professionisti sono stati chiamati ad operare – e i decisori a prendere provvedimenti - in un contesto straordinario: un contesto con evidenze scientifiche scarse e in continua evoluzione, di carenza di personale e di risorse.

Vorrei in questa sede ricordare i 379 medici e odontoiatri che hanno perso la vita per il Covid, soprattutto nella prima fase della pandemia, quando ancora non erano disponibili i vaccini e mancavano anche i più elementari dispositivi di protezione.

Oltre al nostro Roberto Stella, presidente dell'Ordine di Varese, molti sono i medici caduti. Molti dei nostri colleghi e amici si sono ammalati. I medici di medicina generale si chiudevano a vivere nei loro studi per poter almeno continuare a prescrivere; i medici ospedalieri erano costretti a turni massacranti per l'improvviso impennarsi dell'epidemia sommata alle carenze di organico; gli anestesisti rianimatori si sono trovati di fronte alla necessità di scelte impensabili, di dilemmi etici propri di scenari di guerra. Mentre, sul territorio ma anche in ospedale, mancavano i dispositivi individuali di sicurezza, maschere FFP3 e FFP2, visiere, guanti, sovracamici monouso. Scarseggiavano anche i tamponi. Nella nostra sede a Roma le bandiere sono state esposte a mezz'asta, il Portale FNOMCeO è stato listato a lutto, e così sono rimasti sino alla fine dell'emergenza, in memoria di Roberto Stella e degli altri medici caduti sul campo.

Può esserci stata, all'inizio, una sottovalutazione del rischio, perché non si credeva che il virus fosse già presente in quelle zone. Ma è anche vero che i medici sono stati mandati ad affrontare l'emergenza a mani nude, per le falle nel sistema di distribuzione, su base regionale, dei dispositivi individuali di protezione. Eppure, la letteratura internazionale invita, in caso di epidemia, a mettere in sicurezza il personale sanitario, perché è la risorsa più preziosa.

Sarebbe stato importante proteggere da subito il personale sanitario non solo per salvaguardare la continuità delle cure, ma per assicurarsi che i professionisti non diventassero veicolo d'infezione.

Questa è una delle lezioni che il Covid ci lascia. La seconda è quella sull'importanza della solidarietà: la stessa solidarietà che rappresenta uno dei principi cardine del nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Solidarietà tra le Regioni, perché ritornino a ragionare come un corpo unico, come un Servizio Sanitario Nazionale, appunto, che coordina e gestisce i sistemi regionali. Solidarietà tra i cittadini, che hanno sacrificato le piccole libertà personali per un bene più grande, quello della salute. Solidarietà verso i medici, che non devono mai più essere chiamati a sacrificare la loro vita e a mettere a rischio quella degli stessi pazienti per l'inadeguatezza delle loro condizioni di lavoro, perché costretti ad assistere i pazienti senza le dovute protezioni, perché messi di fronte al dilemma etico di dover sacrificare la loro vita come unica – e sbagliata – soluzione per non smettere di portare soccorso.

La salute diseguale, problema che da sempre ci affligge, è stata resa ancor più diseguale dalla pandemia di Covid. Il Covid è arrivato su un terreno già disomogeneo e ha aperto varchi, scavato solchi, che rischiano di diventare voragini capaci di inghiottire i diritti civili, garantiti dalla nostra Costituzione. E a tutela di tali diritti, del diritto alla Salute, di cui all'articolo 32, del diritto all'Uguaglianza, di cui all'articolo 3, della garanzia stessa dei diritti, di cui all'articolo 2, lo Stato elegge gli Ordini delle Professioni Sanitarie, quali suoi Enti Sussidiari. Dobbiamo vigilare quindi: ripianare tali solchi, affinché non si aprano crepacci insanabili.

Occorre garantire il superamento delle differenze ingiustificate tra i diversi sistemi regionali, creando un sistema sanitario più equo, salvaguardando il Servizio Sanitario Nazionale pubblico e universalistico. Il raggiungimento di obiettivi di salute deve restare la finalità prioritaria del servizio sanitario.

È arrivato il momento di riflettere su un ruolo più forte e centrale del Ministero della Salute: auspichiamo una modifica di legge che rafforzi le sue capacità di intervento, aumenti le disponibilità economiche e le sue funzioni al fine di colmare le diseguaglianze. Rivendichiamo anche un ruolo centrale per i professionisti, che devono essere messi nelle condizioni di partecipare alla definizione e al raggiungimento, in autonomia e indipendenza, degli obiettivi di salute. È la Professione medica, sono le Professioni sanitarie, in quanto garanti dei diritti, la vera rete di unità del Paese in tema di salute.

La terza lezione è quella dell'importanza di una sanità davvero prossima al cittadino, che risponda alle sue domande di salute nel momento e nel luogo in cui ne ha bisogno. Che veda i professionisti lavorare insieme sul territorio, vicino al letto del malato, con strumenti diagnostici adeguati e che salvaguardi quel rapporto unico e speciale che nasce dalla libera scelta del medico nel quale il cittadino ripone la propria fiducia.

Le storie di tutti i medici che si sono impegnati contro il Covid, mettendo a rischio e sacrificando, in troppi casi, la loro stessa vita, a causa delle inadeguate misure di sicurezza, dimostrano che è stata la loro professionalità, il loro lavoro, la loro vicinanza la miglior risposta ai bisogni di salute dei cittadini. Diciamo dunque, ancora una volta, grazie a tutti i medici che, ciascuno per la propria parte e con il proprio ruolo, quotidianamente e in silenzio, offrono le loro competenze e i loro valori etici ai loro assistiti e a tutti i cittadini. Grazie ai medici ospedalieri, che hanno lavorato senza sosta in contesti provati da carenze croniche di organici e di risorse; ai ricercatori, che hanno raccolto evidenze su una malattia nuova e sconosciuta; ai medici della medicina territoriale, del 118, della continuità assistenziale, delle RSA, delle carceri, delle USCA, della specialistica ambulatoriale interna ed accreditata, che sono stati gli angeli custodi dei pazienti a loro affidati, svolgendo, al di là del loro dovere, anche una funzione sociale di vicinanza e consolazione ai malati; ai medici di famiglia, che hanno fatto della loro relazione privilegiata con i pazienti, frutto di un sacrosanto diritto esercitato dal cittadino, quello della libera scelta basata sulla fiducia e alimentata dalla continuità del rapporto, il primo strumento di terapia, il mezzo principe di guarigione e il sigillo di garanzia di lunga vita in buona salute; a tutti i medici e gli odontoiatri impegnati nelle campagne vaccinali. Un grazie ai nostri Ordini che non si sono mai fermati neppure nelle fasi più drammatiche quando erano costretti a lavorare a battenti chiusi e senza personale perché anche gli impiegati dopo i medici erano ammalati o in quarantena. Ordini che hanno prima svolto un ruolo essenziale nella distribuzione dei dispositivi individuali di protezione. Ordini che nell'ambito della sussidiarietà hanno svolto fino in fondo il loro dovere, portando a termine, tra mille difficoltà e sacrifici, i compiti che la legge aveva loro affidato.

Pertanto, questa Federazione riafferma la necessità di preservare la funzione pubblicistica degli Ordini, considerando l'autonomia e l'indipendenza della professione un requisito fondamentale che ben si sposa con il principio di sussidiarietà in base al quale gli Ordini sono chiamati, in piena autonomia, al governo della Professione medica e odontoiatrica in coerenza con le norme costituzionali, legislative e deontologiche.

Osannati negli anni della pandemia e considerati i moderni eroi della nostra società, in realtà, i medici e gli odontoiatri vivono con grande difficoltà la loro condizione professionale e la pandemia ha slatentizzato carenze e reso evidenti gli errori del passato.

L'indagine dell'Istituto Piepoli promossa da Fnomceo e presentata lo scorso anno in occasione della I Conferenza nazionale sulla Questione Medica ha evidenziato come il mancato investimento sulla medicina territoriale e le gravi carenze di personale, infrastrutturale del versante ospedaliero insieme ad una eccessiva burocratizzazione dell'atto medico siano oggi i fattori all'origine della crisi professionale.

Tra i tanti dati presentanti quello che maggiormente ci preoccupa è la propensione alla pensione anticipata espressa dal 30% degli intervistati. Ma ancor più il fatto che coloro che vorrebbero lasciare la Professione per la pensione sono il 25% dei giovani medici con età compresa tra i 25 e 34 anni e il 31% sono di quelli tra i 35 e i 44 anni. Un dato scioccante che fa riflettere e mostra quanto profonda sia la crisi legata alla perdita di fiducia nel futuro ossia alla mancanza di speranza di un domani migliore per la nostra professione. Ciò in quanto durante la pandemia l'aumento dei carichi di lavoro è stato rilevante. Ne è scaturito, quindi, un impegno gravoso che ha avuto ripercussioni anche sul rapporto di fiducia con i cittadini provocando stress e preoccupazione nella stragrande maggioranza dei professionisti.

Serve, quindi, uno sforzo comune per recuperare quella reciproca fiducia che nel Servizio Sanitario Nazionale costituisce il presupposto per assicurare la migliore assistenza ai cittadini. Fiducia che si fonda sul diritto del cittadino alla libera scelta che dovrebbe essere garantito in tutti gli ambiti del sistema salute. In questi tre anni lo sforzo che la Professione medica ha svolto è stato straordinario, assicurando a tutti cura e assistenza nonostante le carenze derivanti dalla politica dei tagli e delle riduzioni del personale, pagando anche un prezzo altissimo anche in vite umane: 379 sono i medici e odontoiatri deceduti per il covid.

Oggi serve da parte dello Stato e delle Regioni un intervento straordinario che colmi le carenze e restituisca alla Professione medica quel ruolo che merita: risorse speciali per i contratti di lavoro e abolizione dei limiti per l'assunzione dei medici sia in ospedale che sul territorio nel rispetto di una corretta programmazione. Risorse per consentire a tutta la professione, dipendenti, convenzionati e specialisti accreditati di poter contribuire ad assicurare tutte quelle prestazioni che oggi in parte il cittadino cerca fuori dal SSN. Servono risorse e riforme per ridare dignità ai medici e ai professionisti garantendo loro autonomia e i loro diritti.

Servono norme specifiche da parte del Parlamento per garantire quel ruolo sociale che la Costituzione affida alla Professione medica quale garante dei diritti come quello alla vita, alla salute, all'uguaglianza, alla autonoma determinazione sulle scelte relative alla propria salute, alla libera ricerca e alla libera scienza. Diritti che possono essere garantiti ai cittadini grazie alle competenze dei medici e degli odontoiatri che giurano di metterle a disposizione della società e di ogni persona. È la nostra idea di Democrazia del Bene e la nostra idea di Pace. I medici sono "costruttori di pace", custodi della vita e della salute dei cittadini. Sono una parte strategica di questo Paese anche sotto il profilo culturale per la peculiare capacità di interpretare la Professione non solo per le competenze tecniche ma soprattutto per l'etica e la deontologia che la ispira.

Ribadiamo inoltre l'utilità della vaccinazione contro il Covid – che ha salvato, nel mondo, 20 milioni di vite in un anno, 150mila solo in Italia e ha praticamente azzerato la mortalità tra i medici. L'Istituto Superiore di Sanità ha stimato in Italia che grazie ai vaccini sono stati evitati, sempre nel primo anno dall'introduzione, 8 milioni di casi e 150mila morti, oltre 500.000 ospedalizzazioni, oltre 55.000 ricoveri in terapie intensive. Più in generale, anche davanti a questa Commissione ribadiamo, come da documento della FNOMCeO dell'8 luglio 2016, che i vaccini sono tra i farmaci più severamente controllati e garantiti riguardo ai profili di sicurezza, proprio perché predisposti per la somministrazione di massa a popolazioni sane o potenzialmente fragili come neonati e anziani. I vaccini hanno ad oggi infatti raggiunto un grado di sicurezza certificato attraverso un lungo percorso autorizzativo, coerente con le più stringenti normative internazionali in quanto prodotti secondo la più rigorosa metodologia, attraverso studi clinici sperimentali controllati e randomizzati, attuati spesso in doppio cieco versus placebo e sottoposti al controllo incrociato di esperti. **Ricordiamo che rispetto al 2021 la situazione epidemiologica è molto cambiata, così come la stessa malattia e si è, quindi, potuto eliminare l'obbligo di vaccinazione per i professionisti sanitari con una decisione di buon senso e saggezza.**

Le tre sentenze della Corte Costituzionale in materia di obbligo vaccinale *per gli operatori sanitari* costituiscono un grande riconoscimento delle ragioni della scienza e della tutela della salute collettiva. Le ragioni della scienza sull'efficacia dei vaccini per la protezione della popolazione sono state riconosciute, così come sono state testimoniate dalla adesione della stragrande maggioranza degli italiani, che si sono sottoposti alla vaccinazione, e dai 470000 medici e odontoiatri italiani che hanno adempiuto all'obbligo vaccinale: il 99,2%, ossia la quasi totalità. La Corte ha ritenuto

infatti che la scelta assunta dal legislatore al fine di prevenire la diffusione del virus, limitandone la circolazione, non possa ritenersi né irragionevole né sproporzionata. E questo alla luce dei dati epidemiologici e delle evidenze scientifiche disponibili.

La Corte ha ribadito con chiarezza che l'articolo 32 della Costituzione affida al legislatore il compito di contemperare il diritto alla salute del singolo con il coesistente diritto degli altri e quindi con l'interesse della collettività. E che la tutela della salute implica anche il «dovere dell'individuo di non ledere né porre a rischio con il proprio comportamento la salute altrui, in osservanza del principio generale che vede il diritto di ciascuno trovare un limite nel reciproco riconoscimento e nell'eguale protezione del coesistente diritto degli altri». E ciò in considerazione del «rilievo costituzionale della salute come interesse della collettività», in nome del quale «quindi della solidarietà verso gli altri, ciascuno può essere obbligato, restando così legittimamente limitata la sua autodeterminazione, a un dato trattamento sanitario, anche se questo importi un rischio specifico». Di fronte alla situazione epidemiologica in atto, al carico dei sistemi sanitari, tenendo conto dei dati sull'efficacia e sicurezza dei vaccini, la scelta di prevedere per i sanitari il requisito della vaccinazione è apparsa pienamente rispettosa dei principi di idoneità, necessità e proporzionalità.

Si rileva inoltre come la dimensione del diritto penale emergenziale, sorto in relazione alle contingenze delle vicende epidemiche da Covid-19, ha finito per disciplinare attivamente anche taluni aspetti della responsabilità penale del personale sanitario. Si allude, in particolare, all'adozione delle disposizioni, etichettate dal dibattito giuridico come "scudo penale", allo scopo di garantire una miglior tutela della categoria professionale medica nei confronti del c.d. rischio penale. È proprio conseguentemente al dilagare dell'emergenza sanitaria che sulla Gazzetta Ufficiale n. 128 del 31.05.2021 è stata pubblicata la Legge 28 maggio 2021, n. 76 ("Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° aprile 2021 n. 44, recante misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici").

In particolare l'articolo 3-bis della legge 76/2021 reca una disciplina transitoria, che limita la punibilità, a titolo di omicidio colposo o di lesioni personali colpose, per i fatti commessi nell'esercizio di una professione sanitaria durante lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 e che trovino causa nella situazione di emergenza medesima. La norma transitoria in esame fa riferimento ai delitti in oggetto che trovino causa nella situazione di emergenza per epidemia da COVID-19. La norma fa quindi riferimento, entro tale ambito, a qualsiasi attività (di professione sanitaria), anche se relativa a casi non inerenti al COVID-19.

L'art. 3-bis introduce una limitazione della «responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario durante lo stato di emergenza epidemiologica da Covid-19, a tenore del quale «durante lo stato di emergenza epidemiologica da Covid-19, dichiarato con delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, e successive proroghe, i fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale, commessi nell'esercizio di una professione sanitaria e che trovano causa nella situazione di emergenza, sono punibili solo nei casi di colpa grave» (comma 1).«Ai fini della valutazione del grado della colpa, il giudice tiene conto, tra i fattori che ne possono escludere la gravità, della limitatezza delle conoscenze scientifiche al momento del fatto sulle patologie da SARS-CoV-2 e sulle terapie appropriate, nonché della scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, oltre che del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato impiegato per far fronte all'emergenza» (comma 2). Nel contesto della grave emergenza organizzativa che il sistema sanitario ha dovuto affrontare, il legislatore ha ritenuto opportuno introdurre un modello di contenimento della responsabilità medica, un c.d. “scudo” meglio definibile come causa di non punibilità della colpa “non grave” – derivante non solo da imperizia, dunque, ma anche da negligenza e imprudenza – per i fatti di omicidio e lesioni causalmente riconducibili alla pandemia da Covid-19.

Disposizione che deve essere estesa anche alla situazione attuale di grave carenza dei mezzi e del personale sanitario, analogamente a quanto fatto dal Parlamento che nel c.d. Milleproroghe ha prolungato dal 31 dicembre 2023 al 31 dicembre 2025 l'applicabilità di una normativa transitoria, a carattere derogatorio, in materia di riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie e in tema di ingresso in Italia, per motivi di lavoro, di medici e infermieri extracomunitari.

In conclusione, questa Federazione ribadisce anche in questa sede la necessità di rendere più attrattiva la sanità pubblica e di far sentire i medici al sicuro.

Secondo i dati della Federazione CIMO-FESMED, tra il 2010 e il 2020, in Italia sono stati chiusi 111 ospedali e 113 Pronto soccorso e tagliati 37 mila posti letto. Nelle strutture ospedaliere mancano oltre 29 mila professionisti sanitari. La stima è che già oggi, tra ospedale e territorio, manchino più di 20mila medici: 4500 nei pronto soccorso, 10mila nei reparti ospedalieri, 6000 medici di medicina generale. La situazione potrebbe peggiorare nei prossimi cinque anni, quando andranno in pensione 41.000 tra medici di famiglia e

dirigenti medici (proiezioni su dati Agenas), che diventano 50mila se consideriamo tutti i medici del Servizio Sanitario Nazionale. A questo si aggiunge il fenomeno della fuga dagli ospedali: dal 2019 al 2021 – secondo i dati Anaa-Assomed – hanno abbandonato l'ospedale circa 8.000 camici bianchi per dimissioni volontarie, perché il peggioramento delle condizioni di lavoro porta molti professionisti a voler fuggire dal SSN oppure a voler cambiare mestiere. Situazione analoga per i medici di famiglia, che sempre più spesso ricorrono al prepensionamento per dedicarsi alla libera professione. Tanto che, tra pensionamenti e “rinunce”, in cinque anni, dal 2016 al 2021, i medici di famiglia sono passati da 44436 a 40769 (dati Sisac) e molti pazienti sono rimasti privi di un proprio medico di fiducia.

Sono 270mila i medici specialisti italiani attivi sul campo. Lo rileva un'analisi condotta dal Cogeaps, il Consorzio della Gestione anagrafica delle professioni sanitarie, che ha elaborato una stima quantitativa dell'attività svolta dai professionisti iscritti agli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri sulla base della formazione prevalente.

Se però andiamo a vedere il quadro demografico, ottenuto incrociando i dati Cogeaps con quelli FNOMCeO, notiamo due fenomeni. Il primo è che siamo ormai arrivati al picco della cosiddetta “gobba pensionistica”, il grafico che conta i professionisti in uscita: la fascia di età tra i 64 e i 73 anni è infatti quella numericamente prevalente per tutte le specialità. Il secondo, ancora più preoccupante, è che si nota un netto calo dei giovani medici che scelgono alcune specialità considerate più a rischio di denunce o comunque con un peggior rapporto tra gratificazioni e frustrazioni. Ecco allora che, mentre in alcune specialità, come allergologia, dermatologia, epidemiologia, il numero di medici con meno di 34 anni è confrontabile con quello della fascia di età successiva, i giovani anestesisti sono meno della metà di quanti ci si attenderebbe per mantenere costante nel tempo il loro numero. E così i cardiocirurghi, i chirurghi generali, i ginecologi-ostetrici.

Questo andamento fa il paio con i dati diffusi dal sindacato Anaa-Assomed sulle “borse” di specializzazione non assegnate o abbandonate: le branche che sono state le più sollecitate durante la pandemia, insieme a quelle che già da prima hanno maggiori oneri e minori onori, come la medicina di emergenza-urgenza, sono ora le meno ‘gettonate’. Mentre le più richieste sono le specialità che consentono di trovare impiego nel privato o di svolgere la libera professione.

Se a questi numeri aggiungiamo quelli sui mille medici che ogni anno si trasferiscono all'estero, o, ancora, quelli sul boom di cause e denunce che, come titolava La Stampa pochi giorni fa, conta oltre 300 mila processi pendenti nei palazzi di giustizia, anche se la responsabilità medica viene accertata solo nel 15% dei casi, gli indizi diventano una prova: il nostro non è un Servizio Sanitario Nazionale per giovani.

Bisogna agire e bisogna farlo subito. Il rischio è quello di una sanità pubblica depauperata di specialisti, soprattutto in alcune branche. Non è una misura risolutiva aumentare gli accessi a Medicina se non si rende attrattiva la professione, soprattutto in quei settori dove la qualità di lavoro e di vita degli operatori è ormai ai minimi termini. Occorre dunque investire sui professionisti, sugli organici, sulla sicurezza, sulle condizioni di lavoro. E, contemporaneamente, far sentire protetti i medici, tutelandoli da controversie temerarie, fermo restando il diritto del cittadino al giusto risarcimento. Non sono più rinviabili interventi normativi che, attirando i professionisti, salvino il nostro SSN da una fine certa per consunzione.

Conosciamo la sensibilità di questo Governo e del Parlamento nei confronti delle Professioni sanitarie e la sua volontà di fornire un'assistenza di qualità ai cittadini. Per questo siamo certi che il Governo e il Parlamento, al di là di una riflessione serena di alcuni aspetti relativi alla gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione del virus SARS-CoV-2, comprendano come il primo passo per la prevenzione e la gestione di una nuova emergenza, qualsiasi ne possa essere la causa, sia mettere in sicurezza il nostro Servizio Sanitario Nazionale. A tal fine auspichiamo che individuino le risorse che sono necessarie, anzi indispensabili e urgenti per sostenere il Servizio Sanitario Nazionale e il suo capitale umano che, nella crisi pandemica, ma anche nella quotidianità, si è rivelato esserne il vero tessuto connettivo, l'elemento di coesione non solo sanitaria ma anche sociale. Crediamo che puntare sempre di più sulle professioni sia fondamentale e riteniamo che sia doveroso da parte di questa Federazione richiamare il Parlamento, il Governo e le forze politiche ad una particolare attenzione verso il Servizio Sanitario Nazionale che con senso di responsabilità dovrebbe essere incentivato e sostenuto.

Investire nel Servizio Sanitario Nazionale oggi ci sembra il richiamo più importante che vorremmo rivolgere alla politica. Ciò al fine di fronteggiare il problema sempre più dilagante della carenza di personale medico, al fine di garantire adeguata assistenza e cure ai pazienti che molto spesso si ritrovano senza un numero adeguato di dirigenti medici, medici di famiglia con il grande problema delle liste di attesa.

Grazie per l'attenzione che avete inteso riservarci.

FNOMCeO