



CONSIGLIO NAZIONALE FNOMCeO
RELAZIONE DEL PRESIDENTE AMEDEO BIANCO
2 APRILE 2011
FIRENZE

Cari Presidenti,

l'ultimo nostro Consiglio Nazionale risale a 2 mesi fa; in questo spazio temporale, alcune questioni già oggetto di una nostra valutazione collegiale hanno registrato una evoluzione; le ripropongo quindi alla vostra attenzione sviluppando intorno ad esse alcune riflessioni di carattere generale correlate all'esercizio dei nostri ruoli e compiti istituzionali.

LE CERTIFICAZIONI MALATTIA ON-LINE

Tuttora ascolto e leggo alcuni commenti di coda alla vicenda delle certificazioni on-line che peraltro ogni giorno continua a porre sul piano tecnico ed operativo, questioni nuove a cui trovare soluzioni non sempre facili né scontate.

Al netto di tutte le critiche puntualmente rivolte e ripetute all'impianto generale della legge Brunetta, nello specifico della certificazione malattia, la FNOMCeO, in rappresentanza di tutti gli Ordini e nell'interesse di tutti i medici e

dei cittadini ha esercitato le sue funzioni, non di parte sociale ma di istituzione ausiliaria dello Stato, rifiutando a settembre scorso di sottoscrivere la chiusura della partita tecnica della certificazione on – line che avrebbe gravemente occultato oggettive e non risolte difficoltà tecniche ed operative del sistema.

Questa ferma posizione ha registrato alcuni passaggi politici duri, culminati nella rottura di ogni forma di collaborazione con il Ministero dell’Innovazione, ma è riuscita a creare un nuovo scenario di interlocuzione presso il Ministero della Salute, con un ruolo attivo e positivo del ministro Fazio e con la partecipazione delle OO.SS categoriali fino ad allora escluse.

In quel contesto, meno sensibile e permeabile ai virtuosismi demagogici del ministro Brunetta, sono emersi chiari e definiti i limiti, le difficoltà e la incongrua tempistica operativa delle procedure e delle tecnologie della certificazione on-line e soprattutto l’irragionevolezza offensiva dell’impianto sanzionatorio e la natura intimidatoria delle resistenze ad un rinvio ulteriore dell’applicazione delle sanzioni.

Su questa linea e su questo fronte abbiamo contribuito a compattare tutto il complesso universo delle rappresentanze sindacali evitando che prendessero vigore devastanti conflitti tra categorie mediche su presunte competenze e responsabilità che avrebbero indebolito il fronte di contrasto a scelte autoritarie e demagogiche .

Le vicende di queste ultime settimane, dalla terza e quarta circolare Brunetta, alla ultimissima comunicazione del Presidente della Conferenza Permanente Stato-Regioni, Vasco Errani che rinvia l’applicazione delle sanzioni al prossimo anno, in coerenza all’effettiva e compiuta applicazione del sistema, costituiscono la prova concreta delle buone ragioni e della responsabilità della nostra azione.

La sconfitta più dura dell’ approccio dirigista ed autoritario di cui è intrisa la riforma Brunetta si è paradossalmente consumata nei successi della certificazione on- line, essendo questi maturati in un contesto temporale nel quale era chiaro e noto a tutti, Regioni comprese, l’assoluta inapplicabilità delle sanzioni.

Come a viva voce ho detto al Ministro Brunetta, i buoni risultati di adesione alla certificazione on-line sono figli della responsabilità dei medici e non della paura delle sue sanzioni, ci auguriamo, senza crederci troppo, che questo

insegnamento serva a guidare diversamente le prossime azioni amministrative nel campo delle innovazioni in sanità, dall'incombente previsione della rendicontazione elettronica delle ricette, al fascicolo elettronico.

FEDERALISMO FISCALE: I DECRETI ATTUATIVI

-
Le celebrazioni del Centenario di istituzione degli Ordini sanitari ci hanno consegnato una riflessione largamente condivisa: la nostra sanità è stata nel passato, è oggi e sarà probabilmente anche nel prossimo futuro, un sottosistema sensibile e permeabile allo sviluppo sociale, economico e politico del nostro Paese.

Sul piano dell'architettura istituzionale e sociale, negli ultimi 50 anni, la regionalizzazione prima e la riforma costituzionale in senso federalista poi, hanno riprodotto nella sanità, in modo speculare, le differenze che storicamente distinguono le diverse aree del nostro paese, aggiungendo ai gap strutturali (infrastrutture, occupazione, scolarità, reddito, insediamenti produttivi) quelli invece correlati alle competenze delle classi dirigenti locali, spesso dimostratesi incapaci ad usare in modo efficiente, efficace e trasparente, i nuovi poteri e le nuove responsabilità di governo nei territori.

E' difficile interpretare diversamente il dato che tre regioni portano il peso di circa il 67% del disavanzo sanitario nazionale che, a partire dal 2001 ammonta a circa 37 Mld di euro, una devastante contabilità passiva che non è convincente rapportare esclusivamente al cronico sottofinanziamento pubblico dei SSR, rispetto ai costi sostenuti.

Il federalismo fiscale segue ed intende portare a compiuta realizzazione quello istituzionale attraverso un gigantesco e complesso trasferimento di potestà tributarie ed erariali dallo Stato centrale ai governi dei territori ovvero Regioni, Province e Comuni, operando dunque una storica transizione da un finanziamento pubblico cosiddetto derivato (cittadini-Stato-territori) ad uno diretto (cittadini-territori) dei livelli uniformi di prestazioni essenziali concernenti i diritti civili e sociali, che la stessa riforma costituzionale federalista pone al centro dei suoi obiettivi.

Come sappiamo la sanità tuttora assorbe mediamente il 70-75% dei bilanci delle Regioni ed è evidente come questo settore sia determinante non solo per calibrare l'efficienza dei processi di reperimento delle risorse pubbliche ma

anche per definirne l'efficacia e l'equità dovendo garantire l'equilibrio tra l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, costituzionalmente uniformi sul territorio nazionale e le diverse capacità fiscali e tributarie dei territori.

Non poche regioni sono impegnate in piani di rientro ed alcune di queste sono commissariate, avendo sfondato la soglia del 5% di disavanzo, altre sono sul filo del rasoio, tutte le restanti, quelle cosiddette virtuose, faticano a reggere i limiti di spesa sottoscritti nel Patto della Salute in scadenza nel 2012, anche in ragione della riduzione dei trasferimenti di risorse pubbliche a Regioni, Province e Comuni operati dall'ultima legge finanziaria 78/2010 (circa 4,5 Mld di euro solo per le Regioni) che pur non investendo direttamente il settore sanitario, oggettivamente lo coinvolgono ad esempio negli ambiti delle prestazioni socio assistenziali.

L'efficienza, l'efficacia e l'equità del federalismo fiscale nel garantire i livelli uniformi di prestazioni ai cittadini e previsto in partenza dal 2013, viene affidato, in ambito sanitario, alla definizione dei fabbisogni standard nazionali e regionali e dei costi standard nazionali e regionali e da un fondo di perequazione che, almeno in fase di avvio, opererà correttivi a sperequazioni di finanziamenti nei vari territori, peraltro fin da oggi del tutto prevedibili stante ad esempio che il reddito medio procapite della Calabria è circa la metà di quello della Lombardia e poco più della metà di quello del Veneto e dell'Emilia Romagna;

Questi nuovi determinanti, sommariamente delineati e sui quali sarà opportuno ritornare in modo più approfondito anche in ragione delle ricadute che questi hanno sulla qualità del lavoro medico, segneranno lo sviluppo della nostra sanità e il destino dei valori etici e civili che l'informano quali l'universalità dei destinatari, l'equità di accesso, la natura solidale nel reperimento dei finanziamenti e nell'allocazione delle risorse.

In questa prospettiva ritengo del tutto giustificate le preoccupazioni e motivate le proposte che nell'ultimo Consiglio Nazionale ha espresso il Presidente dell'Omceo di Crotone, **Enrico Ciliberto**, e propongo quindi ai presidenti delle regioni sotto piano di rientro di costituire Osservatori Regionali sui piani di rientro per valutarne le ricadute sul lavoro medico e i profili di erogazione dei livelli uniformi di assistenza anche al fine di istituire un Coordinamento Nazionale degli Osservatori che armonizzi e selezioni gli eventuali interventi correttivi.

La salvaguardia di questi valori ci permette di corrispondere a buona parte della nostra deontologia, a cominciare dall' art.3 ed ai pronunciamenti fondamentali del nostro Giuramento Professionale, costituendo inoltre non solo un patrimonio della memoria ma anche e soprattutto un investimento per il futuro del paese nella misura in cui "materializzano" quella parte della nostra Costituzione che ha inteso ricostruire dalle macerie materiali e morali di una guerra devastante e lacerante, l'identità civile e morale del nostro popolo, in una nazione unitaria, fondata sul rispetto di diritti e doveri in capo a tutti i cittadini.

Queste ragioni e queste passioni del passato non hanno perso forza nella modernità e vanno dunque richiamate in campo per definire i limiti formali e sostanziali di ogni legittimo ed auspicabile progetto di ammodernamento della architettura istituzionale e gestionale della nostra sanità, affinché questa continui ad essere non solo uno strumento formidabile di coesione tra strati sociali, generazioni, culture, ma anche di unità nazionale, quella che stiamo celebrando riscoprendo l'orgoglio e l'entusiasmo di sani valori identitari del nostro popolo e della nostra nazione.

Questi richiami hanno il loro fondamento perché, al di là delle formule di rito auto-celebrative, il nostro sistema sanitario sta invece accusando ritardi e flessioni di accessibilità, di equità e qualità e quindi di consenso tra i cittadini; basta leggere gli ultimi rapporti Eurispes, quelli di Osservasalute, quelli del CEIS che puntualmente segnalano la crescita numerica delle fasce di popolazione a rischio povertà per il sopravvenire di impreviste spese sanitarie non garantite quali ad esempio un cura odontoiatrica più complessa, l'assistenza a disabilità, la cronicità.

In questa fase di grandi difficoltà dei SSR, dobbiamo attivamente contrastare non l'appropriata e trasparente allocazione delle risorse pubbliche, non il rigore gestionale nella produzione ed offerta dei servizi, ma una visione della sanità come pura voce di costo nei bilanci pubblici, da tosare prioritariamente nelle crisi della finanza pubblica, depotenziando le sue capacità di garantire equità e coesione sociale anche e forse soprattutto nelle crisi economiche che colpiscono i ceti più fragili.

Va parimenti contrastata una cultura gestionale dell'efficienza che nelle organizzazioni sanitarie riduce i medici, alla stregua di macchine banali ed anonime, che ignora la solitudine e la sofferenza professionale, civile e sociale a cui questi sono costretti nel reggere con i cittadini da una parte la crescita

della domanda di salute e dall'altra la riduzione delle risorse umane e materiali a disposizione.

LA RESURREZIONE DEL DDL SUL GOVERNO CLINICO

Proprio in questi giorni sembra che possa ritornare in discussione alla Camera il disegno di legge sul cosiddetto Governo Clinico nella stesura unificata del relatore, l'On. Di Virgilio.

Ho riletto dopo quasi due anni quel testo, frutto di tante mediazioni ed anche di sincere buone volontà ma rispetto alla gravità ed alla complessità del disagio del nostro corpo professionale e delle difficoltà della nostra sanità quelle soluzioni si propongono oggi come rimedi parziali ed insufficienti, forse buoni ad alleviare qualche sintomo o a correggere qualche segno più intollerabile.

Nelle esperienze ritenute più efficienti, le regole di ingaggio delle aziende sanitarie, schiacciate da stretti vincoli di bilancio, vanno sempre più radicandosi in una cultura di efficientismo gestionale che si esprime attraverso un controllo pressoché assoluto dei professionisti non solo perché sono costosi fattori di produzione ma anche per il loro ruolo, non fungibile né delegabile, di generatori di altri costi quali ad esempio le prescrizioni di farmaci e presidi, l'utilizzo delle tecnologie, i tempi di degenza, le scelte terapeutiche.

Ne scaturisce una catena di poteri e di comando ontologicamente refrattaria quando non ultronea ad un diverso modello gestionale dei servizi sanitari che concretamente intenda coinvolgere e rispettare l'autonomia, la responsabilità e le competenze dei professionisti.

Fa dunque amaramente riflettere una recente e per alcuni versi discussa, sentenza (n° 1873/2010) della IV Sezione Penale della Suprema Corte di Cassazione, che, nel rinviare ad altro Giudice di Appello un giudizio di Responsabilità medica, così argomenta, peraltro nel solco di un orientamento giurisprudenziale e costituzionale già ampiamente consolidato:

“ I principi fondamentali che regolano, nella vigente legislazione, l'esercizio della professione medica, richiamano, da un lato, il diritto fondamentale dell'ammalato di essere curato ed anche rispettato come persona, dall'altro i principi dell'autonomia e della responsabilità del medico, che di quel diritto si pone quale garante, nelle sue scelte professionali.

Nel praticare la professione medica, dunque, il medico deve, con scienza e coscienza, perseguire un unico fine: la cura del malato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui al tempo dispone la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di diversa natura, da disposizioni, considerazioni, valutazioni, direttive che non siano pertinenti ai compiti affidatigli dalla legge ad alle conseguenti relative responsabilità.

.....Omissis.....

D'altra parte lo stesso sistema sanitario, nella sua complessiva organizzazione, è chiamato a garantire il rispetto dei richiamati principi, di guisa che a nessuno è consentito di anteporre la logica economica alla logica della tutela della salute, né di diramare direttive che, nel rispetto della prima, pongano in secondo piano le esigenze dell'ammalato. Mentre il medico, che risponde anche ad un preciso compito deontologico, che ha in maniera più diretta e personale il dovere di anteporre la salute del malato a qualsiasi altra diversa esigenza e che si pone, rispetto a questo, in un chiara posizione di garanzia, non è tenuto al rispetto di quelle direttive, laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente e non può andare esente da colpa ove se ne lasci condizionare, rinunciando al proprio compito e degradando la propria professionalità e la propria missione a livello ragionieristico “

Non avrei potuto scegliere parole migliori per rappresentare il moderno paradosso del ruolo del medico nelle organizzazioni sanitarie: tanto piccolo, marginale e magari da domare in qualche sua velleità autonomista con sanzioni disciplinari per violazione del rapporto fiduciario, assunto a valore scriminante lo stesso rapporto di lavoro, quanto invece grande, centrale ed esclusivo nelle sue funzioni di garanzia e di responsabilità sull'efficacia e sicurezza dell'intero sistema delle cure e nella tutela dei diritti costituzionali da questo protette.

In questo contesto, l'idea del governo clinico nata, ormai molti anni fa, per reclutare le competenze, le autonomie, le responsabilità e i valori dei professionisti ai valori e agli obiettivi del management aziendale mantiene le buone ragioni ma ha perso forza, agibilità e concretezza nel prospettare un nuovo modello gestionale capace di reggere la sfida della sostenibilità economica, sociale, etica e tecnico-professionale di un sistema sanitario equo, accessibile ed efficace.

PER UN NUOVO PATTO CON LA PROFESSIONE MEDICA

Si è purtroppo perso tempo prezioso, questa inerzia legislativa ha indebolito potenzialità e deluso speranze ma lavoreremo per migliorare quanto più

possibile quel testo pur essendo a noi evidente la necessità di un sostanziale cambio di paradigma culturale, politico e sociale che, a garanzia di un servizio sanitario universalistico, equo, efficace e solidale, definisca un nuovo Patto con la Professione Medica.

Mi riferisco alla concreta esigenza di definire una nuova cornice culturale, giuridica, amministrativa, civile e sociale che:

- nel riconoscere al medico il doppio ruolo di garanzia verso lo stato e verso i cittadini, ne definisca la centralità tecnica e funzionale nelle attività sanitarie fondate o strettamente correlate a processi di diagnosi e cura, individuando e proteggendo gli ambiti di autonomia e responsabilità del suo esercizio professionale anche nell'organizzazione e gestione dei servizi ospedalieri e territoriali;
- che promuova le innovazioni organizzative secondo un armonico e non conflittuale sviluppo dei ruoli e delle competenze delle professioni sanitarie nel rispetto delle autonomie, delle responsabilità e dei ruoli del medico;
- che rispetti la libertà di ogni relazione di cura perché, unica e irripetibile, costituisca il luogo e il tempo di legittimazione di chi sceglie e quanto si sceglie nell'osservanza delle leggi e della deontologia professionale;
- che realizzi una sintesi funzionalmente coerente ed efficace tra formazione universitaria, esercizio professionale e sviluppo continuo delle conoscenze e competenze consentendo altresì il compiuto ed armonico sviluppo del processo di femminilizzazione della nostra professione;
- che sancisca nelle organizzazioni sanitarie una netta e trasparente separazione tra politica e gestione, sviluppando un ambiente di relazioni idonea a riconoscere e premiare i valori e i meriti professionali;
- che sviluppi le sane cooperazioni e disincentivi le false competizioni professionali;
- che sviluppi e diffonda le buone pratiche professionali e le migliori organizzazioni per affermare l'uso appropriato delle risorse e contrastare le inefficienze e gli sprechi dell'inappropriatezza clinica ed organizzativa
- che promuova e tuteli la ricerca e la formazione trasparente, libera cioè da interessi non prioritariamente rivolti alla tutela della salute;
- che, nell'ambito di gestione del rischio clinico, individui i profili di responsabilità medica in un contesto "positivo" di miglioramento degli individui e delle organizzazioni, proteggendo il fine benefico dell'atto medico, depotenziando l'esposizione mediatica, garantendo certezza di copertura dei risarcimenti, con l'obiettivo infine di contenere e marginalizzare le culture e le pratiche difensivistiche;

- che affianchi i cittadini e i decisori nelle scelte che hanno un impatto diretto e/o differito sulla qualità e sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro.

Un programma impegnativo che non ha pagine bianche; in questi anni su ognuno di questi temi e su altri ancora quali ad esempio la multiculturalità nella salute e nella malattia, lo sviluppo dell'etica e deontologia medica in ambito europeo anche a supporto di una libera circolazione di medici e pazienti, una efficace regolamentazione delle medicine e pratiche non convenzionali, abbiamo infatti sviluppato iniziative, convegni, prodotto documenti di largo consenso nella professione ed intorno ad essa, abbiamo idee e proposte a cui dare passione e gambe.

Mi soffermo veloce sul tema del **rapporto salute ed ambiente** perché ritengo che la nostra riflessione non sia invece sufficientemente matura, non sui principi generali ma sulla loro concreta e condivisa applicazione nel governo delle cosiddette attività antropiche.

Le scelte sulle fonti energetiche, lo smaltimento dei rifiuti, l'inquinamento atmosferico dei suoli e delle acque, lo stravolgimento idrogeologico intensivo dei territori a fini di edilizia abitativa o manifatturiera, la struttura dei trasporti, la viabilità, la sicurezza delle tecnologie di largo consumo, etc. ci coinvolgo come garanti della tutela della salute.

Vi prego di leggere il rapporto del gruppo di lavoro istituito dalla Federazione e coordinato dal presidente **Vinci**, è una proposta di merito e di metodo saggia, equilibrata e praticabile che intendo portare alla vostra valutazione nel prossimo Consiglio Nazionale.

IL DDL DELEGA COMPRENDENTE LA RIFORMA DEGLI ORDINI

Tra i fatti più recenti, che possiamo definire positivi ma non risolutivi, vorrei segnalarvi che il lungo lavoro svolto per individuare le forme e i contenuti di una legge di ridefinizione giuridica del ruolo e del funzionamento dei nostri Ordini, ha percorso un pezzo di strada importante.

Pochi giorni fa, il Consiglio dei Ministri, su iniziativa del Ministro Fazio, ricevuto il parere favorevole della Conferenza Stato Regioni, ha definitivamente licenziato il complesso della normativa in un DDL delega che rispecchia nei contenuti le proposte, discusse e approvate dal Consiglio Nazionale della

FNOMCeO; ora si avvia l'iter parlamentare e il suo destino finale dipenderà dalla stabilità della legislatura e dalla volontà del Parlamento.

Nella stessa delega sono presenti altri provvedimenti che prevedono l'obbligo per le aziende sanitarie di istituire unità di gestione del rischio clinico, una diversa e più trasparente assegnazione di finanziamenti pubblici per la ricerca, una più efficace articolazione dei Comitati etici per le sperimentazioni.

LA MEDIAZIONE IN AMBITO DI RESPONSABILITÀ MEDICA

Come sapete è altresì operante la norma che prevede l'obbligo di conciliazione prima dell'avvio dei procedimenti giudiziari previsti anche nell'ambito della responsabilità medica; stiamo lavorando nella prospettiva di costituire con il Consiglio Nazionale Forense a livello Nazionale e con gli ordini degli avvocati territoriali, Organismi di Conciliazione a questo scopo dedicate e Corsi di Formazione congiunti per mediatori esperti in questo campo specifico.

I MEDICI E LA PROFESSIONE

Più in generale, è evidente il fatto che i nostri medici si pongano rispetto alle problematiche più generali della professione ed ai soggetti che li rappresentano come una galassia di pianeti lontani ed indistinti, di anonimi ed atomizzati prestatori d'opera, senza più fiducia nella partecipazione e senza più speranze in quanto insieme si può costruire.

Non posso non ricondurre a questo clima di sostanziale estraneità di cui, sia ben chiaro, siamo tutti responsabili, anche il modesto risultato in termini di partecipazione al voto postale dei medici iscritti per l'elezione diretta degli organi gestionali dell' ONAOSI, non si è infatti raggiunto il 10% complessivo, con percentuali di poco inferiori all'8% per la categoria dei dipendenti, in altre parole il 90% dei medici a cui è stato suonato il campanello di casa, non hanno aperto nemmeno la porta.

Questi obiettivi richiedono lo sforzo congiunto di tutte le rappresentanze storiche della Professione e ripeto quanto credo di aver già in passato detto: non dobbiamo mai stancarci di costruire confronto, dialogo, iniziative e progetti perché nei vuoti determinati da protagonismi identitari esasperati, poco dialoganti ed ancor meno propensi ad un faticoso lavoro di incontro e sintesi si

incuneano culture e forze dirompenti che vogliono imporre scelte e soluzioni che ci dividono e ci indeboliscono.

Dobbiamo dunque continuare i nostri sforzi per mettere in campo una forte capacità di interpretare e gestire la natura e la complessità dei fenomeni che negli ultimi decenni hanno coinvolto e spesso travolto le tradizionali linee di esercizio professionale e che hanno sollecitato lo sviluppo di comportamenti difensivi, di paure, di sospetti e talora di rassegnate soluzioni individuali volte ad una mera riduzione del danno.

DALLA CENTRALITÀ DELLA MALATTIA ALLA CENTRALITÀ DELLA SALUTE E DEL MALATO

Tutto questo a fronte di una medicina ed di una sanità sempre più sospinte alle innovazioni dalla ricerca pura ed applicata, dal massiccio ingresso delle tecnologie, da una circolazione vertiginosa dei saperi, delle competenze, delle domande e dei bisogni dei cittadini.

Per comprendere la portata di queste trasformazioni è sufficiente soffermarsi sull'evoluzione del concetto stesso di malattia fino a pochi decenni fa, non solo territorio indiscusso dei medici quali interpreti unici della medicina riduzionistica ma anche elemento fondante i loro ruoli e poteri nella società e nelle organizzazioni sanitarie.

Se la sostenibilità economica del nostro sistema sanitario è la sfida che ci coinvolge sul piano sociale e civile, la transizione dalla centralità della malattia a quella del malato e della salute ci coinvolge su quello tecnico professionale e deontologico esprimendo già da tempo, una forza travolgente, al di là degli eccessi consumeristici, dei nostri timori e dei vuoti ed incertezze dei decisori politici.

Questa onda lunga ed alta ha sollecitato e sollecita innovazioni in tutti i campi della medicina e della sanità: dalla formazione del medico e delle professioni sanitarie costringendola a riscoprire il valore abbandonato delle scienze umane di relazione nella gestione delle competenze tecniche; ai professionisti che devono riposizionare la loro inalienabile e preziosa autonomia e responsabilità all'interno di una relazione di cura più equilibrata ed attenta all'autonomia dei pazienti per saldare una alleanza terapeutica; agli amministratori alle prese con risorse sempre più definite a fronte di una

domanda in crescita esponenziale per contenuti e destinatari, infine alla politica chiamata a garantire che il punto di caduta di questi fenomeni sia sempre all'interno della cornice di garanzie costituzionali dell'articolo 32 e di tutte le altre a questo intimamente connesse.

In conclusione mi scuso per la mia incorreggibile lungaggine, ma avverto il peso di quella responsabilità grande e straordinaria che mi avete affidato e non riesco a contenere l'esigenza di condividere i pensieri, qualche certezza e le più numerose incertezze che ogni giorno, come voi, affronto.

Mi aiuta il pensare che anche in questo modo nessuno di noi è e ne deve sentirsi solo; tutti, chi più vicino, chi meno vicino, possiamo affrontare insieme questo straordinario viaggio nelle nostre passioni, nelle nostre visioni ma soprattutto nei doveri e nelle responsabilità che ci siamo assunti verso la nostra professione e verso i cittadini del nostro Paese.

FIRENZE, 2 APRILE 2011