



RELAZIONE PRESIDENTE AMEDEO BIANCO
CONSIGLIO NAZIONALE
ROMA 11 maggio 2012

Cari presidenti, Gentili Colleghe e Colleghi,

vorrei innanzitutto scusarmi per i tempi stretti di convocazione e di articolazione dei lavori del Consiglio Nazionale a fronte di una agenda densa di questioni delicate e complesse.

In realtà, come già esplicitato nella mia risposta ad un garbato rilievo in merito sollevato del Presidente Quiriconi, il contesto nel quale è maturata l'esigenza di questa convocazione non era altrimenti prevedibile, essendo velocemente maturate le condizioni di un pronunciamento ufficiale e definitivo della FNOMCeO sui punti in agenda, in ragione di atti normativi pronti ad essere assunti dalle amministrazioni competenti, nazionali e regionali.

Mi riferisco in particolare al Patto della Salute Stato-Regioni 2013-2015, nelle premesse da chiudersi al più tardi in questo mese e di grande portata sugli assetti organizzativi e gestionali dei SSR ,se non altro per dover assorbire riduzioni di finanziamenti pubblici stimate cumulativamente nel triennio 2012-2014 in circa 17,5 MLd di euro, al netto dei 2 MI circa per il cosiddetto "Superticket" previsto dal 2013 e del programmato aumento di 2 punti dell'IVA.

Come sapete il tutto è stato rinviato ad ottobre nella ottimistica speranza che le future condizioni economico finanziarie del Paese o una diversa modulazione del patto di stabilità 2013 , come oggi vengono definite le vecchie leggi finanziarie, possano creare condizioni più favorevoli per alleggerire i tagli programmati e che le Regioni hanno dichiarato insostenibili ad invarianza di LEA.

Non alimentano questa speranza le successive decisioni del Governo sulle politiche di *Spending review* che hanno indicato come "rivedibile" quasi il 90% della spesa sanitaria pubblica e previsto come possibile un tasso di revisione del 7-10 % .

Lascio ad ognuno di voi l'esercizio matematico che, anche approssimato per difetto, inequivocabilmente rafforza quella prospettiva regressiva verso la quale, non da oggi ma da qualche tempo, va procedendo il nostro SSN.

Ovviamente siamo consapevoli e fortemente preoccupati per le pesanti ricadute di questo fenomeno sul corpo sociale, dentro il quale allargherà le diseguaglianze riducendo le opportunità di sviluppare identità civili e coesione sociale, ma nello stesso non ci sfugge che rallenterà anche lo sviluppo della moderna medicina, della ricerca tecnologica sanitaria, della innovazione, della formazione, ipotecando così anche un pezzo di futuro della nostra professione.

La discussione su questa problematica, che è la madre di tutte le questioni, ci porterebbe fuori dall'agenda dei nostri lavori, ma forse una ulteriore riflessione ci può far comprendere come anche il nostro più modesto ordine del giorno stia dentro quell'ambito.

L'evoluzione regressiva del nostro SSN non dipende solo da una insufficienza di risorse aggravata dalle sacche di spreco, di interessi privati illegali, di improprie relazioni tra politica e gestione, ma anche da una sostanziale asimmetria tra le rigidità e le insufficienze delle culture politiche, economiche, amministrative, gestionali, formative ed anche professionali oggi prevalenti da una parte e la rapidità e radicalità dei cambiamenti che mettono in discussione i paradigmi interpretativi, operativi e le stesse finalità del sistema salute, dall'altra.

Nel governo di questa complessità c'è, a mio giudizio, un solo "pensiero forte" che deve allineare e misurare tutti gli altri, compreso quello da tempo dominante del limite economico e forse lo stesso federalismo ed è quello scritto nell'art.32 della nostra Costituzione; tutti gli altri pensieri sono reclutati a questo fine e si legittimano se ad esso corrispondono compiutamente.

Queste rigidità ed insufficienze sono vere e proprie diseconomie, sottrazione di risorse preziose e se poco possiamo fare per superare il limite economico, qualcosa di più possiamo e dobbiamo fare per superare questo secondo limite.

Se ci riflettete, è questo il pensiero guida con cui ci siamo calati nella complessità che avvolge il nostro esercizio professionale, ripensando a voce alta i fini della medicina tra scienza, salute, malattia, desideri, speranze, evidenze, ripensando il medico, la sua formazione e il suo agire tecnico, etico e civile, infine ripensando la sanità, come luogo ed opportunità di realizzare i fini sia della medicina che dei medici.

La proposta di Regolamentazione della Formazione in MC/MNC e requisiti minimi per iscrizione nei registri degli esperti in MC/MNC.

Non entro nel merito tecnico della proposta che vi abbiamo inviato in tempo utile per un confronto nei vostri ordini e che, sottoposto ad una preliminare valutazione, registra già un

amplissimo consenso tra nostri professionisti che operano nel settore ed una significativa disponibilità sia del Ministero che dei tecnici delle Regioni.

Naturalmente siamo pronti ad accogliere ogni integrazione migliorativa della proposta che emergerà dal dibattito odierno o successivamente.

Come avete potuto notare siamo rimasti nel solco delle deliberazioni da noi assunte nel recente passato ed i successivi interventi sono stati finalizzati a farne una traduzione operativa nel contesto di un accordo Stato-Regioni.

Al fronte delle osservazioni di merito che sempre hanno caratterizzato il nostro dibattito su queste materie, vorrei ancora una volta sottolineare il fine della nostra azione che, in coerenza con i nostri compiti istituzionali, è di natura meramente regolatoria.

Bozza di Accordo, ai sensi dell'art. 4 del DLGS 28 agosto 1997, n°281, tra il Governo e le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, recante ridefinizione, implementazione ed approfondimento delle competenze e delle responsabilità dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico.

Le valutazioni in merito alla proposta, formulata da un gruppo tecnico Governo-Regioni coinvolgono nello specifico le competenze e le responsabilità del medico nell'ambito delle équipes multiprofessionali e, più in generale, i suoi ruoli e funzioni nei processi clinico assistenziali.

Nel recente passato l'ampio dibattito sollevato da sperimentazioni di carattere organizzativo, in Toscana noti come procedure di "See and Treat", nell'ambito del pronto soccorso e di analoghe iniziative quali ad esempio "Fast track surgery" progettate in Emilia-Romagna, aveva portato il Consiglio Nazionale della FNOMCeO ad approvare, nel giugno 2010, un documento sul ruolo del medico nelle Equipes multiprofessionali.

Pur consapevoli della diversa portata di questa bozza di accordo Stato-Regioni, quella risoluzione, nell'approccio aperto e costruttivo rispetto alle criticità emergenti e nel merito delle valutazioni espresse, rappresenta anche in questa occasione il punto di riferimento fermo e centrale per quel parere che ci è stato ufficialmente richiesto.

Non siamo dinnanzi a sperimentazioni organizzative che intendono valutare gli *outcomes* in termini di efficienza ed efficacia della gestione diretta di alcune attività e/o procedure mediche da parte di infermieri resi esperti da specifici percorsi formativi e secondo protocolli diagnostico - terapeutici definiti e protetti da medici tutors, ma ad una vera e propria "normazione" di sistema, in materia di competenze professionali.

Dicemmo nel documento del 2010, e confermiamo oggi, a fronte di questa proposta che :
....Le considerazioni in esso contenute non sono da ritenersi né conclusive né esaustive di un cammino di ricerca deontologica, di valutazione delle competenze tecnico-

professionali e dei connessi profili di responsabilità, infine di misurazione dell'efficacia e dell'appropriatezza dei modelli organizzativi innovativi.

Dichiariamo, quindi, fin da oggi la nostra disponibilità ad un confronto costruttivo dentro e fuori le nostre professioni, inclusivo dei contributi e delle osservazioni provenienti da tutte le esperienze positive in campo.

Evidentemente questa disponibilità al confronto costruttivo su questioni "professionalmente sensibili" è stata ritenuta marginale dando per scontato un finale di tipo "contrattualistico" sulle proposte, visto che nelle palesi intenzioni degli estensori, erano già pronte ad essere avviate alla discussione ed approvazione in Conferenza Stato-Regioni.

Tralasciando il metodo attuato anche se nella circostanza è parte non trascurabile del merito, le questioni poste dalla bozza di Accordo vanno ben al di là di una scontata contrattualistica sulla redistribuzione di competenze professionali riservate.

Proprio lo scenario dei cambiamenti in sanità, posto a cornice della proposta, peraltro ampiamente condiviso, appare incompressibile ed irriconoscibile nelle proposte conclusive che restano nel solco di un progetto di evoluzione delle professioni sanitarie e di innovazione dei modelli organizzativi e gestionali dei servizi sanitari, contraddittorio ed inadeguato alla moderna complessità del sistema salute.

In questa complessità la professione medica ha in gioco il suo unico patrimonio identitario, l'atto medico, che oggi sarebbe davvero riduttivo ricondurre alla mera declaratoria delle competenze tecnico operative oggetto di esercizio esclusivo.

Questo è invece più compiutamente definito da quell'insieme complesso di ruoli, funzioni e responsabilità, comunque rilevanti e centrali nelle mutevoli transazioni tra medicina e società che in sanità da tempo sono chiamate a corrispondere ai nuovi paradigmi della malattia, della salute, della cronicità, della equità, della qualità, della sicurezza, della sostenibilità etica ed economica della rivoluzione tecnologica e scientifica, della soddisfazione dei bisogni dei cittadini nel rispetto della loro autonomia.

E' sotto questo profilo dinamico ed includente le innovazioni, comprese quelle organizzativo-gestionali, che noi parliamo di un atto medico non assorbibile in un atto sanitario sottolineandone la specificità, non solo sotto il profilo strettamente tecnico, fondata cioè su conoscenze e competenze acquisite in una formazione universitaria di base e specialistica che complessivamente varia dai 10 ai 13 anni, ma anche funzionale non per una vetusta lettura gerarchica e piramidale dei processi clinico assistenziali, ma al contrario per garantire una *governance* unitaria, efficiente ed efficace della loro complessità multiprofessionale e multidisciplinare ed il conseguimento della loro finalità.

Da questo discende, e su questo trova legittimazione, quell'autonomia professionale che da sempre rivendichiamo ai medici e che parimenti riconosciamo e rispettiamo nelle

professioni sanitarie, a fronte di un consistente gravame di criticità irrisolte che ciclicamente ne minacciano le radici fondanti.

Ci riferiamo all'invadenza legislativa e normativa nel core dell'esercizio professionale più volte rigettata da sentenze della Corte Costituzionale e della Supreme Corti di Cassazione Civile e Penale, al crescere di un contenzioso medico e sanitario in carenza di un serio progetto di ridefinizione giuridica della responsabilità medica e sanitaria che, nulla sottraendo al doveroso risarcimento di un danno ingiusto, sottragga invece il delicato ed esiziale rapporto fiduciario tra professionisti, istituzioni sanitarie e cittadini alla devastante erosione prodotta da comportamenti opportunistici degli uni e degli altri.

Lo stesso sviluppo dell'aziendalismo in sanità si è arenato, al di là dei suoi stessi limiti genetici, sulla stretta lingua di terra di un management economicistico che per allineare le prestazioni alle risorse sempre più limitate, interpreta e governa i processi clinico assistenziali secondo l'unica cultura di cui dispone, quella dell'ottimizzazione dei costi diretti ed indiretti dei fattori di produzione.

Questo pensiero unico, fortemente strutturato e tenacemente protetto nella architettura normativa dell'azienda sanitaria, ha dunque oggettivamente bisogno di ridefinire i professionisti alla stregua di anonimi fattori produttivi non disdegnando di riprogrammarne le relazioni e le attività, dove possibile, in ragione dei minori costi preventivabili.

Ricondurre i processi clinico assistenziali ad una sequenza di atti e procedure tecnico professionali, nei quali i professionisti vengono assunti quali meri fattori produttivi, orientare la valutazione degli esiti prioritariamente sulla misura del consumo delle risorse, privilegiare le organizzazioni in ragione della ottimizzazione dei costi rendendo flessibili e trasferibili funzioni e competenze, delimitare gli ambiti di autonomia e discrezionalità nelle scelte dei professionisti perchè siano macchine esperte ma "banali", significa lacerare l'identità e l'armonia tra autori, processi e destinatari che resta invece centrale nel garantire la qualità, l'efficacia e la stessa compatibilità economica delle attività finalizzate alla tutela della salute.

E' dunque largamente comprensibile come, in questa logica riduttiva e produttivistica, la bozza di accordo in esame delinei un processo evolutivo della professione infermieristica di fatto ricondotto e compreso in un demansionamento di alcune attività e competenze del medico e marginalmente di altre professioni sanitarie per approdare, non senza ambiguità di definizioni, palesi incongruenze tecniche ed irrisolti profili di responsabilità professionale, ad un "neo mansionario perimedico" dell'infermiere.

Non deve quindi stupire il fatto che la stessa professione infermieristica abbia espresso, sia nel merito tecnico sia nella prospettiva, profonde riserve su questo progetto ritenendo, non a torto, alquanto complicato praticare l'autonomia dell'esercizio professionale in contesti operativi lontani dalle sue specifiche ed autonome radici culturali e formative e soprattutto dalla sua *mission* professionale che è quella di definire e gestire i bisogni assistenziali alla persona.

Ci sono dunque tutte le premesse per un confronto serio e responsabile tra le professioni coinvolte, una opportunità da cogliere per non far gravare sul già sofferente corpus della nostra sanità il peso di un conflitto ideologico che ci vedrebbe tutti perdenti e che rafforzerebbe quel pensiero che legge la complessità delle relazioni interprofessionali come un problema da superare con soluzioni esterne ai valori nei quali queste si riconoscono.

Il nuovo Accordo Stato-Regioni sul sistema ECM

La costruzione e lo sviluppo del sistema ECM è stato, e probabilmente continuerà ad essere, un'opera complessa e controversa.

Le sue finalità si pongono infatti all'incrocio di determinanti della qualità, appropriatezza e sicurezza del sistema salute, mentre la sua concreta operatività è fortemente condizionata dagli assetti istituzionali e dai limiti organizzativi e gestionali dei Sistemi Sanitari Regionali che ne rivendicano la competenza concorrente.

In questi anni ci siamo mossi nella prospettiva di un sistema integrato di responsabilità che prevede tutti gli attori che operano nei contesti specifici dei vari modelli di sanità regionale, ma all'interno di una cornice di regole uniformi e condivise che tendono a realizzare un sistema armonico e omogeneo di formazione continua sul territorio nazionale.

In questo percorso abbiamo portato "le nostre ragioni", nella convinzione che queste stanno tutte legittimamente all'interno delle finalità del sistema.

Il recente Accordo Stato-Regioni appare, nel suo complesso, coerente al conseguimento di un sistema ECM integrato, solidale e trasparente, superando una serie di difficoltà oggettivamente radicate nell'assetto istituzionale del nostro Servizio Sanitario e contrastando, anche in questo contesto, una deriva che lo vede sempre più somma confusa e sempre meno sintesi armonica di servizi sanitari regionali.

Le diversità non sono un disvalore, ma il terreno fertile su cui coltivare innovazioni e creare sviluppo, evitando però scelte politiche e modelli operativi esasperatamente calati sul proprio particolare che non possono autolegittimarsi e ritenersi avulsi da una cornice di obiettivi e finalità che guardano responsabilmente all'unità funzionale del nostro sistema salute.

Il nuovo accordo Stato-Regioni, anche nella sua rappresentazione testuale, ha riservato un capitolo specifico al ruolo degli Ordini e Collegi, di programmazione, produzione, verifica e certificazione delle attività formative, validando così il pieno riconoscimento della centralità di queste istituzioni nel sistema ECM.

Credo non sia azzardato affermare che l'evoluzione del ruolo e dei compiti degli Ordini e Collegi nel sistema ECM abbia ormai definito una funzione compiuta di sussidiarietà.

Il significato di questo approdo, dopo un lungo e controverso cammino, dovrebbe far riflettere anche in altri contesti organizzati e gestionali della nostra sanità, laddove l'autonomia e la responsabilità dei professionisti non sono il problema, ma una delle soluzioni del problema, se poste al servizio di interessi generali di miglioramento, efficacia ed efficienza dei sistemi sanitari.

Il nostro sistema ECM rappresenta, nel vasto mondo delle professioni, una esperienza originale e unica, riconosciuta dalla stessa legge 13 agosto 2011, laddove ne individua, nel dispositivo generale, una sorta di riserva pur richiamando l'obbligo di sanzioni disciplinari per gli inadempienti.

La questione delle sanzioni, peraltro già oggetto di prime valutazioni in seno alla Commissione Nazionale ECM, presenta criticità rilevanti non in ragione di una preoccupazione corporativa ma, al contrario, di coerenza e ragionevolezza perché, prima ancora di riconoscere e sanzionare un dovere mancato, dovremmo essere certi di un diritto accessibile.

La riflessione è fondata, stante che i crediti sono un obbligo e "l'offerta pubblica" di attività formative – secondo i dati delle Regioni più "virtuose" – fatica a raggiungere il 50% dei crediti richiesti e nel frattempo sono state ridotte le risorse a disposizione delle aziende sanitarie, in ossequio alla regola dei tagli lineari e soprattutto sono meno disponibili i tempi di formazione laddove sono oggettivamente in competizione con i tempi di produzione.

Resta naturalmente il valore di una regola di fondo a cui corrispondere; il nostro impegno è a farlo con equilibrio e giustizia ricordando che quest'ultima viene sempre rappresentata come una bilancia a due piatti: sul primo va fatto gravare il peso di un'offerta formativa accessibile, esaustiva dei debiti e soprattutto dei bisogni formativi dei professionisti e delle organizzazioni, sull'altro il peso delle sanzioni per chi, pur avendone accesso, non ha ottemperato ai propri obblighi.

Fuori da questo equilibrio l'intero sistema rischierebbe di connotarsi come l'ennesimo strumento di controllo calato dall'alto ed imposto a prescindere, perdendo così le capacità e la forza di produrre miglioramento dei professionisti e delle organizzazioni.

L'AGENDA PARLAMENTARE

In questi mesi l'attività del Parlamento è stata largamente monopolizzata dalla approvazione di provvedimenti legislativi connessi alle emergenze economico-finanziarie del Paese, facendo quindi registrare un certo stallo dell'iter di approvazione di altri provvedimenti.

In particolare la delega voluta dal Ministro Fazio sulla sperimentazione clinica contenente all'art. 7 la riforma dei nostri Ordini, dopo l'approvazione alla Camera, riprende il suo iter preliminare in Commissione Sanità del Senato, relatore il sen. Saccomanno.

Su questo testo siamo già stati auditi dalla Commissione e le considerazioni rappresentate sono di vostra conoscenza.

Non nascondo una certa preoccupazione sulla tempistica prima ancora che sui contenuti, in quanto certamente il provvedimento subirà modifiche, ci auguriamo, comprese quelle da noi suggerite e quindi, in ragione del regola legislativa del bicameralismo perfetto, dovrà ritornare alla Camera.

Una tempistica che temo possa non più coincidere con quella della legislatura che, anche stante la scadenza fisiologica della primavera 2013, vedrà le Aule parlamentari in fibrillazione pre-elettorale già dal prossimo autunno.

Sarebbe davvero sconcertante restare per l'ennesima volta "al palo" per un provvedimento da noi così promosso ed atteso e che consideriamo indispensabile alla modernizzazione della nostra professione, della sanità e quindi del Paese.

Altre riflessioni merita il disegno di legge sul "Governo clinico" che, approvato in Commissione Affari Sociali alla Camera, ha registrato, almeno fino ad oggi, un clamoroso conflitto istituzionale fra le competenze legislative del Parlamento e l'autonomia organizzativa delle Regioni.

Queste ultime contestano l'invasione normativa della legislazione nazionale su materie che ritengono essere di esclusiva competenza regionale, soprattutto in riferimento a quelle norme tese a rendere trasparenti i rapporti tra politica, gestione e professionisti.

Non a caso gli oggetti del contendere più virulenti sono in tre questioni: 1) – il ruolo e le funzioni del Collegio di Direzione; 2) – la selezione dei direttori di struttura complessa; 3) – l'eccessiva autonomia dei professionisti prevista all'art. 1 bis da noi fortemente voluto.

Questa partita, oltre che sul filo del diritto costituzionale, si gioca anche fra due visioni della *governance* delle organizzazioni sanitarie; le Regioni strette da vincoli economici, non intendono modificare la catena di comando delle decisioni, comprese quelle che entrano nel core delle pratiche professionali e della selezione del merito e delle competenze.

La discrezionalità connessa al principio del rapporto fiduciario, la natura monocratica del management aziendale, la subalternità dell'autonomia tecnico-professionale alle ragioni della gestione economicistica che esse rivendicano è il paradigma unico e immutabile, in altri campi si direbbe è un valore indisponibile agli uomini ed al loro agire.

E' questa una partita che ci deve vedere impegnati con la stessa intensità con la quale l'abbiamo lanciata in questi anni, convinti come siamo che la posta in gioco non è quella di dare più potere ai medici, ma più responsabilità e risorse ad un sistema in grande difficoltà.

Nonostante i nostri sforzi volti a contrastarne l'approvazione, la Legge 26 aprile 2012, n. 44 concernente "Conversione in legge del decreto-legge 2 marzo 2012, n. 16, recante disposizioni urgenti in materia di semplificazioni tributarie, di efficientamento e potenziamento delle procedure di accertamento" **all'art. 5, comma 7, dispone che: "Ai fini della applicazione delle disposizioni in materia di finanza pubblica, per amministrazioni pubbliche si intendono, per l'anno 2011, gli enti e i soggetti indicati a fini statistici nell'elenco oggetto del comunicato dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) in data 24 luglio 2010, pubblicato in pari data nella Gazzetta ufficiale della Repubblica italiana n. 171, nonché a decorrere dall'anno 2012 gli enti e i soggetti indicati a fini statistici dal predetto Istituto nell'elenco oggetto del comunicato del medesimo Istituto in data 30 settembre 2011, pubblicato in pari data nella Gazzetta ufficiale della Repubblica italiana n. 228, le Autorità indipendenti e, comunque, le amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni"**.

Pertanto la norma sopraccitata estende agli Ordini provinciali e relativa Federazione Nazionale, in quanto amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. 165/01 e successive modificazioni e integrazioni, l'applicabilità delle disposizioni di finanza pubblica.

LA MODIFICA DELL'ESAME DI STATO (LAUREA ABILITANTE)

E' una questione di cui vi avevo già parlato, ma che in questi giorni ha subito un'accelerazione, almeno istruttoria.

Ci siamo incontrati con il Sottosegretario Prof. Cardinale, che ha ribadito l'interesse del Governo a questa misura tesa a ridurre i tempi di accesso alla professione.

Naturalmente abbiamo concordato su questo scopo ma, come potete constatare dalla nostra proposta, già oggetto di un confronto nel Gruppo di lavoro della FNOMCeO, riteniamo che la valutazione degli *skills professionali* operata dall'Esame di Stato secondo il dettato costituzionale (Art. 33), dovrebbe mantenere intatta la sua autonomia e terzietà all'interno del corso di laurea e non ridursi ad una mera coincidenza con l'esame di laurea.

A margine di questa materia, abbiamo sottoposto all'attenzione del Ministero – richiedendo in tal senso un preciso impegno – la problematica fiscale dei medici inseriti nel percorso di formazione specifica in medicina generale.

Il problema è emerso in relazione alle misure che prevedevano la riconduzione dei contratti di formazione specialistica al regime IRPEF fortemente contrastata e poi abrogata.

In realtà, se espressa in denaro, quella soluzione – conti alla mano – poteva dare qualche minimo vantaggio retributivo prevedendo comunque una defiscalizzazione fino a 11.500 €, pressappoco l'attuale borsa di studio prevista nella medicina generale.

Le vittorie, o presunte tali, per gli uni, paradossalmente suonano come sconfitte per gli altri; questo va corretto e i costi, anche in momenti di crisi, non ci sembrano davvero impossibili a fronte di questa clamorosa difformità di trattamento.

LA QUESTIONE ENPAM

Il susseguirsi di fatti a voi tutti noti, ha reso ancora più complessa la questione ENPAM. Abbiamo assistito a vicende di rilevante significato che richiedono una fonte autorevole e responsabile di informazione e spiegazione. Ho chiesto dunque – e lo ringrazio per la sua presenza – ad Alberto Oliveti in qualità di rappresentante legale e depositario delle deleghe presidenziali dell'ENPAM – di riferire a noi che, in questa sede, nella quale vi ricordo – portiamo l'obbligo di una rappresentanza degli oltre 450 mila contribuenti e beneficiari dell'ENPAM.

Il merito delle questioni lo lascio ovviamente a lui, limitandomi solo a qualche considerazione di cornice. Non posso non rilevare una confusione di idee e un certo smarrimento di valori che vanno al di là delle pur rilevanti questioni in oggetto.

Atteso che non tocca a noi emettere sentenze laddove dovessero sussistere responsabilità di rilievo civile e penale – e su questo la Magistratura deve agire presto e bene – a noi resta tuttavia la responsabilità e il dovere di lavorare per la trasparenza, la coesione e la fiducia.

Questo atteggiamento proattivo e di equilibrio, nel furore delle polemiche, è spesso ricondotto ad un mero collateralismo di interessi, una sorta di complicità e di omissioni sulle funzioni di garanzia.

Naturalmente non è così, abbiamo invece perseguito la regola di imparare dagli errori, sollecitando e supportando tutte quelle iniziative tese a rendere più trasparente, meno onerosa e più sicura la *governance* del patrimonio e maggiormente responsabile la gestione della previdenza, chiamato a reggere la *mission* difficilissima di una sostenibilità proiettata a 50 anni.

Questa non è omertà, ma senso di responsabilità, convinti come siamo che la Fondazione ENPAM, pur avendo inciampato, sta in piedi ed è solida sulle proprie gambe, capace quindi di garantire nelle migliori condizioni possibili le tutele post-lavorative.

Anche questo deve essere un messaggio diffuso con convinzione e determinazione perché sarebbe drammatico vivere un presente professionale difficile, nell'ombra di un futuro previdenziale incerto e oscuro.

