



## **CONSIGLIO NAZIONALE FNOMCeO**

*Roma, 5 e 6 dicembre 2014*

### **RELAZIONE del PRESIDENTE, Amedeo Bianco**

Cari Presidenti, Care Colleghe e Cari Colleghi invitati,

la relazione di apertura dell'ultimo Consiglio Nazionale che segue i rinnovi dei Consigli Direttivi Provinciali e immediatamente precede il rinnovo del Comitato Centrale della Federazione non può, né vuole, sottrarsi ad una valutazione sul consuntivo politico di un triennio ormai alle nostre spalle.

Vorrei fosse per tutti noi un esercizio di rigore e di responsabilità perché ciò che oggi portiamo ad una valutazione complessiva, oggettivamente definisce lo spazio competitivo di idee e visioni che animeranno il prossimo rinnovo del gruppo dirigente della FNOMCeO.

Questo richiede a tutti noi anche lo sforzo di valutare, nella complessità delle questioni, quel filo conduttore di analisi, proposte ed azioni messe in campo nel mandato quasi trascorso e la loro idoneità ed efficacia a qualificare la Federazione e i nostri Ordini come istituzioni professionali posti a tutela di interessi pubblici, competenti, autonomi, responsabili ed autorevoli nella professione e nella società.

Non accennerò al Bilancio Preventivo economico finanziario, che invece il Tesoriere illustrerà in modo analitico, riservandomi di rispondere ad eventuali domande poste nel corso del dibattito.

In premessa vorrei però condividere alcuni elementi di scenario, utili a comprendere le più rilevanti condizioni di contesto che in questi anni hanno profondamente inciso sulla professione aprendo l'esercizio professionale a nuove criticità ed amplificando difficoltà già presenti.

## **L'ONDA LUNGA DELLA CRISI ECONOMICA E I SUOI RIFLESSI SULLE POLITICHE PER LA SALUTE**

In tutti i paesi dell'EU-15, la crisi economica ha coinciso con un ridimensionamento verso il basso delle risorse economiche e professionali destinate alle politiche per la salute; il 2009 segna una drastica inversione di tendenza della spesa sanitaria complessiva in quasi tutti i Paesi europei. Dal diagramma (*grafico n. 1*) risulta evidente che mentre fino al 2008 si sono registrati incrementi medi intorno al 5% all'anno, nel 2010 e nel 2011 la crescita reale media è stata praticamente nulla. Nel 2012 si osservano primi segnali di ripresa.

La crisi finanziaria ed economica internazionale ha aggredito pesantemente la spesa per il Welfare e per la sanità: in particolare paradossalmente quando la disoccupazione e la povertà devastano le comunità sociali che vedono così indebolirsi capisaldi di coesione sociale e strumenti di solidarietà tra gruppi sociali e generazioni.

Le politiche dell'austerità imposte dai Paesi più forti dell'Unione Europea, con rigidi vincoli di procedure e parametri di rientro dai deficit pubblici (a medio termine il pareggio strutturale dei bilanci e comunque con deficit entrate/spese non superiore al 3%; a lungo termine conseguire la riduzione al 60% del rapporto debito/PIL in 20 anni, che per noi significa rientrare di 46 mld di euro/anno), puntano su una ripresa dell'economia reale ma molto più realisticamente, fino ad oggi, hanno fatto ricadere i costi della crisi sui diritti delle persone determinando prima stagnazione nei Paesi più forti e poi recessione nei Paesi più fragili con indici negativi del tasso di crescita del PIL.

In Italia nel 2012 (*grafico n. 2*) la spesa sanitaria complessiva

(pubblica e privata) è scesa al 9,2% del Pil contro il 9,4% del 2009. Il ridimensionamento è stato ancor più pesante nel Regno Unito (dal 9,7% al 9,3%) e nei Paesi scandinavi (dal 10,2% al 9,8%). Anche in Francia e in Germania, dove si spendono oltre 2 punti di Pil in più rispetto al nostro Paese, le risorse per la salute

sono state contenute, in particolare in Germania (dall'11,8% all'11,3%) mentre in Francia la spesa è stata stabilizzata all' 11,6%.

Gli effetti della recessione sulla spesa sanitaria sono stati ancor più pesanti nei Paesi a rischio default : in Grecia la spesa sanitaria complessiva è scesa dal 10,2% del 2009 al 9,3% nel 2012; in Irlanda dal 9,9% al 8,9%; in Portogallo dal 10,2% al 9,5%; in Spagna dal 9,6% al 9,4%.

In Italia le risorse per la salute hanno evidenziato una crescita reale negativa del 3,5% nel 2011 e del 2,8% nel 2012. Nei paesi a rischio default che hanno beneficiato dei pacchetti di *bailout* della troika (Grecia, Irlanda e Portogallo), la dimensione dei tagli alla sanità è stata di gran lunga superiore alla decrescita dell'economia.

In Grecia, la copertura universale del sistema sanitario è fortemente compromessa; i programmi di austerità hanno costretto ad aggredire la spesa sanitaria pubblica in valori reali del 13,8% nel 2010, di un ulteriore 3,1% nel 2011 e ancora del 12,3% nel 2012. L'Irlanda nel 2010 ha tagliato la spesa sanitaria pubblica del 12,2% in valori reali e, nonostante una crescita reale positiva, nel 2011 ha continuato con una riduzione delle risorse pubbliche del 5,8% (+1,6% nel 2012).

Analoghi contenimenti della spesa sanitaria pubblica si sono registrati in Spagna (-0,9% nel 2010; -3,4% nel 2011) e nel Regno Unito (-1,1% nel 2010 e nel 2011; +1,4% nel 2012). Si tratta di due paesi interessati in questo periodo di crisi da riforme in senso privatistico. Il sistema sanitario spagnolo è diventato di tipo assicurativo e i costi della crisi si sono tradotti in forti aumenti dei ticket. In Inghilterra è stata accelerata la trasformazione degli ospedali pubblici in fondazioni mentre le cure primarie di medicina di base e specialistica sono state riorganizzate attraverso consorzi che gestiscono fondi (*Clinical Commissioning Groups* in sostituzione dei *Primary Care Trusts*) che possono assumere la forma di agenzie private con medici alle dipendenze.

Nel complesso, le politiche di contenimento della crescita delle risorse per la sanità sono comuni a tutti i sistemi sanitari. Sul fronte del finanziamento: tagli al fabbisogno (Grecia, Irlanda, Portogallo, Spagna e Italia); utilizzo della leva fiscale a copertura dei deficit locali (Italia) o introduzione di nuove imposte per sostenere i sistemi di sicurezza sociale (Francia); incremento dei contributi a carico del lavoro (Grecia e Portogallo); ovunque si registrano aumenti nella compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini per i farmaci, la specialistica ambulatoriale, gli accessi non urgenti al pronto soccorso o addirittura per i ricoveri ospedalieri (e.g. in Francia).

Le politiche di contenimento dei costi hanno per lo più interessato: il costo del personale, attraverso la riduzione delle retribuzioni (Francia, Grecia, Irlanda) o il loro congelamento (Inghilterra, Portogallo, Italia); il blocco del turnover (Italia); il

controllo dei prezzi dei farmaci o dei dispositivi medici, sfruttando il potere monopsonista delle pubbliche autorità; la revisione delle tariffe pagate ai fornitori di servizi assistenziali, la revisione dei budget assegnati alle strutture; il taglio dei posti letto.

In breve, tutti i sistemi sanitari europei stanno cercando di contenere la spesa, recuperare efficienza e fare cassa, soprattutto attraverso l'aumento della compartecipazione delle famiglie.

A fronte di valutazioni a volte preoccupate a volte interessate che da qualche tempo imperversano sulla sostenibilità del nostro SSN universalistico e solidale, se restiamo ai dati, questi dimostrano che la spesa sanitaria italiana può considerarsi già oggi sostenibile rispetto ai risultati raggiunti (a livello macro) e comparati a quanto fanno e spendono i maggiori paesi europei.

In questi anni di crisi, l'Italia ha mantenuto un saldo primario positivo (cioè la differenza tra le entrate e le spese complessive della Pubblica amministrazione al netto degli interessi), e la sanità pubblica ha contribuito notevolmente al rispetto dei vincoli di finanza pubblica in sede europea. Difatti, nel periodo 2006-2013 ha presentato una crescita media nominale dell'1,7% contro il 2,2% dell'intera spesa corrente primaria (in valori reali: -0,1% contro + 0,4%).

Le misure correttive sul settore sanitario si sono accentuate con la crisi e, per il terzo anno consecutivo, stanno determinando risultati eccezionali nei dati di contabilità nazionale. La spesa sanitaria continua a ridursi in valori nominali passando da 112,5 mld nel 2010 a 109,3 mld nel 2013 (dati di preconsuntivo DEF 2014). Nel 2012 si è verificata la riduzione più consistente, quando la spesa si è assestata su 109,6 mld, un valore inferiore di ben 4 mld rispetto a quanto programmato dopo la *Spending Review* del D.L. 95/12. Anche per il 2013 i preconsuntivi della sanità riportati nel DEF 2014 segnano ancora ben 1,9 mld in meno rispetto alle previsioni del DEF 2013.

### **Risultati e previsioni di spesa sanitaria (mln di euro)**

I freddi numeri non rendono però conto del costo umano e sociale che li sostiene e, a noi che responsabilmente consideriamo i dati economici ma non ne siamo prigionieri, compete ricordarli e farne il perno della nostra azione.

Il contenimento della spesa sanitaria è ascrivibile principalmente a:

- riduzione dei costi del personale, in particolare nelle regioni in piano di rientro per effetto del blocco del *turn over* e del congelamento delle retribuzioni;
- economie di spesa sulla farmaceutica convenzionata;

- riorganizzazioni delle reti assistenziali in particolare con riduzione dei posti letto per acuti al di sotto della media europea;
- misure stringenti adottate nelle ripetute manovre (e.g. tetti sui dispositivi medici; revisione delle tariffe e dei budget assegnati nei processi di accreditamento delle strutture, etc.);
- maggiore pressione fiscale a livello locale, sulle aliquote Irap e addizionale Irpef (oltre i massimi livelli nelle regioni in piano di rientro), tickets sulle prestazioni.

Stanno dunque pagando i cittadini e gli operatori.

Sul fronte del finanziamento cui concorre lo Stato sono stati ripristinati i 2 mld relativi ai tickets sanitari programmati con d.l. 98/11, ma dichiarati illegittimi dalla Corte Costituzionale, riportando il finanziamento del SSN per il 2014 a 109,9 mld., la firma del nuovo *Patto per la salute 2014-2016* dopo circa sei anni dal precedente ha individuato risorse aggiuntive per l'anno 2015 e 2016, sulle quali però è facile intuire caleranno le ombre lunghe della manovra 2015 che riduce trasferimenti alle regioni per circa 4 miliardi.

La crisi economica, che si traduce in riduzione degli investimenti pubblici, incide non solo sulla sanità pubblica ma anche su quella privata; gli effetti possono andare in due diverse direzioni: da un lato può far aumentare la spesa privata (provocando una sorta di effetto di sostituzione), dall'altro l'impovertimento della popolazione può far diminuire il ricorso anche alle prestazioni private. I dati Oecd sulla spesa sanitaria privata, suddivisa nelle sue componenti *out of pocket* e assicurazioni private, consentono di fare chiarezza.

Per l'Italia i dati Oecd indicano una costante, ancorché lieve, tendenza all'aumento dell'incidenza della spesa privata fino al 2011 (dal 21,1% del 2009 al 22,9% del 2011) e una sua riduzione nei due anni più recenti (22% nel 2013). Nel 2013 la riduzione si registra sia nella spesa *out of pocket* (che rappresenta il 18% della spesa sanitaria complessiva), mentre le assicurazioni private hanno un peso marginale assestato intorno al 4%.

Nel 2011 la spesa privata corrente delle famiglie è stimata pari a 28,9 mld, con un tasso di crescita del 7% rispetto al 2010, mentre nel 2012 si stima una riduzione del 2% rispetto all'anno precedente, cui si aggiunge una ulteriore contrazione nel 2013 del 5%, segno della depressione del mercato.

I dati Oecd mettono in evidenza la scarsa incidenza, rispetto alla maggior parte dei paesi dell'Europa continentale, della spesa per assicurazioni private, un dato che è spesso assunto come fondamento della richiesta di un maggior ruolo delle assicurazioni nel nostro Paese. Sul tema occorrono ulteriori approfondimenti che bilancino le prospettive secondo criteri di costi/benefici.

Sugli effetti delle politiche di austerità in ragione dell'accessibilità ai servizi sanitari, recenti dati Istat consentono prime considerazioni sulle difficoltà che gli italiani incontrano ad accedere ai servizi.

La figura sottostante mostra, per ogni regione, la percentuale di persone che nel 2013 ha dichiarato di aver rinunciato a prestazioni sanitarie (di qualunque tipo: visite specialistiche, accertamenti diagnostici, interventi chirurgici, farmaci, ecc.). Il grafico distingue fra i motivi economici e gli altri motivi (carenze dell'offerta o altro).

Nel 2013, l'11% della popolazione ha dichiarato di aver rinunciato, pur avendone bisogno, ad almeno una prestazione sanitaria; il 5,6% ha indicato i problemi economici come motivo della rinuncia. Ciò significa che oltre 3 milioni di italiani hanno rinviato il ricorso all'assistenza sanitaria a causa delle crescenti difficoltà economiche. In linea con i dati sull'andamento dell'economia e dell'occupazione, l'indagine indica che tali difficoltà pesano molto di più al Sud e nelle Isole che al Nord.

### ***Persone (%) che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie o a farmaci, per regione – 2103***

I dati indicano inoltre un aumento della quota di persone che pagano interamente gli accertamenti sanitari, soprattutto nel Centro e nel Sud del Paese, ovvero nelle regioni sottoposte a Piani di Rientro, dove l'offerta di servizi ha subito maggiori restrizioni e dove la compartecipazione è più elevata.

Ne sono conferma i risultati dell'indagine Censis sulla percezione della qualità del servizio sanitario nazionale: dal 2011 al 2014 la percentuale di

intervistati che pensa che la sanità regionale sia peggiorata è pari al 46,8% nella regioni sottoposte a Piano di Rientro mentre è del 29,3% nelle altre regioni.

I dati confermano che anni di disattenzioni e di restrizioni hanno portato il SSN ad una condizione di preoccupante logoramento.

In molte regioni (non tutte) accessi inutilmente complicati, tempi di attesa ancora troppo elevati, mancanza di integrazione fra il sociale e il sanitario, ticket superiori al prezzo della prestazione, rinuncia ad occuparsi della non autosufficienza, hanno portato i cittadini a non avere più la stessa fiducia che un tempo riponevano sul sistema pubblico e a cercare soluzioni altrove. Gli italiani continuano a mettere la salute fra le priorità della politica, la fiducia nel sistema per lo meno di fronte ai grandi rischi non viene meno, ma è diffusa la convinzione che se non si interviene su alcuni aspetti essenziali anche la fiducia verrà progressivamente meno.

Senza una ripresa delle politiche a livello nazionale l'impegno degli operatori, potente leva che sostiene il sistema, appassisce, la fiducia dei cittadini si affievolisce.

Non è una mera questione di risorse economiche. Si tratta di recuperare attenzione per tutti quegli strumenti di governo che fanno sì che un insieme di fattori produttivi (competenze, esperienze, professionalità, innovazione, organizzazioni, ecc.) generino una vera politica per la tutela della salute riconoscendo il valore del tanto lavoro svolto, spesso con silenzio e abnegazione, dai molti operatori del settore.

Si sta infine manifestando un nuovo fenomeno, quasi sconosciuto in precedenza, che potremmo definire di "povertà sanitaria": ambulatori sociali un tempo rivolti solo agli stranieri ed ora sempre più frequentati anche da connazionali (in particolare nelle grandi metropoli), ambulatori che offrono prestazioni a prezzi scontatissimi (indicativi anche di una maggiore aggressività dell'offerta), competizione sui prezzi nel mercato delle prestazioni odontoiatriche, frequenti viaggi all'estero per beneficiare di prezzi contenuti, sofferenze del welfare familiare e rinuncia da parte di anziani non autosufficienti all'assistenza di "badanti" (il cui numero si riduce per la prima volta dopo tanti anni).

Più che di *sostenibilità* del servizio sanitario è necessario parlare di *rilancio* dei valori fondamentali alla base del nostro sistema di tutela della salute e di *rinnovamento* profondo della sua governance istituzionale e gestionale.

Se questo è il poderoso scenario di crisi del Paese, della sanità e della professione potrebbe sembrare banale aver identificato quattro obiettivi strategici per le nostre politiche in questi anni, ma in realtà, come cercherò di argomentare,

oggettivamente inclusivi di quelle molteplici criticità della professione e coerenti con le funzioni ed i compiti attribuiti ai nostri Ordini.

Mi riferisco a :

- La ripresa di un percorso legislativo di riforma degli Ordini;
- La messa in campo di un progetto di complessiva riforma della responsabilità professionale;
- L'aggiornamento del nostro Codice Deontologico;
- Un progetto di formazione pre e post laurea e long-life del medico che meglio ne qualifichi le competenze e le mantenga nel tempo.

Non erano e non sono segmenti distinti di un progetto politico per la Professione, ma tutti posizionati su un percorso sul quale ci siamo incamminati, perseguendo il fine di accreditare la nostra Professione quale elemento fondante lo sviluppo tecnico scientifico, etico e civile della medicina e della Sanità al servizio della Comunità – Paese.

Ricordo a me stesso e a voi che tutti i passaggi più difficili e qualificanti di questo percorso sono stati al centro di una vita associativa, partecipata e democratica che non ha precedenti nella storia della Federazione e che ritengo definisca un punto di non ritorno per i futuri gruppi dirigenti.

Questa storia non è stata scritta da *élites* autoreferenziali né da pensieri a prestito, né tantomeno dettata da cinghie di trasmissione di piccoli o grandi potentati politici o sindacali, ma, anche nei suoi limiti ed insufficienze, porta i segni della grande fatica di un confronto, talvolta di uno scontro comunque tra pari, su ogni idea, su ogni vocazione, su ogni visione.

Probabilmente sono vittima di un appassito romanticismo, ma non mi hanno stupito né contrariato le varie linee di dissenso che su ogni questione difficile si sono aperte al nostro interno ed intorno a noi, comprese alcune esasperate dall'esigenza di un distinguo ad ogni costo. Continuo a ritenere che le diversità siano la ricchezza di una comunità .

Con pari franchezza devo però rilevare che decidere di decidere insieme ha alcune regole, prima fra tutte l'assunzione di una responsabilità collettiva nel proteggere un bene comune, che non sono i gruppi dirigenti ma l'autorevolezza dell'istituzione, la sua autonomia, la sua identità ed integrità di soggetto rappresentativo di tutta la professione.

Perseguire insieme questo bene comune non può essere una porta girevole dove si entra e si esce, pure in ragione di visioni differenti di per se stesse tutte legittime, perché le eventuali ferite inferte ad un gruppo dirigente si curano molto meglio e più in fretta di quelle che invece segnano come cicatrici l'Istituzione.

## ***IL PROCESSO DI RIFORMA DEGLI ORDINI***

Il DdL Lorenzin, in gran parte raccoglie analoghi provvedimenti sia a firma del ministro Fazio che del ministro Balduzzi che, nella scorsa legislatura, si fermarono nelle aule parlamentari, il secondo ad un passo dalla meta.

I primi 10 articoli del provvedimento (meno l'art.9) sono stati assunti ed il restante stralciato in sede referente dalla XII Commissione del Senato. L'art. 3, che prevede la *Riforma degli Ordini delle Professioni Sanitarie*, è stato oggetto di numerosi emendamenti (Atto Senato 1374) e sarà ultimato con il voto su quelli ammessi in questa prima fase del suo iter parlamentare, che verosimilmente si concluderà nelle prossime settimane.

Ritengo che sarà possibile migliorare il testo base, a voi tutti noto, con ad esempio una conferma degli attuali assetti territoriali degli Ordini a fronte di una cancellazione, anche dalla Costituzione, delle provincie, ma resta in campo un problema rilevante e cioè la qualificazione giuridica degli Ordini, peraltro oggetto di un altro DDL, delega del Governo, riguardante la Riforma delle Pubbliche Amministrazioni.

Il delicato merito della questione è già stato oggetto in queste settimane di un preoccupato scambio di comunicazioni e per certi aspetti esaltato dal parere/delibera n.145/14 del Presidente ANAC, dr Raffaele Cantone.

Il presidente Cantone afferma che gli Ordini ed i Collegi sono enti pubblici ai sensi della legge 165/2001, ancorché non economici e quindi destinatari delle norme sulla trasparenza e sull'anticorruzione (DLgs 33/2013) a cui sono connesse le previsioni sull'inconferibilità ed incompatibilità di cariche ed incarichi (DLgs 39/20013).

Non è certo in discussione la matrice pubblica degli Ordini, stante le funzioni e le prerogative loro affidate, né ovviamente l'esigenza di rendere trasparenti anche le nostre amministrazioni e regolare i conflitti di interesse, ma credo che l'omologazione giuridica degli Ordini e dei Collegi a enti pubblici non possa ritenersi così scontata.

Non abbiamo esitato un anno fa a invitarvi a predisporre il sito trasparenza alimentandolo di tutte le informazioni ragionevolmente utili (bilanci, compensi, personale, consulenze, etc.) e ad indicare il responsabile della trasparenza per l'attuazione e la verifica delle procedure, non perché ritenevamo di essere enti pubblici in senso stretto, ma amministrazioni pubbliche che devono rendere pubblicamente conto del loro operato.

Sussistono però incontestabili ragioni di proporzionalità e coerenza attuativa di norme costruite in riferimento a Pubbliche Amministrazioni di ben altra portata organizzativa e gestionale e ragioni di competenza ordinamentale, peraltro già evidenziate dallo stesso legislatore quale ad esempio gli artt. 2 e 2 bis del DL 101/2013 convertito con modifiche nella Legge 125/2013 (art.2 *“Gli ordini, i collegi professionali, i relativi organismi nazionali e gli enti aventi natura associativa che sono in equilibrio economico e finanziario sono esclusi dall'applicazione dell'art.2 comma 1, del*

*decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n.135 ...omissis...". art 2-bis "Gli ordini, i collegi professionali, i relativi organismi nazionali e gli enti aventi natura associativa, con propri regolamenti, si adeguano tenendo conto delle relative peculiarità ai principi del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165 ad eccezione dell'articolo 4 del decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, ad eccezione dell'articolo 14 nonché delle disposizioni di cui al Titolo III e ai principi generali di razionalizzazione e contenimento della spesa in quanto non gravanti sulla finanza pubblica. ")*

Ho inviato a riguardo una lettera al presidente Cantone, che vi ho trasmesso e sono certo che avrete compreso la posta in gioco laddove solo poche realtà di Ordini e Collegi potrebbero reggere l'impatto degli oneri connessi ad una burocratica ed astratta qualificazione giuridica di ente pubblico.

Sulla scia di questo dibattito, che si va sviluppando su un testo normativo a giudizio di molti esperti poco chiaro, si muovono da qualche tempo interpretazioni, polemiche ed insulti in riferimento a profili di incompatibilità che coinvolgerebbero il mio doppio ruolo di Presidente Fnomceo e di Senatore della Repubblica e, verosimilmente, a cascata ogni carica ordinistica con ogni incarico elettivo.

Non amo le dietrologie e rifugio da culture complottiste, ma vi confesso il mio rammarico per essere stato strumentalmente usato per colpire il nostro lavoro, i nostri Ordini, la nostra Federazione, indicati come luoghi e soggetti dove imperano scandalosi conflitti di interesse e mirabolanti poteri economici; un vero e proprio castello medioevale abitato da boiardi che soffocano i cambiamenti e titolari di una autorità avulsa dai bisogni della professione che si pretende di rappresentare.

Lascio a voi la valutazione del merito ricordando che, a mente dell'art. 29 ter della legge n.98/2013 "Disposizioni transitorie in materia di incompatibilità" di cui al DLgs n.39/2013 così recita:" *In sede di prima applicazione con riguardo ai casi previsti dalle disposizioni di cui ai Capi 5 e 6 del DLgs n.39/2013 gli incarichi conferiti e i contratti stipulati prima della data di entrata in vigore del medesimo DLgs in conformità alla normativa vigente prima della stessa data,non hanno effetto come causa di incompatibilità fino alla scadenza già stabilita per i medesimi incarichi e contratti "*

Gli eventuali profili di incompatibilità, dunque, da mesi sostenuti in punta di diritto, riguarderebbero l'assunzione di cariche future e non le attuali, e altresì vi informo che la Giunta delle elezioni del Senato è stata incaricata dal presidente Grasso di valutare la questione e alle cui risultanze conformerò le mie decisioni in assoluta serenità e nel rispetto delle regole istituzionali a cui ho sempre ispirato l'esercizio delle mie funzioni pubbliche.

## **IL PROCESSO DI RIFORMA DELLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE**

Credo risalga a circa 14 mesi fa, il deposito ufficiale del progetto di legge in materia, di cui sono primo firmatario e che è stato assunto integralmente dal gruppo del PD alla Camera, dove è attualmente in fase di stesura un testo unificato presso la XII commissione Affari Sociali.

Il testo del DdL rappresenta il punto di arrivo di un cammino che ci ha visti a lungo impegnati nella costruzione di un progetto organico, capace cioè di affrontare e offrire soluzioni riformatrici a tutti i determinanti di questo complesso fenomeno che ferisce il sereno esercizio professionale, consuma in modo inefficace risorse e, soprattutto, minaccia il rapporto fiduciario tra cittadini, professionisti e istituzioni sanitarie.

Il progetto riformatore che abbiamo messo in campo è possibile, come da molteplici autorevoli riconoscimenti, ma è forse troppo impegnativo per una attività legislativa di iniziativa parlamentare che, come sapete, è ridotta al lumicino, tanto che in tutta onestà non mi sento di formulare previsioni attendibili sull'iter del testo unificato alla Camera.

La questione in questi anni è stata invece affrontata con interventi settoriali; mi riferisco al decreto legge n.158/2012 (Balduzzi) convertito in legge n.189/2012, a noi tutti nota soprattutto in riferimento ad un tentativo di qualificazione della colpa medica e sanitaria di rilievo penale, fino all'art.27 della legge n.90/2014 che reinterviene con il comma 1 bis sull'art 3 della Balduzzi così prevedendo *“A ciascuna azienda del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), a ciascuna struttura o ente privato operante in regime autonomo o accreditato con il SSN e a ciascuna struttura o ente che a qualunque titolo, renda prestazioni sanitarie a favore di terzi è fatto obbligo di dotarsi di copertura assicurativa o di altre analoghe misure per la responsabilità civile verso terzi (RCT) e per la responsabilità civile verso prestatori d'opera (RCO), a tutela dei pazienti e del personale. Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica”*, legge che finalmente sancisce l'obbligo in capo alle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie di garantire la responsabilità civile verso terzi dei propri operatori anche attraverso forme di autotutela.

Forse un'altra opportunità per detendere il contenzioso civile anche in ambito medico e sanitario è rappresentato dalla riforma dell'istituto della conciliazione e forse dalla stessa più recente riforma del processo civile, che introduce la cosiddetta negoziazione assistita delle liti che il giudice può espletare pregiudizialmente alla celebrazione del processo.

Siamo dinnanzi a scelte politiche che mettono toppe alle falle del sistema e in questo caso portano novità significative ed utili, ma sono invece propenso a ritenere che il DPR di attuazione della legge Balduzzi, appena licenziato dalla Conferenza Permanente Stato-Regioni, contenente i requisiti minimi e uniformi delle polizze assicurative e la costituzione del Fondo unico di garanzia, difficilmente

solleverà in modo significativo alcune categorie professionali dai pesanti e, per non pochi professionisti, insostenibili oneri dei premi assicurativi richiesti.

Abbiamo più volte ricordato come i determinanti di questa condizione fossero la fragilità delle misure di prevenzione e gestione del rischio, i profili giuridici della colpa, la mancanza di tabelle di riferimento dei danni biologici ai fini dei risarcimenti, la difficoltà a stimare il rischio singolo o di piccoli gruppi e soprattutto senza poterlo ponderare con altri gruppi a rischio più basso.

Per queste categorie, essendo irrisolti quei nodi, appare oggettivamente difficile trovare soluzioni rapide ed efficaci come invece la criticità richiederebbe; in ogni caso non siamo affatto rassegnati all'idea che il costo di una polizza assicurativa possa precludere il prosieguo o l'avvio di una attività professionale.

### ***LA REVISIONE DEL CODICE DEONTOLOGICO***

Alle ricadute dei grandi cambiamenti di contesto macroeconomico riferite in premessa, che hanno profondamente scosso le fondamenta della professione, si è aggiunta una crisi di autorevolezza della medicina e di chi la traduce in servizi alla persona ed emerge con preoccupante vigore una cultura che mette in discussione la sua base scientifica basata sulle evidenze di efficacia, la sua autonomia ed indipendenza dall'universo degli interessi che su di essa gravitano e che pretende di indicarne i fini in una mera logica di contrattualismo a senso unico: mi devi dare ciò che chiedo.

Tra le tante criticità che minacciano la sostenibilità del nostro SSN, solidaristico ed universale, questa non è di poco conto perché, contrariamente a una interessata cantilena che sempre più spesso ascoltiamo, il nostro sistema sanitario pubblico non è tenuto a dare tutto a tutti, ma i LEA, individuati anche e soprattutto mediante criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza e di costi/benefici.

IncurSIONI in questo perimetro, spesso sostenute da un discreto consenso costruito su impatti emotivi, possono essere respinte solo se poggiano sull'autorevolezza delle fonti istituzionali, sia tecnico scientifiche che politico-amministrative, ed in ogni caso sulla tenuta tecnico professionale, etica e civile degli effettori ultimi di ogni intervento sanitario e cioè i medici.

Ciclicamente si aprono questi fronti, in cui si avvitano incertezze, ritardi e contraddizioni delle istituzioni e che lasciano in prima linea, esposti, i professionisti chiamati a reggere l'urto dei nemici più terribili: la sfiducia, la diffidenza, la paura delle persone.

Credo che, al netto di altri specifici profili, la vicenda stamina e, in questi giorni, la surreale polemica sulla sicurezza ed efficacia delle vaccinazioni siano l'esatta espressione di quanto vi ho appena rappresentato.

Il complesso di queste condizioni stressanti l'esercizio professionale consuma oggettivamente la fiducia e le speranze tra i professionisti, alimentando

frustrazioni e favorendo una sorta di rassegnato ripiegamento su interessi particolari e contingenti.

In questo scenario scivola minacciosamente su un piano inclinato l'identità stessa di una professione radicata su solidi valori di riferimento verso cui, proprio nelle fasi più difficili di una crisi, è invece necessario rivolgersi, per illuminare di una luce etica, civile e professionale, le nuove scelte da compiere, le nuove responsabilità da assumere, le nuove dimensioni di libertà, autonomia ed indipendenza della professione da pretendere e praticare, le nuove finalità della medicina da esplorare.

Chiamare la professione ad un processo di revisione del Codice Deontologico aveva innanzitutto lo scopo di reclutarla ad un confronto meno contingente e settoriale sul proprio malessere, sui disagi che accusa, per usare la deontologia come strumento di aiuto interpretativo e orientativo a fronte delle criticità che deve affrontare.

Per i nostri Ordini revisionare il Codice aveva il significato di portare a coerente sintesi, istituzionalizzandole nel Codice, più riflessioni e pronunciamenti ufficiali sulle grandi questioni.

Scusandomi per le omissioni, vi ricordo solo alcuni dei Convegni che si sono chiusi con documenti approvati dal Consiglio Nazionale: Ferrara, Udine e Terni sull'etica di inizio e fine vita; Rimini e Ravenna sui rapporti interprofessionali, Padova sull'ICT in sanità, Palermo sulla legalità, Roma sulla Qualità della Formazione e Ricerca Clinica.

Questo obiettivo è stato raggiunto; le migliaia di medici dei consigli direttivi, delle Commissioni di studio, i partecipanti a consultazioni pubbliche, che si sono confrontati e talora divisi, ne sono gli autori.

## ***LA FORMAZIONE PRE E POST LAUREA***

Questo progetto, più volte segnalato come strategico per lo sviluppo della professione e della sanità, è diventato anche drammaticamente urgente in ragione di un preoccupante default dell'intero sistema formativo universitario con i conseguenti risvolti negati sulla professione.

Abbiamo raccolto in un dossier le idee e le proposte che abbiamo sviluppato in questi anni e ulteriormente maturato in questi mesi drammatici e che costituisce parte integrante della relazione. Ve lo illustrerò domani chiedendovi un voto di approvazione perché possa costituire la piattaforma su cui chiamare a raccolta tutti gli *stakeholders* del sistema formazione del medico per una sua riforma, ormai improcrastinabile e soprattutto innovatrice non dovendo ricadere sui giovani il costo di errori, inefficienze, autoreferenzialità, conservatorismi miopi.

## ***MODIFICHE AL REGOLAMENTO DEL FONDO ENPAM DI PREVIDENZA GENERALE (QUOTA A )***

Come da Statuto vigente dell'ENPAM, le modifiche vanno approvate anche dal Consiglio Nazionale della FNOMCeO. Le illustrerò domattina sulla base della Relazione Tecnica di accompagnamento alla delibera posta al voto del Consiglio Nazionale Enpam e che costituisce parte integrante della mia relazione.