



## **RELAZIONE DEL PRESIDENTE BIANCO**

### **CONSIGLIO NAZIONALE FNOMCeO**

**Roma 18.2.2012**

**Cari Presidenti, graditi ospiti,**

questo Consiglio Nazionale chiude il triennio di governo della Fnomceo che il vostro voto affidò al Comitato Centrale che ho l'onore di presiedere e che ringrazio per la competenza, l'impegno e la responsabilità che ha sempre contraddistinto l'alto servizio dei suoi componenti.

Con la stessa gratitudine ringrazio tutti Voi, per la vostra vicinanza, il vostro contributo di passioni e di idee, per le vostre critiche che, in ogni occasione, vi assicuro sono state, per me e per tutti noi, preziose occasioni di confronto per crescere.

Desidero, a nome di tutti, dare un affettuoso benvenuto ai 19 nuovi Presidenti di Ordine e ai 24 nuovi Presidenti delle CAO provinciali; nello stesso tempo, con altrettanto affetto e

gratitudine, ringrazio coloro che sono stati sostituiti alla presidenza degli ordini per il prezioso servizio reso alle nostre Istituzioni.

L'assemblea dei presidenti di oggi ha, nell'occasione, una duplice valenza dovendo da una parte rendicontare un triennio di attività Federativa, dall'altra proporsi come un laboratorio aperto e libero dove esplicitare i progetti e i candidati per il governo della Fnomceo del prossimo triennio.

Sullo schermo alle mie spalle vedete scorrere le slides che ricordano l'intensa attività federativa dello scorso triennio (che vi è stata consegnata raccolta in una pen-drive), ve le propongo non per un accattivante amarcord né per uno spot promozionale ma solo per ribadire che abbiamo onorato l'impegno di fare del Consiglio Nazionale il cuore battente e la testa pensante della Fnomceo e della professione che essa rappresenta.

E' dunque motivo di orgoglio per tutti noi poter affermare che non sono state assunte scelte rilevanti di politica professionale che non siano state preventivamente portate, discusse e definite in Consiglio Nazionale, scontando talora lunghi percorsi di elaborazione e, talaltra, registrando il persistere di legittime ed inconciliabili differenze di valutazione.

La centralità del ruolo del Consiglio Nazionale nello sviluppo delle politiche della professione è ulteriormente confortata da un'altra considerazione derivante da una ricerca sulla affluenza al voto i cui esiti vi ho inviato.

Confesso che temevo questa rilevazione paventando numeri e percentuali poco al di sopra della soglia di validità del voto, ravvisata nel 10%, ed invece, per fortuna, la mia previsione si è rivelata eccessivamente pessimista.

E' vero, non c'è nulla di esaltante in quella media nazionale del 26% circa di affluenza al voto per i medici, e del 34% per gli odontoiatri, ma se spigoliamo sui singoli dati provinciali e poi guardiamo le cifre in assoluto, il fenomeno assume un profilo diverso.

In 56 Ordini l'afflusso al voto è stato superiore al 30% degli iscritti; in 16 superiore al 40%; fatto salvo Catania (45%), Cagliari (41%), Napoli (35%) e Bari (32%), tutti gli altri 9 Ordini sopra i 6000 iscritti, registrano percentuali tra il 15%-23% contribuendo così in modo significativo a determinare quella percentuale nazionale di partecipazione al voto. Ma è altrettanto vero che questi stessi ordini hanno costituito il nerbo di quei circa 96.000 iscritti agli Albi medici e circa 19.000 iscritti agli Albi odontoiatri, per complessive 105.000 persone fisiche che si sono recati ai 106 seggi unici provinciali.

Pur considerandone tutti i limiti, questi dati ci consentono di affermare che, nel multiforme universo delle rappresentanze della nostra professione, gli Ordini provinciali e questo Consiglio di presidenti costituiscono in ogni caso la rappresentanza ad elezione diretta più vasta e capillare, legittimando così il suo ruolo esponenziale dei medici e degli odontoiatri italiani, al di là della riserva di legge di cui gode.

Naturalmente tutto questo amplifica la nostra responsabilità verso i professionisti, verso i cittadini, verso le istituzioni e tale consapevolezza deve sempre illuminare il nostro pensare ed agire.

I limiti non sono solo i numeri da migliorare, ma anche l'accesso e la partecipazione di strati della professione ancora oggi troppo lontani dalla vita attiva degli ordini e dai loro orizzonti di valutazione ed intervento; penso ai giovani e alle rappresentanti femminili che di certo non affollano i nostri consigli e faticano a trovare espressione e rappresentanza nei gruppi dirigenti.

Questo deficit va governato e corretto nel rispetto dell'ordinamento, non per corrispondere ad una estetica della democrazia rappresentativa e della partecipazione, bensì per reclutare quelle energie e quelle culture che, sebbene oggi siano sotto traccia, costituiscono in realtà il fulcro su cui poggeranno gli equilibri del futuro prossimo della nostra professione.

Se qualcosa abbiamo cominciato a fare per la componente femminile - e ben altro si dovrà ancora fare - poco o nulla abbiamo invece messo in campo per i giovani; ci sfugge il loro sentire, ci è oscura la loro visione della professione, non conosciamo le loro speranze, eppure è nelle loro mani il destino della professione.

Sul piano del metodo, così come l'Osservatorio allo scopo individuato ha fatto emergere i significati più critici del tumultuoso crescere della componente femminile nella professione, altrettanto andrebbe fatto per i giovani acquisendo dati sulle prime occupazioni, seguendoli nei loro primi passi professionali, individuandone le criticità, i bisogni formativi, in buona sostanza per capire dove, come e chi costruisce la loro identità professionale, quella che segnerà il futuro di tutta la professione.

Si tratta di un'esigenza strategica, perché queste generazioni di professionisti dopo troppi anni di parcheggio formativo, accedono ad un mercato del lavoro che ha ridotto le tutele, ha dilatato le aree di precariato "mordi e fuggi" ed è sempre più avaro di occasioni per costruire progetti professionali stabili e culture di servizio alla persona ed alla collettività dense di valori etici e civili, quelle occasioni che sono state largamente disponibili alle nostre generazioni.

Non siamo in "sonno", né soprammobili nel salotto della storia, come qualcuno vorrebbe rappresentarci o vorrebbe che fossimo, ma vivi e vitali non solo in ragione di una riserva di legge, ma anche delle nostre capacità di proposta ed azione che in questi anni abbiamo sviluppato, costruendo autorevolezza ed affidabilità presso le istituzioni, la politica e la società, non rinunciando né compromettendo, ma anzi esaltando la nostra autonomia e responsabilità in nome e per conto di tutta la professione e dei valori etici e civili custoditi nella nostra deontologia.

Nel dibattito culturale e politico che accompagna le grandi trasformazioni in atto, caratterizzate dall'ingresso sempre più massiccio di nuovi soggetti e nuove culture nel concreto del nostro esercizio professionale (gli imperativi economici, i teoremi manageriali, le regole del mercato) l'invito a ripensare il medico e la medicina è una sollecitazione sempre più pressante per dare risposte efficaci alla concreta minaccia di uno snaturamento dei ruoli etici, civili e tecnici del medico e dei fini stessi della medicina.

Non vorrei scadere nella presunzione, ma ritengo che noi siamo già da tempo su questa strada; basta rileggere alcuni passaggi del documento di Terni sull'alleanza terapeutica, o di Rimini sulle équipes multiprofessionali, o di Roma sulla formazione pre e post laurea, o di Padova sui nuovi contenuti della professione e sulla salute globale o, molto più semplicemente, il nostro stesso Codice Deontologico.

La stessa legge delega di riforma dei nostri ordini, già approvata alla Camera con alcune modifiche - ed alcune di queste non sono da noi condivise - appare del tutto coerente a questo disegno, affidando loro funzioni sussidiarie dello stato di garanzia dell'interesse pubblico connesso alla tutela della salute individuale e collettiva attraverso la verifica dei titoli abilitanti e della qualità professionale ovvero del rispetto dei principi deontologici a cui viene correlata l'azione disciplinare.

Circa due settimane fa sollecitammo la ripresa dell'iter al Senato e proprio in questi giorni ci è pervenuta dalla Commissione Igiene e Sanità cui compete in sede referente il testo, la richiesta di audizione, con l'intervento calendarizzato per il 21 febbraio prossimo; un segnale positivo dal fronte legislativo.

In ogni caso, sarà opportuno attrezzarci fin da subito ad una vera e propria Costituente per la Regolamentazione dei nostri Ordini su tutti i piani, amministrativo, gestionale, delle rappresentanze, della disciplina; non possiamo più reggere i nostri compiti con queste regole.

Restando in scia, un'altra nota positiva la registriamo per l'approvazione in sede referente presso la Commissione Affari Sociali della Camera dell'emendamento da noi proposto al DDL sul

Governo clinico, il cui testo sancisce, per la prima volta in una norma legislativa, il principio generale della autonomia e responsabilità del medico che non può essere superato da ordinamenti organizzativo-gestionali, sia nazionali che regionali.

Il testo lo avete ricevuto a suo tempo e certamente avrete colto il grande significato che quella norma assumerà, se approvata in Aula.

Credo che siano maturi i tempi ed i contesti per un aggiornamento del nostro Codice Deontologico nel solco di quella tradizione di work in progress che storicamente ne ha caratterizzato la vivacità, l'autorevolezza e la modernità spesso

Il Comitato Centrale di prossima elezione dovrà dunque investire la Consulta Nazionale Deontologica del lavoro istruttorio, avviando così quell'intenso processo di confronto, fuori e dentro la professione, che porterà il Consiglio Nazionale a deliberare sulle modifiche proposte.

Non basta, tuttavia, ripensare il medico, la medicina e la sua anima deontologica se non si ripensa alla nostra sanità sempre più espressione dei contesti sociali, culturali ed economici del paese.

Pochi giorni dopo il nostro Consiglio Nazionale di Torino del 12 novembre 2011 si è insediato il Governo Monti che, in un clima di assoluta emergenza economica, finanziaria e politica, ha licenziato a colpi di fiducia in Parlamento, il Decreto cosiddetto Salva Italia caratterizzato da interventi ad altissimo costo sociale.

Il valore complessivo delle manovre varate nel 2011 sono dunque passate dai 57 miliardi di luglio- agosto del Governo Berlusconi a circa 80 Mld con il Salva Italia di Monti, con massicci interventi sul versante delle pensioni pubbliche e private, ulteriori riduzioni di spesa pubblica ( SPENDING REVIEW ) e dei trasferimenti agli enti locali, un aumento della pressione fiscale e una " carezza pesante" alla Sanità pubblica, salvata in questa terza manovra con la previsione non di una ulteriore riduzione del finanziamento, ma di un aumento delle entrate regionali portando dallo 0,9 all'1,35 l'aliquota massima dell'Irpef regionale, pari a circa 2,1 miliardi di euro.

Tutti concordano nel ritenere che questa prospettiva di medio termine, dai costi sociali così elevati, possa essere migliorata da una ripresa del ciclo economico che faccia discostare il paese da quelle previsioni di recessione per il 2012 (-1,12% del PIL) e di stagnazione nel 2013 ( crescita intorno al 0 del PIL), peraltro già manifestatosi al ribasso, visto che i dati Istat di mercoledì 15 febbraio relativi al secondo semestre 2011 pongono il nostro paese tecnicamente in recessione.

Costituiscono altresì cronaca di queste settimane gli interventi del Governo Monti sulle semplificazioni amministrative, quelli sulle liberalizzazioni dei servizi e la concorrenza e la pesante partita ancora aperta sul mercato del lavoro.

Nel merito di questi provvedimenti, siete stati informati delle nostre iniziative emendative volte a correggere alcune previsioni non chiare ( ad esempio la prescrizioni dei generici e l'obbligo del preventivo) o gravemente lacunose, come quella di un obbligo assicurativo che ha accelerato le critiche di un sistema che espone i professionisti ad un mercato assicurativo fortemente speculativo quando non elusivo, con costi e condizioni comunque non sopportabili.

Gravano però sul finanziamento dei servizi sanitari regionali i tagli di 8 miliardi operati nelle manovre di luglio ed agosto 2011 che le regioni sommano agli interventi già in atto con il Patto della Salute 2011-2013, denunciando una complessiva riduzione di finanziamento per la Sanità di 17,5 Mld nel triennio 2012-2014; non è azzardato ipotizzare che presto tutte le Regioni saranno in piano di rientro.

In questo contesto, Stato e Regioni sono chiamati a definire entro il mese di aprile di quest'anno, il nuovo patto della salute, e provvedere alla ripartizione del FSN per il 2012 con o senza la ridefinizione dei LEA.

A tutto questo si aggiungono i costi dei disavanzi accumulatisi in questi anni soprattutto in alcune regioni del centro-sud, largamente rappresentati dalla inquietante esposizione debitoria verso i fornitori per circa 40 miliardi di euro e un difficile percorso di rientro di queste Regioni dai deficit di finanziamento pubblico/spese che comunque ancora nel 2010 assommava a circa 2,5 miliardi.

Questi dati, ancorché drammaticamente espliciti, fotografano un recente passato ed approcciano un prossimo futuro, ma in realtà la rappresentazione dei fenomeni a cui dovrà corrispondere la sanità, va portata ben oltre questi limiti.

Sviluppo rapidamente solo uno dei determinanti critici della spesa sanitaria, come paradigma di quella più vasta complessità che caratterizza i costi del nostro sistema sanitario e, in modo abbastanza sovrapponibile, di tutti i sistemi sanitari del vecchio continente e cioè il fenomeno di progressivo invecchiamento della popolazione, sia in ragione della crescita dei costi connessi al maggior consumo di servizi sia per i riflessi connessi alle tipologie e ai contenuti delle attività di cura ed assistenza da riconvertire per corrispondere a questa grande transizione epidemiologica verso le malattie croniche disabilitanti.

Al riguardo vi propongo alcuni dati che ho estratto dall' "Ageing Report 2009" e che riguardano proiezioni sui 27 paesi della UE dal 2008 al 2060, una ricerca prodotta dal settore affari economici e finanziari della Commissione Europea.

Il tasso di fertilità passa dall'1,54 di oggi all' 1,57 nel 2030 , all'1,64 nel 2060 restando quindi sempre sotto il tasso del 2,1 considerato idoneo al rimpiazzo generazionale.

Nascono meno bambini, tuttavia la popolazione crescerà grazie al miglioramento delle aspettative di vita che nel 2060 è previsto per i maschi pari a 84,5 aa e per le femmine a 89 aa.

Se oggi la metà della popolazione UE è over 40aa, nel 2060 sarà over 48aa; gli over 65 aa, oggi pari a circa 85 milioni, arriveranno a 151 milioni nel 2060; gli over 80aa, oggi pari a 22 milioni, saranno 61 milioni nel 2060.

Il rapporto oggi esistente tra popolazione in attività lavorativa ed over 65 è di 10 a 4; nel 2060 sarà di 10 a 7.

In Italia lo studio più recente che collega costi ed invecchiamento è il 3° Working Paper del CeRM, Istituto di ricerche economiche e di mercato, pubblicato nel 2011.

Nell' ottica di istruire modelli di costruzione dei costi standard previsti a regime dal 2014, l'istituto ha predisposto i profili di spesa di tre regioni benchmark (Lombardia, Emilia-Romagna, Marche ) combinate con le proiezioni demografiche e con quelle del PIL .

Lo studio si conclude con queste considerazioni : "fermo restando gli attuali LEA , al netto delle spese in conto capitale e di quelle connesse alla Long Term Care, nell'ipotesi più favorevole la spesa standardizzata sulle migliori performance salirà di 1 p.p. del PIL dal 2011 al 2030, e cioè da 106 MLD a 156 Mld; nell'ipotesi più impegnativa crescerà di 2,4 p.p. e cioè a 186 Mld."

Lascio ad ognuno di voi l'esercizio di quantomeno immaginare gli ulteriori riflessi di questi fenomeni sulla tenuta dei sistemi pensionistici, delle protezioni socio-assistenziali , delle tutele del mercato del lavoro, della scuola ed università pubblica e via dicendo.

Mi scuserete queste lunghe citazioni che, viste le fonti, e comunque prese con le pinze, dovranno costituire almeno un riferimento per ogni ragionamento serio che voglia andare al di là del contingente. Infatti quanto sta avvenendo e quanto si prepara nel nostro paese ed in Europa, sollecita un profondo ripensamento di quei paradigmi interpretativi sui sistemi di welfare di ordine economico, politico, professionale e aggiungo sindacale a cui siamo abituati.

Il paese reale che uscirà da questa crisi sarà necessariamente un paese diverso, bruscamente ricondotto alle sue reali possibilità dal peso di un imponente debito pubblico, che

oggi grava per circa 75 Mld /anno per interessi, sempre esposto a grandi speculazioni finanziarie, pronte a farci pagare, senza sconti, arretratezze del sistema produttivo e del sistema sociale.

In questo contesto appare sempre più esposto e sempre più fragile il nostro sistema di welfare fondato su un patto fiscale, fino ad oggi da troppi evaso o eluso ed anche per questo eccessivamente gravoso sui lavoratori e sulle imprese, da un cortocircuito economico-finanziario che comprime la produzione di ricchezza complessiva e soprattutto da un minaccioso scollamento tra classi dirigenti, istituzioni e società che erode coesione e solidarietà, un gap che una debole e sconnessa politica fatica a colmare.

Quello che già oggi emerge da indagini e statistiche è una società meno equa, che vede allargarsi il solco tra vecchie e nuove disuguaglianze non più solo trasversali tra ceti ed aree del paese, ma anche verticali, laddove vengono a contrapporsi destini e speranze di generazioni; purtroppo questi conflitti gettano ombre sul futuro di tutti.

Si va dunque delineando un modello di servizio sanitario più povero, indebitato e in deficit al centro sud, ma prossimo alla stessa sorte al centro nord, con una propensione all'implicito razionamento di prestazioni, afflitto da un calo di fiducia dei cittadini e da un pervasivo deficit di interesse e di passioni dei suoi professionisti in generale e dei suoi medici in particolare che appena possono, abbandonano il sistema.

La crisi di sostenibilità economica del sistema sanitario impatta negativamente sui profili delicati e complessi di quel patto professionale e civile tra i medici e la sanità e tra la sanità e il paese, fondati sull'equità di accesso e l'universalità dei destinatari.

La sostenibilità economica oggi fondata sul paradigma della fiscalità generale, ancorché costituita in vari cespiti di entrate (IRPEF nazionali e regionali, accise carburanti, compartecipazioni IVA, IRAP, Ticket), palesa tutta la sua insufficienza a reggere il trend di costi della sanità pubblica e, francamente, dubito che la soluzione salvifica stia nei mitici costi standard.

Le prime bozze di patto per la salute prodotte dalle regioni, ancorché smentite, denunciano senza infingimenti, l'insostenibilità della riduzione di finanziamento.

In queste settimane c'è stato - e c'è- un convulso agitarsi dei tecnici regionali intorno ad ipotesi di assorbimento di questi tagli e nulla, almeno nelle ipotesi, pare risparmiato.

Accanto a misure sulla farmaceutica, fatte di riduzione dei tetti di spesa per quella territoriale ed ospedaliera, di rimodulazione dei tickets su farmaci e prestazioni e meccanismi di rimborso degli sfondamenti da parte della filiera del farmaco, di efficientamento delle spese per presidi, di contenimento del turn-over, si fanno largo progetti di carattere riorganizzativo del sistema.

Questi cambieranno profondamente i luoghi e i processi di assistenza e cure: conversione dei piccoli ospedali in strutture assistenziali di bassa intensità sui territori, messa in rete di tutti gli altri presidi secondo profili di complessità funzionale, potenziamento dei modelli gestionali delle cure primarie fondate su una forte integrazione di équipes multidisciplinari e multi professionali che operano h 24, riconsiderazione del modello formativo, soprattutto quello medico-specialistico ed infermieristico ed infine la grande suggestione strategica del cosiddetto *tank shifting*, ovvero il trasferimento di settori di attività e competenze sulla forza lavoro professionale a minor costo ( Leggi Medici-Infermieri).

Credo sia offensivo per le vostre intelligenze spiegarvi perché questo scenario, niente affatto improbabile, tocca nel vivo il nostro esercizio professionale, aprendo fronti critici rispetto ai quali siamo chiamati ad esercitare i nostri ruoli che credo debbano essere proattivi e non passivi.

Voglio dire che, così come siamo credibili ed autorevoli nel progettare il nuovo medico e la nuova medicina, dobbiamo adoperarci ed essere altrettanto positivi e propositivi nel ridisegnare la nuova sanità sostenibile, senza tradirne non solo l'universalità, l'equità e la solidarietà, ma anche la efficacia, qualità e sicurezza che in gran parte deve restare territorio esclusivo dei medici e dei professionisti sanitari.

Penso ad una grande iniziativa che, a partire dal coinvolgimento di tutte le rappresentanze della nostra professione, raccolga intelligenze, esperienze e competenze di altre culture peraltro da noi in più occasioni interessate, per definire un Manifesto della Medicina, del Medico per la Sanità dei prossimi dieci anni.

Dovrà, questo, essere la piattaforma delle nostre proposte per il governo dei cambiamenti nel prossimo decennio, finalizzato a proteggere i principi fondanti di quel patto civile, sociale e tecnico-professionale tra professione e sanità e tra sanità e paese, che ha in questi decenni promosso e sostenuto diritti di cittadinanza e coesione sociale.

Ho la presunzione di ritenere che questo protagonismo della professione, se serio e responsabile, sia un servizio utile e necessario al paese ed alle sue istituzioni per sciogliere i nodi senza tagliare la corda.

Solo alcuni spunti per meglio evidenziare la prospettiva nella quale possiamo e dobbiamo porci.

E' ormai evidente che prenderanno sempre più spazio forme di compartecipazione alla spesa che, ancorché da definirsi all'interno di rigorosi criteri di equità orizzontali (sui redditi/patrimoni) e verticali ovvero sulla specificità e rilevanza dei bisogni di tutela espressi, dovrà contestualmente prevedere di farsi carico dell'appropriatezza quali-quantitativa del consumo di prestazioni, a fronte dell'azzardo morale dei sistemi aperti che traducono in bisogno ogni domanda, dell'asimmetria informativa tra chi domanda e chi risponde, infine della accessibilità alle nuove biotecnologie compresi ormai i nuovi farmaci biologici.

In questa situazione c'è un imperativo morale e civile a cui corrispondere, perché quanto non viene equamente reso accessibile, corre il rischio di essere indistintamente ed implicitamente razionato o concesso ai più forti ed in questa dimensione diviene critico il ruolo dell'autonomia e della responsabilità del nuovo medico che, interpretando la nuova medicina e la nuova sanità, può garantire i migliori profili di scelta che coniugano l'efficacia e la sostenibilità con l'equità e la solidarietà.

Il secondo spunto attiene ai modelli organizzativi e gestionali dei sistemi sanitari sui quali si pensa di intervenire per recuperarne innanzitutto l'efficienza dei costi.

Al netto della riforma federalista che ha compiuto 10 anni, dimostrandoli proprio tutti, il modello di azienda sanitaria ne ha compiuti invece 20, ma ne dimostra molti di più, appesantita com'è da contraddizioni irrisolte che ne hanno di molto ridimensionato il "fulgido avvenire".

Con buona pace di una certa prosopopea, oggi l'azienda sanitaria è più una forma che un formato, in buona sostanza un contenitore inadeguato al contenuto, perché nel suo complesso non ha compiuto-e forse non poteva- un salto di qualità, restando mestamente al palo, come un mero strumento più di controllo che di gestione dei fattori produttivi, etero guidata nel management dall'asset politico dominante di turno.

L'avvitamento economicistico delle aziende sanitarie, questo nella migliore delle ipotesi, ha le sue oggettive ragioni e paradossalmente il modello funziona meglio laddove, nella pratica, ne sono messi in discussione i presupposti giuridici e cioè l'autonomia economica, finanziaria, gestionale e patrimoniale.

In una larga approssimazione basta guardare i modelli di azienda delle regioni oggi indicate come benchmark: da una parte le Marche, l'Emilia Romagna la Toscana che diluiscono le aziende nelle aree vaste o aggregati simili, riconducendole in stretti binari di programmazione centrale

finanziaria e funzionale e all'opposto la Lombardia che le moltiplica nel pubblico e nel privato ma li governa rigidamente dal centro, con pro-consoli insediati nelle aziende e tetti di spesa invalicabili.

Questa impostazione andrebbe quantomeno rivisitata in alcuni assunti prendendo atto della specificità della produzione e dei produttori a cui sono chiamate orientandone la struttura, le funzioni manageriali e le dinamiche produttive verso il modello "azienda di servizi".

Avrei ancora molte cose da dettagliarvi, ma sarebbe troppo anche per un logorroico della mia forza; mi limito quindi ad un *memo* delle questioni più rilevanti:

Con accorte politiche di alleanze e di attiva partecipazione abbiamo consolidato una qualificata rappresentanza FNOMCeO nei vertici delle **Associazioni mediche europee** più importanti ( UEMS , UEMO, GIPEF, CEOM, COMEM ), ma soprattutto abbiamo operato per l'affermarsi di una politica sobria che morde problemi concreti quali l'armonizzazione della formazione pre e post laurea, il riconoscimento dei titoli, le misure di tutela della libera circolazione in ambito UE dei pazienti e dei servizi, l'ambizioso progetto di un'area comune di norme deontologiche in ambito europeo, un delicato lavoro il cui coordinamento è stato unanimemente affidato al nostro presidente di Imperia Francesco Alberti.

L'ammodernamento del nostro **sistema formativo pre laurea e specialistico** resta un obiettivo strategico dei nostri Ordini anche alla luce del crescente numero di accessi ai percorsi formativi previsto per i prossimi anni, che dilaterà la portata delle criticità già da tempo evidenti sul piano di una efficace preparazione alla moderna complessità dell'esercizio professionale.

Su questo cammino incontriamo nel mondo universitario grandi disponibilità formali ma altrettanto grandi difficoltà nel merito delle questioni e facciamo fatica a far comprendere l'improrogabile necessità di muoversi insieme in quel cambio di prospettiva della formazione che non sta solo nelle nostre teste, ma nella palpitante quotidianità del medico, della medicina e della sanità di oggi e di domani.

- Con l'approvazione della neo costituita **Commissione Nazionale ECM** ed il convinto supporto del Ministro Balduzzi andrà in approvazione il nuovo accordo Stato-Regioni che fa degli Ordini e Collegi dei soggetti "eccezionali" in ragione della loro natura pubblica, essendo questi inseriti in tutte le fasi del sistema e cioè l'Accreditamento dei provider, la Valutazione della qualità, la Certificazione dei crediti e la Produzione di attività formative oltre la deontologia, comprese cioè quelle a contenuto tecnico professionali, ancorché vincolato ad alcuni criteri di compatibilità per evitare conflitti di interesse tra questi ruoli.
- Prosegue intensa l'attività di offerta di **eventi formativi** della tipologia FAD-Blended; pressochè a consuntivo il corso RCA nelle sue varie forme ( Web-cartaceo/ fax e residenziale ) è stato concluso da oltre 20.000 medici ed odontoiatri. Sono già pronti, ed in parte disponibili, altri due corsi di cui uno correlato alla conoscenza del codice deontologico. Con l'Ordine di Palermo stiamo avviando un progetto formativo nazionale sulla Educazione Terapeutica che sarà cura del prossimo Comitato Centrale immettere nella rete formativa.
- Va portato a compimento quel progetto di regolazione delle **Medicine, Complementari** fermo da anni in Conferenza Stato-Regioni, forse dovremo imboccare altre strade che ci riportano al centro, ovvero al Ministero della Salute che ha quel potere regolatorio su titoli e requisiti professionali che noi non abbiamo.

Un' ultima considerazione, fuori agenda, vorrei dedicarla all'Enpam, in questa sede ne parlo sempre con disagio non perché imbarazzato dai rumors o dubbioso sulla trasparenza e capacità



dei suoi amministratori, ma perché la Fondazione ha i propri soggetti e luoghi di rappresentanza e vigilanza che largamente si sovrappongono a quelli di questo Consiglio Nazionale.

Naturalmente cerco di essere più informato possibile e, a quanto pare, qualche spiraglio sembra aprirsi sulla terapia Fornero ( passaggio immediato al contributivo e stabilità a 50 anni al netto del patrimonio ) che certamente ha tutte le caratteristiche per curare la malattia ma anche il concreto rischio di ammazzare il malato.

Un risultato accettabile probabilmente potrà raggiungersi per altre vie comunque impegnative , attraverso cioè il combinato effetto di accorpamento dei fondi omogenei, incremento delle contribuzioni, riduzione pro rata delle rendite previdenziali, aumento dell'età pensionabile, utilizzo dei soli rendimenti del patrimonio per reggere la gobba previdenziale.

Anche questa è una cura da cavallo e credo che, per la sua portata, sia legittimo oltre che doveroso, farne oggetto di un confronto in un Consiglio Nazionale Straordinario dell' Enpam e successivamente con tutti i legittimi portatori di interessi categoriali.

Su queste basi deve riprendere il lavoro della Commissione per la Riforma dello Statuto che, in relazione alla composizione degli organi di gestione e vigilanza deve, a mio giudizio, muoversi nell'ottica di allargare la rappresentanza e di ridurre i rappresentanti; forse questa franchezza è poco elettorale, ma ne sono convinto e quindi pronto a pagarne l'eventuale prezzo.

Ma soprattutto dobbiamo tutti adoperarci affinché il dibattito dentro ed intorno all'Enpam che è garanzia di trasparenza e partecipazione, si sviluppi in un clima sobrio e responsabile perché la Fondazione ed i suoi amministratori hanno bisogno della fiducia e del consenso dei contribuenti e di una immagine pubblica efficiente e pulita. Questo ovviamente vale per affrontare in un confronto libero e aperto ogni criticità che incrociamo perché la serietà, la sobrietà e la responsabilità fanno la differenza tra una baruffa dove volano gli stracci e un confronto dove nascono e si propongono visioni e soluzioni.

Sono alla fine, avendo necessariamente trascurato molte questioni, mi scuserete per questo e soprattutto per non essere riuscito a tenere riservata per questa occasione la decisione di riproporre la mia candidatura alla **Presidenza della Fnomceo**.

Una decisione, vi assicuro non scontata in partenza, ma maturata dopo un lungo giro di opinioni con quasi tutti voi, che avete testimoniato un vasto consenso al mio operato e a quello di tutto il Comitato Centrale che ringrazio perché è stata una squadra competente ed affiatata.

Mi ripropongo a Voi con tutta la squadra, salvo accogliere nella sua composizione in modo convinto e non notarile, l'esito delle elezioni di Napoli e Roma, nel segno di una continuità di persone e progetti di cui siete in grado di valutare l'efficacia e la competenza .

Vorrei aggiungere che questa proposta è altresì radicata in un'altra forte consapevolezza, quella cioè che la nostra proposta non coglie tutte le disponibilità e le competenze in campo pur essendo esse risorse preziose che intendiamo in ogni caso reclutare, con pari dignità, nei processi di costruzione delle politiche professionali.

Il nostro programma per il prossimo triennio, risparmiandovi una didascalica rappresentazione, è quasi per intero contenuto in questa relazione costellata dei tanti cantieri che abbiamo aperto, per irrobustire le fondamenta etiche, civili e tecniche della nostra professione e tutelare al contempo la sua autonomia, responsabilità, qualità e indipendenza.

Abbiamo in questi anni scavato in terre dure, aride, spesso indifferenti quando non esplicitamente ostili. Il programma e l'impegno con cui ci proponiamo al vostro consenso è quello di chiudere questi cantieri per "fine lavori" e consegnare queste opere alla professione e al paese.

