

# **Relazione al Consiglio Nazionale**

## **Roma, 28 giugno 2013**

Cari Presidenti, colleghe e colleghi ospiti,

i temi che vorrei affrontare sono molteplici, alcuni attengono alla nostra vita istituzionale, altri sono ormai snodi strutturali delle nostre politiche professionali, altri ancora originano da fatti ed eventi che costellano la quotidianità della nostra attività federativa e che ci chiamano in causa in una molteplicità di ruoli.

Proverò a metterli in fila. sperando di non trascurarne nessuno in modo inescusabile, naturalmente il dibattito correggerà vuoti o lacune del mio intervento.

### **Il conto consuntivo 2012 e la delibera di assestamento del bilancio di previsione 2013**

Come da attese, il consuntivo 2012 consolida un ulteriore avanzo; per competenza è compito del Tesoriere illustrarvi le cifre contabili e l'allocazione dell'avanzo stesso. Mi limito a poche osservazioni:

- la FNOMCeO ha conseguito e consolidato un equilibrio economico-finanziario e di cassa, che seppur ancora migliorabile, è garanzia di stabilità negli anni a venire;
- esistono spazi finanziari per proseguire in politiche di sussidiarietà verticale a supporto degli Ordini in condizioni operative più svantaggiate per promuovere elevati standard di attività istituzionali (informatizzazione, servizi agli iscritti, attività certificazione ECM, formazione su nuovi compiti amministrativi e funzioni disciplinari, etc);
- il Comitato Centrale, successivamente a un riconsiderazione sulle opportunità, ha valutato positivamente l'ipotesi di acquisire la parte dell'immobile oggi occupato in affitto e di proprietà ENPAM con un programma di ristrutturazione degli ambienti che renda disponibile un'area di rappresentanza e di operatività di altissimo profilo. Questo ci consente di operare senza mutui e di lasciare disponibile gran parte dell'attuale affitto, oltre a quella quota di avanzo di cassa fisiologico a reggere le spese della Federazione nei primi mesi di ciascun anno contabile;
- è stato incrementato il fondo a disposizione per facilitare l'ingresso dei giovani nella professione, l'idea prevalente è quella di facilitare la prima polizza assicurativa all'atto della iscrizione ma, come purtroppo noto, si fa fatica a trovare imprese assicuratrici disponibili e che diano sufficienti garanzie.

### **Il dibattito sugli aggiornamenti del Codice di Deontologia**

Leggo con attenzione e rispetto i primi rilievi che vengono mossi alla bozza licenziata dal Comitato Centrale su proposta della Consulta che ha svolto un lavoro lungo e complesso. E' sorprendente constatare che un Codice valido per tutti sarebbe probabilmente scritto da ciascuno in modo diverso, un paradosso solo apparente che però ci dà l'esatta dimensione della pazienza, della saggezza e della responsabilità con cui va affrontata la questione.

L'aggiornamento del nostro Codice Deontologico non è un esercizio astratto di filosofia ed etica né il segno di una volubilità o volatilità di principi, ma un concreto servizio alla nostra comunità professionale ed al nostro Paese se ognuno di noi vorrà e saprà cercare quelle risposte che, nel rispetto dei principi etici e civili posti a fondamento della nostra società,

siano da guida e di aiuto nelle criticità del moderno esercizio professionale.

Abbiamo cercato di mettervi nelle migliori condizioni possibili per un'ampia consultazione negli organi istituzionali e tra gli iscritti, così come sarà garantito nel metodo e nel merito un efficace confronto in un Consiglio Nazionale a novembre tutto dedicato alla definitiva approvazione del nuovo testo.

## **I Medici fiscali INPS**

Al momento si sta lavorando su quanto vi ho già illustrato in una recente nota informativa, riassumo i termini di una possibile soluzione che assorba gli effetti devastanti della sospensione delle visite fiscali INPS e cioè la costituzione di un polo fiscale unico (dipendenti pubblici e privati) con accorpamento delle risorse destinate, l'aumento numerico delle visite fiscali, infine il parziale assorbimento dei medici fiscali nella graduatoria già messa a bando per medici che integrano le commissioni di invalidità.

Mi auguro che nessuno metta in dubbio da una parte la nostra consapevolezza sulla drammaticità delle conseguenze del provvedimento INPS sulla vita materiale e professionale di oltre mille colleghi e dall'altra la nostra determinazione nel trovare soluzioni accettabili.

## **I processi di informatizzazione in sanità**

Negli ultimi anni uno degli aspetti più rilevante e critico delle innovazioni che hanno investito le nostre organizzazioni sanitarie ed in modo ancora più specifico atti e procedure mediche va sotto il titolo onnicomprensivo di sanità digitale.

Pur nella sua grande complessità, costituisce solo una parte di quel vasto processo di digitalizzazione delle pubbliche amministrazioni avente il duplice obiettivo di rendere efficienti le transazioni amministrative e migliorare la quantità e la qualità dei servizi resi costruendo dei data base a fini di programmazione e valutazione delle attività sanitarie.

Le grandi opportunità e i rischi connessi alla rivoluzione delle ICT in sanità sono state e sono oggetto di una attenta e puntuale azione della FNOMCeO, oggi concentrata sulla costruzione e disponibilità del fascicolo sanitario elettronico.

Non riprendo i contenuti tecnici della nota che ho inviato solo qualche giorno fa e le prime risposte in relazione ad una lettera preoccupata in materia del presidente Pizza con destinazione Presidenza del Consiglio. Mi permetto solo di osservare che, se avesse chiesto informazioni alla Federazione prima di scrivere al Presidente del Consiglio, avrebbe evitato imprecisioni ed approssimazioni che sottraggono efficacia al complesso dei rilievi sollevati che costituiscono invece un prezioso aiuto alla nostra azione.

Su questo punto vorrei solo ribadire quanto affermato in conclusione del convegno di Padova, poi assunto da una proposta di articolo nel nuovo codice: l'ICT cambia il contenitore e non il contenuto del nostro esercizio professionale che risponde sempre e comunque agli stessi principi etici e civili posti a garanzia delle libertà, dell'autonomia, della riservatezza del cittadino e del medico.

## **Le linee guida applicative dell'Accordo Stato-Regioni sulla regolamentazione della formazione in Agopuntura, Omeopatia, Fitoterapia, ai fini della iscrizione in specifici elenchi presso gli Ordini professionali**

Con la stipula di uno specifico Accordo in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni si è conseguito il primo concreto obiettivo di un lavoro tenace della FNOMCeO che ormai risale a oltre un decennio.

Come largamente previsto, l'Accordo non ha inteso superare il limite di legittimità che la Cassazione in più sentenze ha riconosciuto solo a queste tre discipline individuandoli come competenze del medico, ma ha aperto la possibilità di includervi l'Antroposofia e l'Omotossicologia.

Ho fatto presente in più occasioni alla Commissione salute della Conferenza e allo stesso Ministero della Salute che, per quanto ci riguarda, noi procederemo alla compilazione degli elenchi solo sulla base di uno specifico atto di indirizzo ministeriale che da una parte chiarisca alcune lacune ed ambiguità del testo e dall'altro individui le procedure attuative dell'Accordo stesso.

Si è svolto un primo incontro presso il Ministero della Salute che ha stilato una bozza di lavoro sulle linee guida applicative che sarà oggetto di un preliminare confronto nella specifica Commissione FNOMCeO, quindi sottoposta ad una prima valutazione del Comitato Centrale, poi inoltrata agli Ordini al fine di raccogliere osservazioni ed integrazioni prima del varo definitivo.

### **Lo stato dell'arte del sistema ECM**

La Commissione Nazionale ECM ha registrato negli ultimi 2 mesi un calo di attività, in parte fisiologicamente legato al cambio di Governo, in parte ad un processo di riorganizzazione interna che ha coinvolto figure di vertice, dalle dimissioni della dott.ssa Linetti, alla sostituzione di alcuni rappresentanti delle Regioni.

Ho incontrato su questo tema la Ministra Lorenzin ed i vertici dell'Age.Na.S. ed insieme abbiamo concordato un pronto riavvio del sistema sulle questioni più delicate, quali quelle relative alla certificazione dei crediti ed alla sperimentazione dei dossier formativi.

Prosegue invece l'attività della FNOMCeO, quale provider e, come da programma, abbiamo avviato un nuovo corso sulla piattaforma Web e presto sarà reso disponibile nella versione fax.

### **La Riforma dei nostri Ordini**

Con atto registrato n° 829 ho depositato al Senato, come primo firmatario, il progetto di legge di Riforma degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti.

Il testo ricalca quello da noi concordato con il precedente Governo e già approvato dalla Camera nella scorsa legislatura con due significative variazioni:

- in previsione dell'abolizione di tutte le province, gli Ordini vengono individuati su base territoriale corrispondente alle circoscrizioni geografiche riferite alle province vigenti al 31-12-2012;

- sono state inserite nel testo tutti gli emendamenti che opportunamente definiscono gli ambiti di autonomia e le relative funzioni degli Albi ricompresi in uno stesso Ordine.

Al Senato sono stati presentati più testi in materia e naturalmente conto di poterli tutti ricondurre a quello sul quale abbiamo lungamente lavorato ed è già avviata la calendarizzazione in Commissione Igiene e Sanità.

## **Richiesta di audizione della FNOMCeO presso la Commissione Affari Sociali della Camera in merito ad una indagine conoscitiva sulla sostenibilità del nostro sistema sanitario**

L'audizione era prevista per il giorno 27 di giugno, abbiamo chiesto di spostarla per dividerne in Consiglio Nazionale le linee essenziali che mi accingo ad esporvi:

**All'appuntamento con la stretta finanziaria sui bilanci pubblici diventata più stringente in Europa successivamente al patto di Stabilità e Crescita ed emergenziale nella seconda metà del 2011, la spesa sanitaria si è presentata con una dinamica di crescita fortemente ridimensionata nell'arco temporale 2007-2012 con un tasso medio dell'1,7%, lontano cioè da quel 6,4% medio che aveva caratterizzato il periodo 2000-2006.**

**Sono stati e sono tuttora molteplici i determinanti di questo trend di crescita, alcuni strutturali all'evoluzione del sistema sanitario (l'ingresso di nuove tecnologie e nuovi farmaci ad alto costo, l'invecchiamento della popolazione che dilata la platea dei destinatari di complessi servizi socio-sanitari long-term, l'estensione quali-quantitativa della domanda di salute )**

**Altri determinanti sono invece espressione di ambiguità istituzionali non risolte nel riparto dei compiti e funzioni tra Stato e Regioni, di ritardi nell'innovazione organizzativa e gestionale, di una pluralità di modelli aziendalistici in gran parte insufficienti a governare la complessità della produzione di servizi caratterizzati da una densità di competenze professionali e di valori etici civili con pochi uguali nel mondo della produzione.**

**A questo si aggiunge il gravame di alcune sacche di inappropriata tecnica, inefficienza organizzativa e gestionale, di vicinanze improprie tra gestione del consenso politico e gestione del merito e qualità professionale, infine isolati ma non di meno allarmanti fenomeni corruttivi ed inquinamenti malavitosi.**

**Con pari forza va però respinto una vulgata, il nostro SSN non è né un costo insopportabile né un carrozzone inefficiente ed inefficace, ma una grande opera tecnico-professionale, civile e sociale che garantisce ricerca e sviluppo, occupazione qualificata e soprattutto nei principi di universalismo ed equità, coesione sociale ed identità civile al nostro Paese.**

Le prime considerazioni partono dalla lettura del DEF 2013 da poco approvato dalle Camere e stando ai dati, **la sanità** ha contribuito in modo significativo a quel riequilibrio della finanza pubblica che ha portato il nostro Paese ad un disavanzo pubblico sotto le soglie del 3% del PIL, conseguendo nel 2013 quel pareggio di bilancio in termini strutturali previsto dal Patto di Stabilità e Crescita dell'Unione Europea, poi confermata dal Fiscal Compact.

Il Consiglio ECOFIN dell'UE ha, nella scorsa settimana, definito l'uscita dell'Italia dalle procedure di deficit eccessivo, questo ci consente di accedere a quote di fondi europei e

soprattutto una maggiore agibilità economico-finanziaria, determinante in questa terribile congiuntura per **riavviare un processo virtuoso di crescita** della economia reale delle imprese e del lavoro per i giovani e i meno giovani espulsi dal lavoro, per sollevare quel disagio materiale e contrastare quella povertà che va reclutando strati sempre più vasti della società, ricostruendo speranze e fiducia nel futuro.

**I dati del DEF specifici del settore ci confermano che la nostra sanità ha svolto i compiti a casa; la spesa pubblica del settore relativa al 2012 è in valore assoluto di poco superiore a quella del 2009** con una percentuale di rapporto al PIL in decrescita dello 0,2% (7,1% rispetto al 7,3%).

**Per il 2013 è indicata una crescita della spesa sanitaria sul 2012** di circa lo 0,2% mentre dal 2014 al 2017 è indicata una crescita con un tasso medio dell'1,9% a fronte di una contestuale crescita del PIL nominale media del 3,2%.

Questo differenziale porta ad una stima della spesa sanitaria pubblica sul PIL in decrescita raggiungendo nel 2017 il valore del 6,7% che rafforzerebbe la nostra posizione nell'UE 15 tra i Paesi a più bassa spesa in termini percentuali ed assoluti procapite.

Dunque, hanno prodotto risultati sui saldi contabili le dure misure messe in atto dai governi Berlusconi e Monti che, in combinato disposto, hanno previsto nell'arco temporale 2010-2014 secondo diverse stime. un definanziamento pubblico del SSN per cumulativi 25-30 miliardi di euro.

E'opportuno ricordare che nel periodo 2001-2011, il differenziale finanziamento pubblico - spesa sanitaria ha raggiunto cumulativamente la cifra di 40 miliardi, dei quali poco più di 30 sono rimasti a carico dei bilanci regionali.

Questo differenziale finanziamento/spesa è nettamente diminuito nel triennio 2010-2012, più in ragione del rallentamento del trend di crescita della spesa che non dell'incremento del finanziamento pubblico, in significativa correlazione alla attivazione dei piani di rientro per le Regioni in grave disavanzo.

Il recente provvedimento di parziale saldo dei debiti della PA ha previsto l'anticipazione di cassa per circa 14 mld di euro nel biennio 2013 -14 per quelli in conto agli enti del SSN stimati in circa 40 mld

Si tratta di un intervento importante per dare fiato alle imprese del settore e ai servizi oramai allo stremo ma che dà anche la cifra di una condizione economico finanziaria difficile e solo parzialmente risolta.

Vorrei ricordare quanto ormai da più parti, autorevoli e terze, viene detto: **il SSN non può sopportare ulteriori politiche di definanziamento pubblico**, salvo scontare inaccettabili cadute dell'universalismo e della equità di accesso.

A riguardo è emblematico quanto ufficialmente dichiarato dal **Presidente Vasco Errani** che, nel rappresentare il pensiero unanime delle Regioni e Province autonome, ha chiesto che il finanziamento dei SSR, erogato nel 2012 pari a 107mld e 880 mln, resti tale anche per il 2013, evitando il taglio netto di 1 miliardo, come da legge di stabilità 2013, e denunciando l'effetto devastante sulla tenuta dei sistemi della previsione, relativa al 2014, di ulteriori 2 miliardi di

compartecipazione dei cittadini ai costi delle prestazioni.

Non a caso, nonostante annunci, **non si sono ancora realizzate le condizioni per stipulare il patto della salute**, cioè quella cornice di programmazione delle attività e dei relativi finanziamenti nella quale poter prevedere altresì una revisione dei LEA e affrontare la *vexata quaestio* delle cure a lungo termine.

**Le misure di compartecipazione alla spesa**, variamente definite a livello regionale, **hanno raggiunto circa i 4 miliardi di euro**, favorendo fenomeni di *opting out* dal sistema pubblico, i ticket sui farmaci sono aumentati del 40%, il 55% degli assistiti paga le visite specialistiche di tasca propria, le prestazioni sanitarie complessive sono diminuite del 20%.

Le **Regioni**, in piano di rientro, hanno portato al massimo le aliquote IRPEF regionali, tanto che l'aliquota media regionale è passata dall'1,19% all'1,49% che, aggiungendosi agli altri tributi regionali (IRAP, immatricolazioni etc.), ha portato a **oltre 4 miliardi il prelievo complessivo diretto per la sanità**.

Una cifra che emblematicamente si avvicina a quella dell'IMU prima casa.

Il **CENSIS**, in una rilevazione del 2012 sulla soddisfazione globale per i servizi offerti dal SSN, ci consegna un **dato preoccupante**: al centro-sud oltre un terzo dei cittadini denuncia un peggioramento dei livelli di servizio e una quota prossima al 60% li giudica inadeguati.

Non mancano anche al nord percentuali significative che denunciano un peggioramento (circa il 18%) e un'insoddisfazione (circa il 20%).

**Uno stress civile e sociale che ha superato il limite di guardia** e a cui fanno fronte centinaia di migliaia di professionisti della salute sospesi ormai da anni in un **clima** d'incertezza economica e professionale e vale la pena ricordare che le Camere stanno discutendo la conversione in legge del Decreto che blocca a tutto il 2014 non solo contratti e convenzioni ma anche le retribuzioni individuali ai valori del 2010 nonostante questi istituti siano finanziati con fondi contrattuali, il cui diverso utilizzo non comporta incrementi di spesa.

Gli ultimi dati di spesa ci dicono che quella relativa al personale dipendente ha registrato un calo percentuale di circa il 4% sul complesso della spesa sanitaria e tale riduzione è solo in parte relativa ad un rallentamento del *turn-over*.

Molti, troppi di questi professionisti che il conto consuntivo dello Stato stima nel 2011 tra i 35-40 mila di cui almeno 8.000 medici sono con rapporto a tempo determinato, senza contare altre forme di precarietà che raggiungono punte altissime in settori nevralgici dell'assistenza in alcune Regioni.

Nell'audizione del 28 marzo presso la Commissione Speciale della Camera, il **Presidente dell'ISTAT Prof. Giovannini**, oggi Ministro del Lavoro, dichiarava che tra il 2011 e il 2012 la quota d'individui in famiglie deprivate, ovvero con 3 o più sintomi di disagio economica, è passata dal 16% al 22,2%, quella gravemente disagiata dal 6,9% all'11,1%. Aumentano dal 33,3% al 38,4% le famiglie che non possono permettersi spese impreviste per 800 euro e dall'11,2% al 17,9% quelle che non possono riscaldare adeguatamente l'abitazione.

In questo contesto le politiche del rigore hanno comportato una riduzione al lumicino dei

fondi pubblici per il sistema integrato delle prestazioni sociali (pari nel 2012 a circa un decimo di quelle relative al 2008) e stiamo parlando di aiuti all'infanzia, alle famiglie, al contrasto delle povertà, alle disabilità.

Poche settimane fa, la **Direttrice generale dell'OMS Europa, Dott.ssa Zsuzsanna Jakab**, a conclusione di un meeting internazionale preparatorio ad un *draft* che nel prossimo settembre sarà presentato in versione definitiva sull'impatto in Europa della crisi economica sulle politiche sanitarie, ha affermato: ***"in tempi di crisi è forse ancora più importante proteggere il finanziamento dei sistemi sanitari, dal momento che i bisogni di salute possono crescere rapidamente; assicurare l'accesso ai servizi di salute è un aspetto cruciale di una più ampia rete di sicurezza sociale. Tagli inappropriati possono solo peggiorare i sistemi sanitari che devono fare di tutto per minimizzare gli sprechi e perseguire l'appropriatezza. Potenziare piuttosto che alleggerire le politiche ed i servizi di prevenzione; allo stesso modo proteggere poveri, persone improvvisamente senza lavoro e categorie vulnerabili dal rischio di essere estromesse dal sistema delle cure è una scelta strategica volta a scongiurare ulteriori impoverimenti e il peggioramento degli stili di vita."***

È questo un monito perfettamente in sintonia con il **programma UE 2014-2020** intitolato **"Salute per la crescita"**, ricordando che **senza salute non c'è sviluppo**.

Come in più occasioni abbiamo affermato, la sostenibilità del nostro sistema sanitario deve certamente fare i conti con lo stato economico finanziario del Paese, in termini congiunturali e strutturali, ma tale approccio va integrato da una visione più ampia ed altrettanto concreta.

Sul piano dell'economia reale, la cosiddetta filiera della salute è un segmento del PIL pari a circa il 12,5% con produzione di beni e servizi ad alti indici di investimenti in tecnologie ed elevati livelli di qualificazione professionale, con ampie ricadute positive su altri settori della produzione (agroalimentare, istruzione, trasporti, ambiente, etc).

Crediamo che sia una ricchezza, tutt'altro che immateriale, del Paese il profilo politico culturale insito nel SSN ovvero il sistema di valori che supportano le scelte degli individui e delle collettività sui temi della salute con ampie ricadute sociali (i principi di equità, solidarietà nel rispetto dei diritti umani, delle libertà individuali, della coesione sociale) infine delle responsabilità intergenerazionali e cioè quale salute oggi per quale salute domani.

Come cittadini e come professionisti è questo il campo su cui misurarci per il nostro Paese e per l'Europa a cui guardiamo, l'Europa dell'equità, della solidarietà, dell'universalismo dei diritti fondamentali dei cittadini.

## **La responsabilità penale e civile del medico e la criticità assicurativa**

A distanza di poco più di sette mesi dalla conversione in legge del DL Balduzzi (Legge n° 189/2012) sono possibili alcune considerazioni sugli effetti e sui ritardi della sua applicazione che proverò a riassumere in grossi capi:

- il tentativo di circoscrivere l'area di rilevanza penale di comportamenti colposi (*...non risponde penalmente per colpa lieve se si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate...*) ha esitato in orientamenti giurisprudenziali difformi e discordanti, sollevando in ogni caso solo i profili di imperizia e lasciando impregiudicati quelli di diligenza e prudenza;
- la previsione di lasciare fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 del Codice civile ha altresì prodotto sentenze civilistiche difformi, da una parte quelle che distinguerebbero in

contrattuale la responsabilità delle strutture ed extracontrattuale quella dei professionisti operanti nelle stesse con la conseguente riduzione a cinque anni della prescrizione e il riequilibrio dell'onere della prova, dall'altra quelle che drasticamente riaffermano per tutti il profilo della responsabilità contrattuale;

- non sono stati rispettati i termini temporali (30 giugno 2013) per emanare il DPR di cui al comma 2 dell'art. 3, in particolare:

a) la costituzione del fondo per garantire idonea copertura di categorie professionali ad alto rischio;

b) i requisiti minimi ed uniformi delle polizze con particolare riguardo alle modalità di recesso;

c) la definizione delle tabelle di riferimento per il risarcimento del danno biologico di cui agli artt. 138 e 149 del DL 7 settembre 2005 n° 209, tenuto conto che nel nostro Paese la media dei risarcimenti a parità di danno biologico è la più alta in Europa.

A questo si aggiunge una debolezza delle fonti normative che prevedono un obbligo di tutela risarcitoria in capo alle strutture sanitarie tutta derivante da sentenze e da accordi contrattuali.

Il successo delle cosiddette autoassicurazioni delle aziende sanitarie è sicuramente da valutare, ma preoccupa l'esposizione di un risarcimento diretto al giudizio di legittimità della Corte dei Conti che, rilevando la sussistenza di una colpa grave, può imporre alle aziende la rivalsa sui professionisti

In questo coacervo di nodi irrisolti si avvita una spirale di costi e di incertezze assicurative che oggi sta letteralmente strangolando settori di attività libero-professionale gravati da rischi di elevati risarcimenti e cioè ostetrici-ginecologi, ortopedici in sciopero nei prossimi giorni, chirurghi generali e di specialità.

Il ripristino delle procedure obbligatorie di mediazione, reintrodotta dal recentissimo "Decreto del fare", riapre una prospettiva positiva bruscamente interrotta da un ricorso in Corte Costituzionale.

Occorre dunque produrre un'azione legislativa che intervenga in modo armonico e incisivo su tutti questi profili, per detendere l'enorme pressione che va accumulandosi nel sistema a partire da quelle categorie che non trovano offerte assicurative accessibili perché tali non possono definirsi premi assicurativi da 25.000-30.000 euro con massimali a tre milioni.

Stiamo lavorando intorno a questo progetto che conto di esitare a breve in una proposta di legge.

## **Il caso Stamina**

Ringrazio il presidente di Brescia, Di Stefano e il suo Consiglio che interverrà sulla questione per il rigore e l'onestà intellettuale con cui ha affrontato la valutazione dei fatti ma soprattutto della riflessione deontologica che ci consegna.

Assorbo nella mia relazione le sue considerazioni, le sue preoccupazioni e i suoi auspici nel merito specifico della questione e mi riservo di reintervenire nel corso del dibattito, limitandomi ad una sola riflessione condivisa dal Comitato Centrale ed oggetto di un



Comunicato nei giorni di fuoco della vicenda Stamina che riporto in modo testuale:  
*"...nella tumultuosa evoluzione della ricerca e della medicina applicata, le speranze di tanti diventano certezze per tutti solo quando una rigorosa e trasparente metodologia scientifica abbia sperimentato prima ed introdotto poi nella pratica clinica, innovazioni diagnostiche e terapeutiche di comprovata efficacia e sicurezza.*

*Questo inscindibile ed ineludibile legame tra speranze delle persone ed evidenze della scienza, è tanto più stretto quanto più si intendono affermare, in una sanità che sia per tutti e di tutti, i principi di equità di accesso ed universalismo dei destinatari, solo in questo scenario la libertà di cura diventa un diritto esigibile. La nostra opera professionale ogni giorno e su ogni persona si misura con questo intreccio tra speranze ed evidenze, tra prossimità al malato e rispetto delle buone pratiche cliniche.*

## **La formazione ed il mercato del lavoro dei giovani professionisti**

Lascio questo punto solo come richiamo ad una agenda da tempo aperta sulla quale in più occasioni abbiamo espresso valutazioni ed abbozzato soluzioni.

Attendo un confronto con il nostro gruppo di lavoro oggi presente in aula per avviare iniziative concrete a partire dalle prossime settimane.

Concludo questa relazione, ancora una volta lunga ed estenuante da mettere a dura prova la pazienza e di cui vi chiedo scusa, ma la vostra fiducia è per me un vincolo fortissimo e rendere conto di questa fiducia, anche per eventualmente revocarla, lo considero nell'esercizio delle mie funzioni, un valore non negoziabile.