



**FNOMCEO**

CONSIGLIO NAZIONALE  
PADOVA  
28 SETTEMBRE 2012

**RELAZIONE DEL PRESIDENTE**

Cari Presidenti, gentili Colleghe e Colleghi ,

eventi di grande rilievo per il nostro Paese, la nostra sanità e la nostra professione hanno caratterizzato i mesi che ci separano dal Consiglio Nazionale del maggio scorso, eventi di cui, con questo Consiglio, vorrei condividere valutazioni per disegnare prospettive di azione della Federazione.

Cercherò altresì di aggiornarvi sui cantieri di lavoro attivati presso la FNOMCeO e corrispondere ad alcune vostre sollecitazioni di queste ultime settimane ma, in premessa e in accordo con l'agenda dei lavori, devo assolvere al compito di introdurre la discussione sul conto consuntivo 2011 della Federazione, affidando ovviamente al tesoriere l'esposizione analitica dei dati.

Come dai dettagliati report che ho provveduto ad inviarvi, i residui attivi, cioè le quote ancora da riscuotere, hanno a tutt'oggi un importo nettamente inferiore a quello che compare nel consuntivo 2011, avendo gli Ordini provveduto – e di questo vi ringrazio – a saldarle nel corso del corrente anno, tanto che a tutt'oggi è cumulativamente quantificabile in poco meno di 650 mila Euro.

Devo anche ringraziarvi per aver accolto l'invito a rendere compatibile la gestione annuale del bilancio FNOMCeO dando certezze sui flussi delle rimesse annuali tanto che oggi – non può comparire ovviamente nel bilancio che vi presentiamo – siamo attestati ad una riscossione pari al 70-75% di quella prevista per il 2012.

In questo modo, come già detto, nella gestione corrente della Federazione, potremo evitare di dover tenere nel bilancio consistenti avanzi della gestione precedente per compensare gli irregolari flussi delle rimesse a fronte di uscite certe.

Come avrete potuto notare il conto consuntivo 2011 dichiara un consistente avanzo di gestione, circa 9 milioni e mezzo di euro, che pazientemente in questi anni abbiamo accumulato con la finalità ben precisa di acquisire una sede, scaricando le future gestioni correnti della FNOMCeO dei costi di affitto che, ricordiamo, si aggirano intorno ai 320 mila Euro.

Questo risultato sull'avanzo, consolidato al 2011 ma probabilmente in crescita per il 2012, per quella onestà intellettuale e quella trasparenza gestionale che deve sempre guidare chi si fa carico di usare denaro altrui, è certamente il frutto di una tenace opera di controllo in efficacia e qualità delle spese, ma anche di una certa difficoltà a spendere in partite di interesse generale così come da bilancio di previsione..

Un esempio su tutti: non siamo riusciti ad erogare per difficoltà tecnico gestionali e organizzative quanto stanziato per aiutare i giovani più bisognosi e

meritevoli nei corsi di studio universitari, ma che oggi, forse con più efficacia, possiamo immaginare impiegabili nel facilitare, sempre per i giovani neoiscritti, polizze assicurative per responsabilità professionale con le relative tutele legali.

Comunque, se i flussi di cassa rispetteranno le tempistiche concordate, è presumibile che a fine di quest'anno quell'avanzo di amministrazione, in parte costituito da residui attivi, stia invece come denaro contante nelle casse così da poterci permettere una rilevante disponibilità *cash* per l'acquisto della sede.

A questo riguardo vi sono debitore di ulteriori informazioni, essendo a tutti noto il nostro interesse ad acquistare parte degli uffici ENPAM di Via Torino, 38 allorquando la Fondazione previdenziale si sposterà a sua volta nella nuova sede di Piazza Vittorio.

Le difficoltà emerse nei mesi precedenti in relazione ad un rilevante divario di stima del valore dell'immobile tra quella fatta dall'Agenzia del Territorio competente, le nostre perizie asseverate e le richieste del proprietario, sono oggi meno significative, avendo la stessa Agenzia del Territorio corretto sul piano tecnico la sua prima valutazione, tanto che oggi è di poco inferiore a quella della nostra asseverata rimotivando l'interesse del venditore.

La difficoltà non è dunque più legata al prezzo che ribadisco essere il punto di riferimento di una valutazione terza e pubblica (l'Agenzia del Territorio) e della nostra asseverata da tecnico certificato, ma alla tempistica del trasferimento dell'ENPAM, al momento alquanto imprevedibile per un contenzioso emerso fra il costruttore della sede di Piazza Vittorio e il committente ENPAM relativamente ad una variante di costi connessa ad un recupero archeologico.

Come potete vedere, noi siamo pronti anche con disponibilità finanziarie del tutto adeguate e non possiamo che attendere l'evoluzione degli eventi, salvo cambiare rotta e ricominciare da capo precipitandoci nel mercato immobiliare romano; il che, vi confesso, mi fa correre gelidi brividi lungo la schiena.

Nel rinviare a vostre eventuali osservazioni altri profili di merito sul conto consuntivo e sulla questione "nuova sede", vorrei invece affrontare quella parte difficile della mia relazione che cercherà di proporvi alcune considerazioni sulle ricadute della tempesta quasi perfetta abbattutasi sul nostro paese, sulla nostra sanità e sulla nostra professione.

Credo valga la pena partire da una considerazione preliminare di carattere generale per lavorare su una matrice comune e condivisa di analisi senza la quale rischieremmo di perdere il senso delle cose che diciamo è ancor peggio di quelle che vorremmo.

Mi riferisco a quella situazione di grande emergenza economico-finanziaria del Paese di cui già si coglievano i primi segnali nel 2010 ma letteralmente esplosa nel 2011, che credo avesse davvero le potenzialità di precipitare il paese in un default in salsa greca.

Gli elementi strutturali di questa emergenza finanziaria, economica, politica e sociale del nostro paese sono molteplici e interagenti: il gravame di un debito pubblico enorme che sfiora i 2000 miliardi di euro superando il valore del PIL e per giunta con un trend in crescita, i costi dei suoi interessi – circa 80 miliardi di Euro l'anno – sono esposti a una pressione speculativa internazionale che non sono mostri ma più banalmente aggregati di risparmio e profitti a caccia di investimenti remunerativi sul mercato finanziario mondiale, l'oggettiva debolezza di una valuta - l'Euro – che ha alle spalle una banca centrale ma non sempre una *governance* politico istituzionale capace di esprimere scelte idonee a supportarne le decisioni.

Questa crisi di vaste proporzioni si abbatte su un sistema produttivo italiano in ginocchio per molte sue peculiarità che ne riducono la competitività ma che oggi stagna nella spirale della recessione (meno reddito- meno consumi-meno produzione-meno reddito e così via) con una crescita del PIL rideterminata a meno il 2,5%, infine un paese con poco *appeal* per gli investitori anche grazie a una strutturazione burocratica dell'amministrazione centrale e di quella periferica (regioni, province, comuni) obsoleta e conservatrice, a una macchina giudiziaria che non garantisce tempi certi ai contenziosi, civilistici, a un alto tasso di corruzione, (la Corte dei Conti parla di costi di oltre 60m Mld annui ), infine una classe dirigente politica, centrale e periferica in profonda crisi di identità e di consenso, sempre più spesso coinvolta in aree di spreco di denaro pubblico e di illegalità.

È questo a capi sommari e imperfetti, lo scenario nel quale sono maturate e sono state assunte decisioni drastiche e terribili che hanno colpito e ferito i ceti più deboli e quelli meno protetti della nostra società e tra questi le speranze del futuro, le giovani generazioni, i giovani, scuotendo fino alle radici tutto il nostro sistema del *welfare*.

Non si salva niente e nessuno da questa tempesta quasi perfetta, pensiamo alla riforma delle pensioni, alla riduzione degli investimenti nell'istruzione pubblica, alla riduzione dei trasferimenti finanziari a regioni, province e comuni in gran parte sottratti a beni e servizi per i cittadini all'aumento delle tassazioni dirette che gravano direttamente sui soliti noti e quelle indirette indistintamente sui consumi.

Pensiamo infine alla nostra sanità che dal 2011 al 2015, per effetto combinato delle manovre finanziarie Berlusconi-Tremonti (2011), del Salva Italia di Monti e dell'ultimissima *Spending Review di Monti*, lascerà sul campo circa 21 miliardi di Euro.

Possiamo discutere se si poteva, o si può, fare diversamente questo intervento sulla finanza pubblica, ma dovremmo per lo meno condividere l'effettiva necessità e urgenza di tagliare la spesa pubblica

Ovviamente non ci compete affrontare tutta questa complessa materia ma per i nostri fini, quanto accade nella sanità è uno specchio fedele, è un'ottima chiave di lettura per comprendere quanto accade nella nostra società.

Queste manovre disegnano prospettive molto anguste per il nostro Servizio Sanitario Nazionale tanto che, sul piano della sua sostenibilità, questa, almeno nel presente e nel prossimo futuro, può essere conseguita solo attraverso un razionamento più o meno implicito delle prestazioni.

Al di là dei sottili distinguo tecnici, la stessa *spending review* in ambito sanitario, pur dichiarando di colpire i costi inefficienti, opera nella realtà con tagli lineari sottraendo al finanziamento della sanità complessivi 6,8 miliardi di euro fino al 2015 che si aggiungono a quelli dichiaratamente lineari delle manovre finanziarie Berlusconi-Tremonti.

Vanno così preconstituendosi le condizioni materiali perché presto, molto presto, praticamente tutte le Regioni siano tecnicamente da inserire in un piano di rientro.

Francamente non è questo che dovrebbe prioritariamente preoccuparci, ma piuttosto le risposte delle amministrazioni regionali che non sono disposte *a restare con il cerino in mano*.

Non vi sono certamente sfuggiti alcuni toni di vero e proprio conflitto istituzionale tra Regioni, Governo e Parlamento su queste materie e su altre, a testimonianza di profonde difficoltà economiche, ma anche di una grande incertezza su chi fa cosa sul piano ordinamentale della sanità, leggi Titolo V novellato della Costituzione, in ampia deroga a quel principio costituzionale che chiede alle parti leale collaborazione.

È in questa chiave di lettura che dobbiamo interpretare il rinvio del patto della salute, comprensivo della ridefinizione dei LEA da marzo a tutt'oggi, e paradossalmente il fatto che, pur essendo ormai ad ottobre, non si è ancora definito il riparto del fondo sanitario 2012.

Non sarà una decisione agevole visto che ad anno contabile pressoché concluso, si dovranno prima di tutto ripartire i 900 milioni di euro che la *spending review* prevede in riduzione quest'anno, il prossimo saranno 1500 milioni di euro e

con una previsione di coprire i fondi regionali con ulteriori 2 Mld di euro attraverso forme di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

In questa difficilissima situazione il rischio vero è quello di una sanità pubblica sempre meno equa e universale, quindi sempre meno capace di tutelare quel diritto, unico ed indivisibile sancito dall'art. 32 della nostra Costituzione.

Già oggi la contrazione dell'offerta sanitaria pubblica, ticket onerosi, ammalianti offerte di prestazioni *low cost*, spingono ceti più o meno abbienti a soluzioni più o meno compiute di *opting out* dal sistema pubblico, indirizzandoli verso forme di sanità privata e quindi potenzialmente minacciose dell'altro principio sul quale si fonda il nostro Servizio Sanitario Nazionale e cioè quello della solidarietà.

I nostri professionisti che operano in conto e per conto del Servizio Sanitario Nazionale sono stati chiamati a un contributo non indifferente per il risanamento della finanza pubblica con il blocco dei contratti, delle convenzioni e delle retribuzioni, con addizionali Irpef aggiuntivi su scaglioni di reddito superiore ai 90.000 Euro lordi per la dipendenza, con blocchi alle dinamiche di sviluppo professionale e di carriera, con forti limitazioni al *turn over*, con la drastica riduzione dei posti letto per acuti senza un contestuale e coerente incremento di quelli in post acuzie e residenziali e di altre forme di assistenza socio sanitaria domiciliari.

Questa è la parte più appariscente di quanto richiesto ma, come la punta di un iceberg, non rende l'idea della più grande parte sommersa, rappresentata da quel lavoro oscuro e quotidiano di prima linea, laddove cioè i nostri professionisti sono chiamati a reggere il fronte di una domanda sanitaria in crescita quali-quantitativa, a fronte di risorse decrescenti.

Dobbiamo soprattutto contrastare quella deriva che, nelle organizzazioni sanitarie sempre più assillate dal contenimento dei costi, spinge i nostri professionisti verso una dimensione di anonimi ma costosi fattori produttivi e il loro prodotto, i delicati ma costosi servizi di tutela della salute, verso una mera quantificazione dei costi che generano.

Questo non significa chiamarsi fuori da quelle responsabilità che invece ci competono per concorrere alla sostenibilità del nostro sistema sanitario, ma pretendere che i decisori e i cittadini guardino a noi come fonti di soluzione dei problemi e non come causa degli stessi.

Viene a questo punto da chiedersi che cosa stia nelle nostre disponibilità per evitare, o quanto meno contrastare, questo fenomeno e disegnare una prospettiva per

la professione, in grado di farle attraversare il deserto di questi tempi, mettendo in gioco quanto di meglio esprime e soprattutto può e deve ancora esprimere.

Questo significa non solo legittimamente difendere ruoli, funzioni e ambiti di competenze, ma anche promuovere innovazioni nella nostra cultura tecnico-professionale, nella nostra formazione universitaria e *long-life*, nella nostra deontologia, nei tradizionali modelli di organizzazione del lavoro mettendo così in campo energie e risorse oggi silenti, capaci peraltro di produrre efficienza ed efficacia nelle organizzazioni sanitarie.

Proteggere la nostra professione vuol dire infatti rifondare i luoghi e i contenuti della formazione universitaria del medico, promuovere lo sviluppo professionale come standard di valutazione delle competenze, pretendere il rispetto della sua autonomia e responsabilità nei processi decisionali e gestionali delle istituzioni sanitarie come garanzia dei diritti delle persone assistite, ridisegnare relazioni e funzioni con le professioni sanitarie che, nelle moderne organizzazioni sanitarie, concorrono ai processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Ma occorre anche ridefinire gli scopi della moderna medicina al di là del tradizionale paradigma biomedico che ne ha ispirato e consentito lo straordinario sviluppo di questo secolo e che continua ad aprire scenari di progressi straordinari nella diagnosi e nella cura delle malattie.

Non mi riferisco alla pur rilevante questione dei limiti insiti nel paradigma biomedico ovvero alla sua fallibilità ma a quelli che possono manifestarsi nell'incontro tra questa medicina e la persona, con il suo vissuto, con i suoi valori di riferimento.

Ritessere la trama della persona dalle sue molecole, anche questo deriduzionismo umanistico è tra gli scopi della moderna medicina e compito del medico moderno.

Non vorrei celebrare riti autoreferenziali ma, da anni, stiamo percorrendo questa strada, costruendo un progetto di futuro possibile; basta rileggere i documenti conclusivi di Roma sulla qualità professionale e formazione, quello di Ravenna sui rapporti con le altre professioni, quelli di Ferrara e di Terni su delicate questioni bioetiche di inizio e fine vita e sulla relazione medico-persona assistita quello di Padova sul ripensamento metodologico ed epistemologico della professione, quello di Cagliari sul tema dell'errore e responsabilità professionale, e questi solo per citarne alcuni.

Penso inoltre ai nostri grandissimi sforzi per costruire un modello di ECM accessibile e di qualità, assumendo noi stessi la responsabilità di snodi vitali del

sistema ed essendo oggi forse il più grande provider di formazione a distanza nell'ambito delle nostre professioni.

Vanno in questa direzione anche tutte le iniziative cosiddette interne e operative della Federazione: i gruppi di lavoro ad oggi costituiti sono assolutamente funzionali ad esplorare quei campi più carenti di valutazioni e di proposte, in particolare il neonato osservatorio sui giovani professionisti oggi nostro ospite e a quello della professione al femminile.

Ho lasciato per ultimo, ma solo per potervi dedicare uno spazio specifico, il nostro Codice deontologico sul quale sono in corso lavori istruttori da parte della Consulta, finalizzati a proporVi una bozza di revisione del testo, nel lessico, nella struttura espositiva, nei contenuti e nelle prospettive etiche e civili che lo ispirano e a cui vi propongo di dedicare nei primi mesi del 2013, dopo un congruo tempo di discussione e riflessione nei nostri Ordini, un Consiglio Nazionale di 2-3 giorni.

Nel frattempo, nell'anonimato delle grandi questioni continuiamo a lavorare sui "dettagli".

Su nostra iniziativa è stato costituito presso il Ministero della Salute un tavolo tecnico sulla prescrizione dei farmaci, un altro sulla ricetta elettronica anche alla luce delle polemiche successive agli interventi legislativi sulle modalità di prescrizione, l'osservatorio sulla formazione specifica in Medicina Generale; la Commissione Salute della Conferenza Stato – Regioni ha licenziato un testo di regolamentazione dell'esercizio delle MNC quasi totalmente assimilabile alle nostre indicazioni.

Non ho invece risposte alla domanda che in molti mi hanno formulato sulle sorti delle province eventualmente soppresse come da *spending-review*, una incertezza di orientamenti da cui non è immune il Ministero della Salute, allo scopo interpellato ma su tutte le possibili ricadute della spending review, abbiamo attivato con il Ministero un gruppo di lavoro informale.

Siete stati informati sui limitati riflessi nei nostri confronti del DPR di riforma delle professioni in attuazione dell'art. 3 comma 5 del DL n. 138/2011 del quale sottolineo un solo punto, quello della pubblicità dove viene riconfermata la competenza disciplinare degli Ordini.

Per quanto riguarda il DL Balduzzi, in questi giorni alla Camera per l'iter di conversione, credo che il provvedimento, al di là di alcune previsioni insufficienti quando non errate, abbia l'indubbio merito di indicare soluzioni necessarie e urgenti, a criticità ormai implose nel nostro Servizio Sanitario Nazionale e che ne compromettono la sostenibilità, l'equità, la sicurezza e più in generale l'affidabilità verso i cittadini.



Queste considerazioni mi fanno dunque guardare con interesse e favore al merito della proposta di riorganizzazione delle cure primarie, certo non nuova e in questi anni oggetto di multiforme creatività nelle esperienze di alcune regioni ma che oggi richiede una matrice ordinamentale uniforme sulla cui base contestualizzare, nelle diverse realtà, modelli organizzativi e funzionali.

Non è solo il ridimensionamento drastico della rete ospedaliera a richiedere un assetto più efficace delle cure primarie ma soprattutto la transizione epidemiologica verso il prevalere di malattie croniche invalidanti e la necessità di nuove forme di educazione alla salute, di prevenzione, di cura e di assistenza basate su un offerta proattiva, di tutele sanitarie, la cosiddetta medicina di iniziativa da svolgere sui territori, negli ambienti di vita e di lavoro.

Se questa prospettiva sarà perseguita con costanza, al passo delle risorse disponibili e nella ricerca della collaborazione e del consenso dei professionisti coinvolti, verranno meno alcune preoccupazioni e ostilità che pur vanno rappresentate come presenti in settori professionali.

La normazione della libera professione *intramoenia* cosiddetta “allargata”, ha innanzitutto il pregio di superare la precarietà dei rinvii degli ultimi anni configurando una struttura a regime dell’istituto.

Va tuttavia denunciata la pesantezza di un testo che esprime al meglio tutto il gravame di pregiudizi e diffidenze che questo istituto ha accumulato negli anni, anche grazie a quelle isole di illegittima applicazione, rese possibili da connivenze ed elusioni di chi doveva regolare e controllare, inquinando in tal modo, nell’immagine pubblica, il lavoro rigoroso e onesto della stragrande maggioranza dei professionisti.

Credo sia possibile e così abbiamo operato, lasciando inalterate le finalità regolatrici e di trasparenza del provvedimento, procedere ad un alleggerimento del testo in quelle parti inutilmente discriminanti (ad es. la soglia minima di fatturato annuo a 12.000 euro) o di aggravio di costi per il cittadino (un ulteriore 5% sulle tariffe) che, è opportuno ricordarlo, si rivolge ad un servizio dell’azienda sanitaria pubblica, scegliendo liberamente e pagando il suo curante.

È altresì indubbiamente positivo lo sforzo del provvedimento nel dipanare alcuni nodi della responsabilità professionale e del contenzioso ormai da anni vero e proprio cancro del sistema sanitario, a oggi senza cure efficaci, che erode risorse preziose e corrode il rapporto fiduciario tra cittadini, medici e istituzioni sanitarie.

Ci permettiamo di osservare che il testo appare inadeguato, al limite della mera raccomandazione tautologica, laddove si propone di ridefinire gli ambiti di colpa medica e sanitaria.

Come è noto, autorevoli studiosi della materia da tempo sottolineano l'urgenza di ridisegnare gli ambiti giuridici della colpa dei medici e dei professionisti sanitari, essendo questi al servizio di un diritto costituzionalmente protetto che chiede a loro di operare con serenità, diligenza, perizia e prudenza, nel rispetto della deontologia professionale, interpretando e attuando le buone pratiche nel loro tumultuoso evolvere riconoscendo il fine beneficiale del loro esercizio professionale.

È invece convincente quanto riguarda la materia delle tutele assicurative, e soprattutto le garanzie di copertura per categorie gravate da elevati rischi di contenzioso e soprattutto costi di risarcimento che fanno lievitare a livelli mediamente insostenibili i costi dei premi, in questo contesto è di assoluto rilievo il riferimento a tabelle predefinite per il risarcimento del danno biologico.

Mi pare altresì apprezzabile lo sforzo di mettere mano ad una materia delicata e sensibile che attiene alla trasparenza nei rapporti tra politica e gestione particolarmente critica nella scelta dei Direttori Generali e delle Direzioni di struttura Complessa nelle aziende sanitarie.

Al di là di possibili correzioni, ad esempio il reinserimento del Direttore Sanitario di Azienda nella terna giudicante, quanto proposto ci pare essere un opportuno bilanciamento fra la discrezionalità connaturata al rapporto fiduciario di chi sceglie e la trasparenza della valutazione del merito professionale e delle competenze di chi è scelto.

Un bilanciamento e una trasparenza purtroppo confermate nel testo come troppo eteree quando si tratta di scegliere il Direttore di Struttura Complessa a direzione Universitaria.

Ci pare invece del tutto contraddittorio l'inserimento di alcune norme sulla mobilità regionale, sulla valutazione per l'affidamento e la conferma degli incarichi dirigenziali, che, nel loro complesso, disegnano un quadro confuso e avulso dalle norme legislative e contrattuali che da tempo regolamentano, in modo del tutto peculiare e specifico, la materia.

Una sorta di *deregulation* che, precarizzando luoghi di lavoro, incarichi dirigenziali e connesse retribuzioni e attese professionali, è verosimile che destabilizzi ulteriormente la già gracile *compliance* dei professionisti verso l'azienda e il Servizio in generale, di cui invece c'è tanto bisogno per affrontare e superare le grandi difficoltà di questi tempi.

Le altre parti di indubbio interesse del provvedimento – quali il tema della ludopatia, l'inserimento nei LEA della tutela di nuove malattie rare, l'incentivazione

e/o disincentivazione ad alcuni stili di vita, la semplificazione delle procedure per mettere in sicurezza strutture sanitarie, meriterebbero più analitiche valutazioni ma andremmo oltre l'umana sopportazione.

Riprendo solo quella parte che riguarda i Farmaci valutando positivamente quelle norme che velocizzano in sicurezza, l'iter di acquisizione dei principi attivi in fase sperimentale e l'intenzione di rivedere il prontuario farmaceutico relativamente ai prodotti obsoleti o di bassa efficacia rimborsati dal SSN.

Negli ultimi anni la normazione sulla sperimentazione, l'immissione in commercio, la prescrizione, la valutazione dei rischi dei farmaci, è sempre più diventata una fitta matassa di regole che ha accresciuto il disorientamento dei cittadini e dei medici prescrittori e sarebbe ora di lavorare intorno a un testo unico.

A parte altre tematiche, che ognuno di voi è libero di rappresentare in questo Consiglio Nazionale, mi permetto due ultime considerazioni.

La prima non vorrei fosse male interpretata e peggio accolta, ma non vi nascondo di essere profondamente preoccupato delle tante fibrillazioni che leggo e avverto dentro e intorno i nostri enti prevido-assistenziali.

Lungi da me l'idea di soffocare il confronto tra idee, prospettive e legittime vocazioni, ma stiamo ben attenti, e comincio da me stesso, a non strutturare nei decisori e nell'opinione pubblica il pensiero che beni così preziosi siano pericolosamente in mani a vario titolo poco affidabili.

Non sono fra quanti hanno usato e usano la metafora del "nemico alle porte" per soffocare il dibattito interno, ma eviterei di reclutare, seppur in buona fede, "nemici alle porte".

La seconda riflessione che non vorrei fosse interpretata come buonista, è che al di là delle nostre differenze di idee e di visioni, fosse sempre prevalente la volontà di lavorare insieme, di essere una parte del tutto perché il tutto non esiste senza le parti.

Il nostro compito è stare un passetto avanti, avere coraggio, tenacia, l'umiltà di ascoltare e la dignità e l'orgoglio di parlare per la professione.

Grazie per l'attenzione, il Consiglio Nazionale della FNOMCeO è tutto vostro.

Il Presidente  
Dott. Amedeo Bianco