

**CONSIGLIO NAZIONALE**  
**Roma, 24 marzo 2018**

**RELAZIONE DEL PRESIDENTE**

**IL CONTESTO**

In questo primo Consiglio dal rinnovo delle cariche istituzionali della Federazione, vorrei partire da una ricorrenza importante. Quest'anno celebriamo i 40 anni della istituzione del nostro sistema sanitario. Con la pubblicazione della legge 833 del 23 dicembre 1978 veniva infatti istituito il Servizio Sanitario Nazionale.

*“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale”.*

Così si legge all'articolo 1 di quella straordinaria legge che ha realizzato quanto previsto dall'art. 32 della Costituzione.

*“La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana”.*

**“Dignità e libertà”** sono i due principi cardine del Servizio Sanitario Nazionale e regolano il rapporto tra il cittadino e le professioni sanitarie. Garantiscono al primo la qualità dei trattamenti sanitari e regolano le modalità con le quali sono erogati. Il cittadino, infatti, è libero di affidarsi al “proprio” medico, che risponde delle proprie attività professionali secondo il principio della responsabilità.

Dall'altra parte, questo rapporto così peculiare, si fonda proprio sulla salvaguardia da parte del medico della dignità della persona umana che a lui si affida. La malattia per ogni essere umano rappresenta una condizione di estrema fragilità. In questo stato la dignità dell'uomo deve essere particolarmente tutelata e rappresenta la principale missione della professione, che può difenderla attraverso le cure, basate sulle migliori evidenze scientifiche, ma anche con il rispetto dei diritti essenziali della persona umana, come quello all'autodeterminazione, alle proprie convinzioni religiose, ad un'assistenza che non prevarichi e non offenda in alcun modo la persona.

Di fronte al prevalere nella nostra società della logica del profitto, la professione medica rappresenta quindi un punto di riferimento per l'intera società civile quale garante della dignità della persona umana al di là di ogni logica mercantile. Il medico opera all'interno di un SSN che nel nostro Paese è basato su principi di uguaglianza, equità e solidarietà:



FNOMCeO

*“Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”.*

Un'uguaglianza di accesso al servizio sanitario difficile da raggiungere. Sono infatti molte le cause che oggi portano di fatto alle disuguaglianze, tra cui fattori - che possiamo definire di contesto - riferiti ad aspetti di sistema, quali le risorse a disposizione del Servizio sanitario nazionale (Ssn) e la sua organizzazione ed efficacia, o fattori che riguardano il livello di organizzazione sociale come lo stato di deprivazione, il grado di urbanizzazione e il capitale sociale del territorio di residenza. Altri fattori interessano l'individuo, quali il genere, l'età e il patrimonio genetico, oppure sono di natura socio-economica, come il titolo di studio, la condizione professionale e il livello di reddito.

Basta dare uno sguardo ai dati dell'ultimo Rapporto OsservaSalute per rendersi conto di come l'uguaglianza teorica di accesso ai servizi del SSN non si cali nella realtà.

*“Gli indicatori evidenziano l'esistenza di sensibili divari di salute sul territorio, ne sono la prova i dati del 2017 della Campania dove gli uomini vivono mediamente 78,9 anni e le donne 83,3; mentre nella Provincia Autonoma di Trento gli uomini mediamente sopravvivono 81,6 anni e le donne 86,3. In generale, la maggiore sopravvivenza si registra nelle regioni del Nord-est, dove la speranza di vita per gli uomini è 81,2 anni e per le donne 85,6; decisamente inferiore nelle regioni del Mezzogiorno, nelle quali si attesta a 79,8 anni per gli uomini e a 84,1 per le donne”. (Dati OsservaSalute 2018)*

*“La dinamica della sopravvivenza, tra il 2005 e il 2016, dimostra [...] che la Campania, la Calabria e la Sicilia peggiorano addirittura la loro posizione nel corso degli anni. Per contro, quasi tutte le regioni del Nord, insieme ad Abruzzo e Puglia, sperimentano, stabilmente, una aspettativa di vita al di sopra della media nazionale”. (Dati OsservaSalute 2018)*

*“Anche la mortalità prematura, proposta dall'Oms nell'ambito della Sustainable development goals, denuncia forti divari territoriali. Infatti, la Campania, la Sicilia, la Sardegna, il Lazio, il Piemonte e il Friuli presentano valori elevati di mortalità prematura, con una dinamica negativa tra il 2004 e il 2013 che le vede costantemente al di sopra della media nazionale. Questo è un dato molto negativo, visto che si tratta di morti evitabili con idonee politiche di prevenzione”. (Dati OsservaSalute 2018)*



FNOMCeO

Dopo quarant'anni ci ritroviamo così uno strumento, tra i pochi nel suo genere, in grado di garantire a tutti i cittadini livelli di tutela della salute individuale e pubblica con indicatori di salute tra i migliori al mondo.

Tuttavia, nonostante le buone performance del nostro SSN, le crepe sono evidenti e se non si interverrà efficacemente, sostenendolo economicamente e strutturalmente, si rischia la sua definitiva compromissione.

Le riforme avviate con il D.lgs 502/92 ed i D.lgs 517/93 e 229/99 in successione hanno introdotto, nell'ottica del contenimento della spesa, metodi e meccanismi di carattere manageriale che hanno pian piano portato alla sostituzione degli obiettivi di salute con obiettivi di carattere economico. Hanno trasformato il SSN in un'azienda e dato rilievo a figure manageriali a discapito dei medici e degli operatori sanitari, considerati meri erogatori di servizi. Il rapporto tra medico e cittadino è stato così minato dall'introduzione anche in questo delicato ambito delle leggi di mercato, che hanno trasformato la salute in un prodotto, senza alcuna salvaguardia di quel rapporto interpersonale, basato sulla libertà di scelta e sulla fiducia, che da sempre caratterizza il processo di cura.

Serve una nuova riforma del sistema capace di ridare fiducia agli operatori sanitari, riconoscendo loro maggiore responsabilità nei processi di gestione e autonomia, nei processi di cura attraverso la definizione di un nuovo ruolo capace di garantire la salute dei cittadini e allo stesso tempo di farsi carico anche della sostenibilità economica del sistema. Ma serve anche una riforma che sia capace di ricucire la frattura tra il nord e il sud del Paese e di superare le diseguaglianze nell'accesso al diritto alla salute. Solo un'opera di redistribuzione può rimuovere una contraddizione che rappresenta un vulnus nazionale che mina alla base lo sviluppo economico e sociale di tutto il Paese.

## **E LA POLITICA?**

Di fronte a questo scenario, qual è la posizione delle forze politiche in campo? L'analisi dei programmi elettorali di tutti i partiti rispetto alla Sanità è sconcertante. Così commenta i programmi Giovanni Rodriguez su "Quotidiano Sanità" il giorno 8 febbraio 2018:

*"alcuni di questi si limitano a poche enunciazioni generali di principio, mentre altri hanno dedicato uno spazio maggiore con proposte politiche più circostanziate. Nessun partito o coalizione, possiamo dire fin da subito, ha spiegato quali dovranno essere le coperture economiche necessarie a finanziare le rispettive proposte.*

*Entrando più nel dettaglio, PD, M5S, LeU, Civica e Popolare e +Europa hanno promesso un aumento degli stanziamenti per il Fondo sanitario*



FNOMCeO

*nazionale. La coalizione di Centrodestra, formata da Forza Italia, Lega Nord, Fratelli d'Italia e Noi con l'Italia ha invece annunciato una più generica estensione delle prestazioni sanitarie. Molte anche le proposte da parte dei diversi schieramenti in tema di natalità, disabilità e non autosufficienza”.*

Più rassicurante Cesare Fassari che dal suo giornale il giorno prima delle elezioni commenta: *“non dobbiamo attenderci rivoluzioni in sanità, chiunque vinca le elezioni. Né verso un neo statalismo esasperato né verso un’americanizzazione a go-go. Il nostro SSN, che ha 40 anni sulle spalle, è ormai una realtà fondante del nostro sistema politico, economico e sociale. Attorno al quale ruotano interessi ed equilibri che nessuno ha intenzione di cambiare più di tanto. Nel bene e nel male”.*

### **Noi però non vogliamo restare spettatori inerti!**

Ribadisco qui quanto ho dichiarato venerdì 2 marzo a Bologna nel corso della Conferenza nazionale Gimbe davanti ad una platea di tecnici, funzionari e professionisti della sanità: *“Senza i medici e senza i professionisti della sanità non c’è servizio sanitario nazionale!”*

I risultati elettorali hanno premiato Cinque stelle e Centro destra. Il PD come partito di governo esce sconfitto dalle urne. Escono sconfitte le politiche sanitarie di questi anni che hanno prodotto un profondo disagio tra le professioni sanitarie, ridotto i diritti dei cittadini, aumentato il ricorso al privato, creato disuguaglianze tra nord e sud Italia.

In questo quadro, così come avevamo scritto nel documento programmatico 2018-2020, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri deve saper cogliere le più rilevanti istanze che provengono dalla società civile e dal mondo professionale, per renderle parte di un unico progetto di rilancio delle professioni medica e odontoiatrica, quali garanti e a volte ultimi baluardi del diritto alla salute individuale e collettivo.

Un rilancio ed una rivalutazione del ruolo della professione necessari anche per ridare a decine di migliaia di medici una legittima e più ampia prospettiva professionale, che contribuisca a risolvere tematiche da troppo tempo senza risposte: i problemi di carenza di personale e del precariato, di organizzazioni sanitarie non ancora adeguate alla crescita esponenziale di donne medico, della governance clinica, del ruolo organizzativo e formativo dei medici del SSN, della violenza sui professionisti, della sicurezza ma anche della adeguatezza e dignità dei luoghi e delle condizioni di lavoro, per citarne solo alcuni.

Lo potremo fare solo se manterremo la nostra indipendenza e la nostra autonomia da ogni forma di condizionamento politico, al fine di poter esprimere in piena libertà le nostre proposte. Per questo il nostro dovere è



FNOMCeO

salvaguardare la nostra professione in modo efficace in qualunque contesto possibile.

Noi però vogliamo essere protagonisti e motori del cambiamento.

Siamo aperti al dialogo con tutti coloro che ritengono la salute un investimento, una ricchezza del Paese, un diritto che realizza in pieno quanto previsto dall'articolo 3 della nostra Costituzione.

Mettiamo a disposizione del mondo politico le nostre competenze e le nostre conoscenze peculiari per riformare questo sistema basato solo sul controllo economico e sull'aziendalizzazione e che ha perso di vista la sua vera missione caratterizzata dal rispetto della dignità e della libertà della persona, dal riconoscimento principalmente della dimensione umana della sofferenza e dei suoi risvolti non solo assistenziali ma anche sociali.

## **IL DEFINANZIAMENTO**

La spesa sanitaria pubblica è rimasta sostanzialmente stabile, attestandosi intorno a valori prossimi a quota 110 miliardi di euro, che ne hanno caratterizzato il livello nell'ultimo decennio. La spesa sanitaria privata, invece, si è consolidata ormai da più di 7 anni oltre quota 30 miliardi di euro.

Comparando la spesa sanitaria pubblica italiana con quella degli altri Paesi Europei si palesa un significativo sottofinanziamento. Nell'ultimo decennio, infatti, la spesa sanitaria pubblica in Italia è cresciuta in media dell'1% annuo contro un +3,8% degli altri Paesi dell'Europa a 14.

*“Nel 2016 la spesa sanitaria pubblica in Italia è risultata inferiore del 37% rispetto alla media dei Paesi dell'Europa a 14, la spesa sanitaria privata del 19,5% e quella totale del 33%.*

*La spesa sanitaria pubblica italiana nel 2010 era inferiore del 18% rispetto a quella dei Paesi dell'Europa a 14, la spesa sanitaria privata del 10% e la spesa sanitaria totale del 21%.*

*Il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL dell'Italia, infatti, è sceso dal 7% del 2010 al 6,5% del 2016, a fronte di un trend assolutamente inverso registrato negli altri Paesi dell'Europa a 14, dove il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL nel medesimo periodo è cresciuto dall'8% all'8,3%” (VII Rapporto RBM – Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata).*

Da quest'analisi del Censis emerge che esiste una stretta correlazione tra qualità ed accessibilità delle cure e livello di finanziamento del sistema sanitario. La migliore performance, nel rapporto tra lo stato di salute della popolazione e la spesa sanitaria per cittadino, *“risulta essere quella della Provincia Autonoma di Bolzano che registra un indice di buona salute del 8,7/10 a fronte di una spesa pro capite di 2.996,05 euro. Si posizionano come*



FNOMCeO

*top performer le Regioni Marche (indice di buona salute 6,8/10 e spesa sanitaria pro capite di 2.325,93 euro), Veneto (indice di buona salute 6,8/10 e spesa sanitaria pro capite di 2.537,87 euro) ed Emilia Romagna (indice di buona salute 6,80/10 e spesa sanitaria pro capite di 2.556,21 euro). Nell'area dei lower performer troviamo, invece, le Regioni Liguria (indice di buona salute 5,1/10 e spesa sanitaria pro capite di 2.599,88 euro) e Lazio (indice di buona salute 5,60/10 e spesa sanitaria pro capite di 2.461,31 euro). Worst performer, infine, la Campania (indice di buona salute 3/10 e spesa sanitaria pro capite di 1.949,26 euro) e tutte le altre Regioni del Sud, con la sola esclusione del Molise”.*

Possiamo affermare che il nostro Servizio Sanitario Nazionale sia alle prese con la più grande crisi che esso abbia mai conosciuto a partire dalla sua fondazione, anche a causa di un mercato sotto finanziamento.

L'Italia, poi, ha fatto registrare negli ultimi anni un marcato peggioramento nel rapporto fra il numero degli ultra 65enni e i giovani, pari o inferiore ai 14 anni, che sono sempre di meno. Inoltre, l'aumentata aspettativa di vita della popolazione determinerà inevitabilmente un incremento della domanda di servizi sanitari, per il peggiorare delle condizioni di salute con l'aumento dell'età media.

Infine, l'Italia risulta all'ultimo posto per le spese sulla prevenzione nell'ambito dei 34 Paesi dell'OCSE. La legge di stabilità del 2016 ha destinato inizialmente 111 miliardi al FSN prevedendo Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che nell'ultimo decennio, purtroppo, o non sono stati garantiti o non sono stati effettivamente raggiunti in numerose Regioni italiane, soprattutto quelle assoggettate a Piani di Rientro. Sono 34 milioni le persone interessate, residenti in quelle regioni, che negli anni scorsi hanno dovuto fare i conti con una minore qualità dei servizi, maggiori tagli ed extra tassazione regionale al fine di risanare i bilanci ed allinearsi agli obiettivi dei piani di rientro. Per garantire oggi i nuovi LEA lo Stato dovrebbe mettere a disposizione delle regioni almeno altri 800 milioni di euro.

## **L'AZIENDALIZZAZIONE**

Molte delle criticità cui ho accennato discendono da quel processo di aziendalizzazione del sistema sanitario avviato negli anni 80 e 90 in tutta Europa. In Italia prende l'avvio con i decreti degli anni Novanta, che in un'ottica di contenimento della spesa hanno fatto avanzare il mercato rispetto al pubblico e le singole regioni rispetto allo Stato. Questo ha condotto ad una diminuita capacità delle regioni più povere di copertura economica dei livelli essenziali di assistenza e alla crescita delle differenze tra modelli regionali con

ricadute sui cittadini in termini di compartecipazione alla spesa.

Inoltre, l'introduzione di criteri, metodi e tecniche di gestione manageriali all'interno del servizio sanitario pubblico, finalizzata alla razionalizzazione economica dei servizi, ha prodotto un sistema che finisce per penalizzare gli stessi cittadini, perché valuta i costi di esercizio e il rapporto input/output in termini di efficienza economica ma non rileva l'efficacia e l'impatto delle politiche sanitarie sulla popolazione. Sostanzialmente, l'aziendalizzazione ha generato solo obiettivi economici dimenticando la dimensione umana del sistema e il diritto alla salute come bene comune inalienabile.

La garanzia del diritto alla salute non può però essere affidata solo a criteri di utilità economica e dinamiche di mercato, perché rischia di perdere per strada i principi di universalità, uguaglianza e giustizia sociale riconosciuti dalla nostra Costituzione. Un sistema sanitario solidale come il nostro - una delle grandi conquiste di civiltà del nostro Paese - deve invece porsi obiettivi di salute e non può accettare differenze così marcate tra nord e sud, tra regione e regione, tra asl e asl! Nella valutazione dell'efficacia-efficienza delle politiche per la salute il contenimento della spesa sanitaria dovrebbe essere interpretato come vincolo e non come fine.

Il paradosso del processo di aziendalizzazione in Sanità è che invece di rendere il sistema più efficiente, lo ha reso sempre meno competitivo rispetto al privato. Come emerge dal report sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali, commissionato dalla Funzione Pubblica Cgil e dalla Fondazione Luoghi Comuni, sono sempre più lunghi i tempi di attesa per effettuare visite mediche nella sanità pubblica, a fronte di un'offerta privata ben più rapida e costi sempre meno distanti tra pubblico e privato. I costi nel privato in molti casi non sono molto distanti dal costo del ticket pagato nelle strutture pubbliche e private accreditate, talvolta sono persino inferiori a quelli dell'intramoenia. Come si legge nel rapporto, *“La sanità privata fa riferimento all'offerta pubblica per calibrare la propria e rendersi competitiva, puntando sul rapporto qualità/prezzo e dunque accorciando notevolmente, con prezzi di poco superiori al ticket, i tempi di attesa”*.

Inoltre, nel periodo che va dal 2014 al 2017 si nota un aumento dei tempi di attesa nel sistema sanitario pubblico, con un peggioramento progressivo. Una visita oculistica nel pubblico richiedeva nel 2014 dei tempi di circa 61 giorni a fronte degli attuali 88.

Si registra, quindi, osserva ancora la Funzione Pubblica Cgil, un disallineamento tra le aspettative dei cittadini e i tempi di attesa dell'offerta pubblica, così come tra i costi e il valore di mercato delle prestazioni. In altre



FNOMCeO

parole, *“la Sanità privata ha trovato un suo specifico posizionamento derivante dalle inefficienze del pubblico”*. Lo studio, quindi, ci consegna *“una situazione dove il Servizio Sanitario Nazionale continua ad arretrare soccombendo alla concorrenza del privato”*.

Quello che va sottolineato è che il gap di costo tra pubblico e privato si è assottigliato perché, come si diceva prima, è cresciuta la quota di servizi per i quali ai cittadini è stata chiesta una compartecipazione alla spesa. In poche parole, è cresciuto il costo dei servizi sanitari pubblici. Un aumento che è andato di pari passo con quello della spesa sanitaria out of pocket degli italiani - salita a 36,5 miliardi nel 2016 - e con il numero di persone che rinunciano alle cure per motivi economici, che ha toccato la cifra spaventosa di 12 milioni.

Come medico non posso accettare che 12 milioni di italiani abbiano rinunciato a una terapia o a un esame diagnostico perché non potevano permetterselo.

Come medici rispettiamo la libera scelta tra pubblico e privato dei cittadini, ma abbiamo il dovere di difendere il primato del servizio sanitario pubblico, come garanzia di equità e di uguaglianza nell'accesso al diritto alla salute. Abbiamo quindi il dovere di contribuire all'efficienza, garantendo l'efficacia, oltre che alla sostenibilità del SSN.

C'è anche un'altra pesante ricaduta del modello aziendalistico, che investe direttamente il ruolo del medico: nella Sanità intesa come impresa l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie viene equiparata alla produzione delle merci, il medico diventa fornitore di beni e il cittadino è un cliente-consumatore. Nel trasformarsi di una relazione fiduciaria in un rapporto fornitore-consumatore, si annida la crisi del rapporto medico-paziente. Il medico, in quanto tale, perde automaticamente autorevolezza, diventa detentore di un sapere “da scaffale” dove il paziente consumatore è libero, come in un supermercato, di servirsi della referenza che più gli piace.

Ed è qui allora, in questa crepa culturale, che vede il medico intercambiabile e non più autorevole, che si insinua la relativizzazione del pensiero scientifico e delle terapie validate, la medicina fai da te e il dottor Google di cui tanto si parla sui media in questi giorni.

Un primo intervento per cambiare questo sistema può essere quello di affidare ai professionisti maggiore responsabilità anche sul piano gestionale. Come abbiamo detto, l'esigenza prioritaria di perseguire il pareggio di bilancio ed il contenimento dei costi nella gestione del SSN sta di fatto condizionando il diritto alla salute dei cittadini. Se chi governa il sistema risponde solo a scelte orientate prioritariamente verso obiettivi economici, si determina nella pratica quotidiana una frattura con la professione medica che si sente limitata e





FNOMCeO

condizionata nella propria autonomia. Per i professionisti della salute invece l'efficacia, cioè il raggiungimento di obiettivi di salute, resta la finalità prioritaria del servizio sanitario.

Serve allora un cambio di passo.

Se i medici devono prioritariamente garantire gli obiettivi di salute, devono essere messi nella condizione di poter gestire le risorse per la loro definizione e la loro realizzazione, restando medici. Pensiamo ad un modello sviluppato su un piano orizzontale che garantisca l'autonomia e la responsabilità professionale e sia capace di valorizzare le competenze e le capacità professionali anche ai fini del contenimento dei costi. Occorre rivedere allora il ruolo del medico nel SSN anche per gli aspetti di carattere sociale che la professione riveste, prevedendo una riflessione a tutto campo che non escluda, se necessaria, una modifica del suo stato giuridico.

## **LA QUESTIONE MEDICA**

Il definanziamento del SSN e la ricerca della sua sostenibilità hanno determinato l'introduzione di obiettivi economici nella pratica clinica quotidiana che hanno condizionato in maniera rilevante l'agire medico, al fine di imbrigliare la professione e piegarla al rispetto di esigenze finanziarie.

Quei meccanismi, come abbiamo richiamato nel documento programmatico per il rinnovo della Fnomceo, hanno riversato sui medici responsabilità non pertinenti e adatte all'esercizio professionale, anzi spesso in contrasto con le norme del Codice deontologico. L'appropriatezza, ad esempio, da essere una modalità per favorire la ricerca della qualità delle prestazioni si è trasformata in un meccanismo per contenere la spesa e sanzionare gli stessi professionisti, secondo criteri imposti dalla politica.

Si è così minata l'alleanza medico-paziente e creata una evidente frattura nel delicato mondo sanitario, in cui la reciproca fiducia, tra curato e curante, è il cemento che tiene insieme il Servizio Sanitario Pubblico. Non si possono continuare a perseguire solo obiettivi di economicità eludendo importanti aspetti della professione quali l'efficienza clinica, l'efficacia delle cure e l'appropriatezza organizzativa e clinica. Non si può pensare di costringere la professione ad adattarsi continuamente a quelle che sono le limitazioni imposte da esigenze economico-finanziarie, trasformando i professionisti della salute in tecnici della salute e considerandoli come un mero fattore produttivo. Noi siamo e restiamo medici, e siamo portatori di una dimensione profondamente umanistica oltre che scientifico-tecnica, che deve essere difesa perché tutela in primis il paziente.

Questo non significa rinunciare a rinnovare la professione e a contribuire alla



FNOMCeO

sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. I medici vogliono e devono farsi carico della salute dei cittadini. Ma lo vogliono fare da medici, da professionisti della salute, mettendo a disposizione tutto il bagaglio di competenze ed il ruolo sociale che spetta loro.

Per far questo è necessario garantire libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità, così come previste dal Codice Deontologico. Questo chiediamo alla “politica”: non vogliamo essere più considerati “produttori di spesa”, come sinora è successo. Vogliamo essere “produttori di salute”, perché la salute è un diritto fondamentale per i cittadini. La salute pubblica è un bene comune, è ricchezza per l’intera società.

A proposito di questi temi, il precedente Consiglio Nazionale ha approvato a larghissima maggioranza una mozione, che ho sottoscritto personalmente insieme ad altri, sulla questione medica. Con questa mozione il Consiglio Nazionale ha chiesto che la Fnomceo rappresenti il vero baluardo contro la deriva della professione, oggi come abbiamo visto sotto attacchi molteplici.

Un Consiglio Nazionale unito, capace di mettere da parte le proprie differenze interne, le varie istanze di collocazione, i problemi ordinari degli equilibri da garantire, e di ritrovarsi intorno ad un progetto e ad una strategia che rappresenti una speranza per il futuro.

Per me - e di questo vi ringrazio - l’unità della Federazione è il primo grande valore da salvaguardare. L’unità è la nostra forza. L’unità strategica è il terreno sul quale chiamare tutta la nostra rappresentanza professionale: i sindacati, le associazioni, le fondazioni, ogni singolo collega.

Intendo essere conseguente a questa mozione e dire a chiare lettere che non è più tempo di essere incoerenti rispetto alle nostre analisi, alle nostre elaborazioni, alle nostre iniziative.

A questo proposito vorrei ricordare tre avvenimenti:

- la prima Conferenza nazionale sulla professione del 2008, che allora fu considerata quasi alla stregua degli “Stati Generali” della professione
- la seconda Conferenza nazionale sulla formazione del 2010
- la terza Conferenza nazionale sulla professione “Progettiamo il futuro” del 2016

Tre importanti momenti di discussione, di analisi, di definizione delle soluzioni possibili. Ma oggi purtroppo dobbiamo rilevare tutti e tre drammaticamente inconcludenti.

Oggi non è più tempo di kermesse. Questo è un triennio di svolta. Dobbiamo imparare ad essere incisivi, ad essere coerenti rispetto alle nostre analisi, a mettere in atto pragmaticamente una linea di condotta operativa. Due anni fa



FNOMCeO

avremmo dovuto progettare il futuro. Invece, i problemi continuano ad affliggerci senza che sia stata definita una via di uscita, un progetto, una soluzione.

Abbiamo bisogno, così come suggerisce la mozione, di costruire una piattaforma che risolva la “questione medica” rilanciando i postulati che sono da millenni alla base della professione, tra cui autonomia e responsabilità professionale, riconoscendo la nostra professione come primo garante per i cittadini e lo stato di una medicina scientifica, etica, economicamente qualificata.

In mancanza di progetti, idee, proposte meglio non fare inutili conferenze!  
È il tempo di attivarci, di essere concreti e di avviare un confronto con tutta la professione, coinvolgendo l’intera società civile.

## **GLI STATI GENERALI DELLA PROFESSIONE MEDICA**

**Avanzo la proposta di indire gli Stati generali della professione medica,** cioè di diventare operativi, elaborando una nostra originale e inedita progettazione.

**È il tempo di indire gli Stati generali della professione medica.**

Vi propongo cari colleghi di riprendere e ragionare sulle analisi che in questi anni sono state elaborate e provare a condividere una proposta operativa che consenta di ricostruire le condizioni dell’esercizio della pratica professionale secondo i dettami della nostra deontologia.

Vi propongo di lavorare tutti insieme, di farne un grande evento politico per dire a tutti che i medici vogliono fare i medici e per questo sono pronti a sfidare il cambiamento .

Stati generali non come un luogo ma come un avvenimento attraverso il quale la professione decide cosa fare. Decide il proprio destino.

Per organizzare gli Stati generali abbiamo necessità di predisporre una piattaforma di base e costruire, tappa dopo tappa, la nostra proposta. Per far questo abbiamo deciso di istituire una commissione che ne curi la preparazione e l’organizzazione.

### **La mozione**

Nella mozione approvata sono stati elencati i punti critici e non li ripeterò. Qui mi limito a ricordare quelli principali:

- il venire meno del ruolo del medico quale garante della salute del cittadino
- i condizionamenti imposti alla professione che in molti casi non garantiscono la correttezza e adeguatezza delle cure, da cui deriva il



FNOMCeO

problema grave di una crescente “medicina amministrata”

- la rottura del patto di fiducia tra medici e cittadini che preclude così ogni possibilità di alleanza terapeutica
- i conflitti con altre professioni, che tra l'altro rischiano di riaccendersi a causa di un documento del Ministero sul task shifting, ossia sul trasferimento delle competenze del medico ad altre professioni sanitarie. Stiamo parlando di prescrizione di farmaci da parte degli infermieri!

Se da tutto questo dovessimo ricavare una linea operativa dovremmo dire che, davanti ad una prospettiva che di fatto nega i requisiti fondanti la nostra professione, si tratta di mettere in campo una contro prospettiva che li comprenda e partendo dalla definizione del nostro essere medico avanzi una proposta di cambiamento.

Si apre, così, la necessità di mettere mano ad una ridefinizione della professione, al fine di rilanciarne il valore fondante che è l'indipendenza e l'autonomia nel decidere sulle necessità del malato, nel rispetto della libertà del cittadino e del medico.

La ridefinizione della professione sicuramente va intesa in due sensi e per dirla con Cavicchi:

- come sua “ricontestualizzazione”, che vuol dire ricollocare la professione nel nostro tempo e vedere cosa cambiare nella sua formazione, nella sua organizzazione, nelle sue pratiche, nella sua struttura deontologica, affinché ne rimanga intatta l'essenza
- come sua “ricomplessificazione” - perché ormai fare il medico significa avere a che fare con problemi legali, giuridici, amministrativi, economici e sociali.

Da questa analisi si può partire per elaborare quella piattaforma di cui si parla da anni, ma che non abbiamo mai messo in atto.

## **IL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA**

La ridefinizione della professione non può prescindere da un'analisi del nostro codice deontologico per ricontestualizzarlo e ricollocarlo nel nostro tempo e nell'attuale società.

Vorrei ricordare che il codice deontologico rappresenta per noi una regola di autogoverno della professione. Siamo noi, infatti, che definiamo i principi, le regole e i modi di interazione con i colleghi, oltre a regolare i nostri rapporti con i cittadini e l'intera società.

Quindi, il codice è una regola importante, dalla quale dipende la nostra identità.



FNOMCeO

Anche la deontologia, oggi, nei fatti sta diventando una frontiera oltre la quale c'è il rischio che la professione venga ulteriormente compromessa, ad esempio attraverso la subordinazione della norma deontologica a quella giuridica, di qualsiasi natura essa sia.

Ma la deontologia non riguarda solo la professione, la sua identità, il suo ruolo, la sua funzione ma - proprio perché essa è l'interfaccia tra noi e i cittadini - essa diventa determinante per risolvere la crisi degli storici rapporti fiduciari tra medicina e società e tra medico e cittadino. E per risolvere i conflitti che sfociano nel contenzioso legale, la cui soluzione è oggi demandata all'applicazione della legge 24/2017 e alla gestione del risk management, ma che noi pensiamo possano essere superati da una deontologia capace di ricostruire le condizioni di fiducia nei rapporti con i cittadini, che in questi anni sono venute meno.

Resto profondamente convinto, quindi, che la deontologia sia la strada attraverso la quale si ricostruiscono i rapporti fiduciari tra noi e i cittadini ma anche attraverso cui si costruisce un rapporto virtuoso tra il nostro operare e la sostenibilità economica.

Vorrei ricordare che, sino ad ora gli Ordini attraverso i codici deontologici hanno garantito rapporti di interdipendenza tra doveri professionali e diritti individuali e sociali, tali da garantire con la buona professione la buona cura. Oggi questo principio basilare è piuttosto compromesso. Per ragioni indipendenti dalla volontà del medico, la professione a volte non è in condizione di espletare completamente i propri doveri.

È giunto quindi il tempo di ripensare il Codice di Deontologia Medica, di adeguarlo al grado di complessità dei problemi che la professione ogni giorno affronta, di predisporlo ad accettare le sfide del futuro. Un nuovo Codice, un nuovo modello di Codice che dia a tutti le risposte che da tempo attendiamo e che sia capace di perseguire l'unità della professione e ricomporre la frattura e le divisioni che hanno accompagnato il Codice del 2014. Il Codice deve essere la prima risposta alla questione medica, ribadendo indipendenza e autonomia da ogni forma di condizionamento politico. A questo proposito sono a conoscenza - e ne sono contento - delle molte iniziative che in giro per l'Italia si stanno prendendo all'insegna della Deontologia. In particolare voglio menzionare l'Ordine di Trento, che in collaborazione con l'Università e altre realtà del mondo delle istituzioni e della ricerca si sta apprestando proprio in questi giorni a dare avvio ad un grosso lavoro per mettere a punto una nuova deontologia. Bene! Bisogna "fare rete"!

Ben vengano le iniziative e ben vengano le idee ma sia sempre la Fnomceo a guidare il processo di revisione del Codice, al fine di predisporre in tempi



FNOMCeO

ragionevoli una proposta forte e credibile.

## **IL RAPPORTO CON IL PENSIERO, LA CULTURA E GLI INTELLETTUALI**

Ripensare la professione non può, nel contesto che abbiamo appena descritto, diventare un processo autoreferenziale. Abbiamo la necessità di comprendere chi siamo noi medici per i cittadini, cosa la società pensa di noi, quali sono le loro aspettative e le loro attese.

Il problema del rapporto con il pensiero e con la cultura diventa allora un nodo strategico. Abbiamo bisogno di avviare il confronto con tutta la società civile.

È evidente che da soli non ce la possiamo fare. Il tempo nel quale bastavamo noi a costruire la casa cioè a definire le regole per i nostri comportamenti e le nostre condotte è finito. Oggi noi restiamo i titolari della casa, il terreno è nostro, le licenze sono nostre, siamo noi che decidiamo, ma per costruirla - come si costruiscono oggi le case, usando i materiali del nostro tempo, le tecniche del nostro tempo, le tecnologie del nostro tempo - dobbiamo chiamare ingegneri, architetti, e poi muratori, idraulici, elettricisti, e ancora lattonieri, piastrellisti, stuccatori, fabbri, vetrai ... Dobbiamo chiedere loro di aiutarci nel rifondare una professione che contribuisca a garantire la salute pubblica come bene comune.

Per questo io desidero ringraziare tutti coloro che si sono occupati della nostra realtà, come studiosi, commentatori, giornalisti e anche come critici. Abbiamo bisogno delle loro idee, delle loro conoscenze diverse, perché la nostra casa sia di tutti i cittadini, e per prima cosa sia dei nostri pazienti.

Se dobbiamo diventare i riformatori di noi stessi dobbiamo aprire le porte degli Ordini al pensiero riformatore, al pensiero che esplora nuove realtà, che immagina nuove possibilità e un nuovo futuro. E non ne ha paura.

## **LE DONNE MEDICO**

Per ultimo vorrei affrontare un tema che mi sta molto a cuore e che è stato al centro di qualche recente polemica. Parlo della questione femminile in medicina. Sono 159.669 i medici donna oggi in Italia, 11.825 le odontoiatre, 4.439 le professioniste iscritte a entrambi gli albi. In totale quasi 176mila professioniste, che, in tutte le fasce di età sotto i cinquant'anni, hanno 'sorpassato' per numero i colleghi uomini. E la forbice è tanto più evidente tra le generazioni più giovani. Eppure, rappresentano ancora una parte che viene penalizzata, nella professione medica come in altri ambiti.

“Nel mondo le donne guadagnano in media il 23% in meno degli uomini”. Lo affermano le Nazioni Unite, secondo cui il fenomeno - noto come il gender



FNOMCeO

pay gap - è "il più grande furto della storia". Secondo il rapporto Adepp, il reddito delle donne è circa la metà di quello degli uomini. In particolare, analizzando i dati delle singole regioni si può notare come il reddito delle donne sia in media il 60% di quello degli uomini. Esistono poi disparità tra regioni e regioni. Il reddito medio delle professioniste nella regione Trentino Alto Adige si posiziona intorno ai 30.000 euro l'anno, quello delle professioniste calabresi si aggira intorno ai 10.000 euro l'anno.

Le donne Presidenti di Ordine dei medici sono 11 su 106, mentre le Presidenti CAO sono appena 5. Esiste quindi, oltre al divario retributivo, anche un problema di rappresentatività delle donne negli Ordini e in Fnomceo.

Visti i numeri che citavo poco fa, le donne medico nel giro di pochi anni diventeranno una netta maggioranza rispetto ai maschi. Per questo non ho avuto e non ho difficoltà ad ammettere che esiste una contraddizione tra questo dato e la rappresentanza della professione. Ribadisco la mia volontà personale ma anche del Comitato Centrale a trovare sin da ora le soluzioni più giuste.

Le elezioni hanno dato il loro esito e sono terminate!

Proviamo a costruire insieme le condizioni per favorire la partecipazione ed il coinvolgimento delle colleghe.

Per questo è stato istituito dal Comitato Centrale, di comune accordo, un Tavolo Permanente consultivo costituito dalle Presidenti Omceo e Cao. La referente di questo tavolo è la Presidente Anna Maria Calcagni. Sarà il luogo per definire strategie e proposte da portare in seno al Comitato Centrale e in Consiglio Nazionale.

È stata istituita dal Comitato Centrale una nuova Area Strategica, quella della Professione. Anche in questo caso è stata individuata come referente del Comitato Centrale una Presidente: la dott.ssa Erminia Bottiglieri, con la finalità di concorrere a contribuire in maniera sostanziale alla definizione della linea politica della Fnomceo.

L'Esecutivo e il Comitato Centrale hanno condiviso l'esigenza di inserire in ogni commissione una Presidente Omceo o Cao.

Credo sia bello terminare questa relazione con questo auspicio scritto da una giovane collega:

*“Noi come donne chiediamo di lavorare per la Fnomceo per accrescerne la forza e la credibilità convinte che non è la Fnomceo che si deve occupare di noi, siamo noi tutti, uomini e donne, che dobbiamo occuparci unitariamente della Fnomceo”.*