

I documenti di:

**quotidiano** **sanità**.it

*Quotidiano online di informazione sanitaria*

**Dossier**

**Documentazione legislativa**

**Studi e ricerche**

**Interventi e relazioni**

CONGRESSO NAZIONALE



ACI CASTELLO-CATANIA  
7-11 Ottobre 2013



**RELAZIONE DEL SEGRETARIO GENERALE**

*Roberto Lala*

**RIORGANIZZIAMO IL TERRITORIO.  
MODALITÀ E STRUMENTI  
LI ABBIAMO...MA QUANDO??!!**



# Indice

<b>Saluti</b> .....	<b>3</b>
<b>Quale sanità vogliamo?</b> .....	<b>3</b>
<b>Una concreta “rivoluzione copernicana”</b> .....	<b>6</b>
<b>Medici e professionisti della sanità</b> .....	<b>7</b>
<b>Responsabilità civile professionale</b> .....	<b>8</b>
<b>Il lavoro degli Ordini</b> .....	<b>9</b>
<b>Enpam, il futuro della nostra famiglia professionale</b> .....	<b>10</b>
<b>Conclusioni</b> .....	<b>11</b>

## Relazione del segretario generale

Un caloroso saluto ai rappresentanti della città di Catania, che quest'anno ospita il nostro Congresso, circondandoci con la bellezza e il calore che la Sicilia sa esprimere ai massimi livelli e a tutte le personalità che ci onorano della loro presenza.

Un saluto anche ai tanti amici che affollano questa sala e un ringraziamento sentito a tutte le donne e gli uomini che con testardaggine e passione si impegnano nel nostro sindacato, in una situazione mai semplice, con richieste sempre più pressanti da parte dei nostri iscritti troppo spesso costretti a lavorare con mezzi e strumenti che, al di là delle molte affermazioni sull'importanza della sanità territoriale, sono spesso assai al di sotto delle necessità. Uomini e donne che hanno l'onore e l'onere di rappresentare medici convenzionati, medici dipendenti, biologi e psicologi che operano negli ambulatori territoriali e ospedalieri, nei DSM, nei consultori, nei Sert, nelle strutture penitenziarie e nei presidi dedicati all'assistenza al personale navigante. Un ampio panorama di professionisti arricchito da un altro settore di grande rilievo per la salute pubblica: i medici veterinari convenzionati che annoverano tra i loro compiti quello importantissimo di vigilare sulla salute alimentare.

Vorrei provare a seguire un filo di ragionamento semplice. Tutti ormai condividono l'idea, fondata sui numeri, che la sanità italiana sia tra i migliori servizi resi dallo Stato ai cittadini. Pur mantenendo la prospettiva universalista, la sanità pubblica italiana ha infatti costi inferiori a quelli registrati in tutti i principali paesi europei: secondo i dati Ocse per ogni persona si spendono in Italia circa 2.200 dollari l'anno, che salgono a 2.800 per il Regno Unito, a 3.100 per la Francia, a 3.300 per la Germania. Malgrado questa spesa controllata abbiamo però risultati di salute che ci pongono ai primi posti nel mondo, mostrando che il nostro Ssn è, nel suo insieme, un servizio efficace.

Eppure, lo sappiamo benissimo, la sanità ha bisogno di grandi cambiamenti per poterne garantire la sostenibilità economica anche nei prossimi anni. La crisi economica, che spinge i cittadini a richiedere al pubblico anche ciò a cui prima si accedeva pagando di tasca propria (out of pocket, come amano dire gli economisti), impedisce anche allo Stato di incrementare in modo significativo i finanziamenti, che anzi in questi ultimi anni si sono, di fatto, contratti. D'altra parte, irreversibilmente e per fortuna, la speranza di vita della popolazione aumenta, portando però come naturale correlazione l'aumento delle malattie croniche e delle situazioni di non autosufficienza.

Dove sarà possibile reperire le risorse per far fronte a queste esigenze crescenti?

Intervenendo su sprechi e inefficienze, si dice. Ed è assolutamente sacrosanto, pur sapendo che

Saluti

Quale sanità  
vogliamo?

in sanità gli strumenti di controllo della spesa sono stati introdotti già da anni e che dunque molto è già stato “bonificato”. Certo, i costi standard previsti a regime nel Patto per la salute potranno rendere più virtuose anche alcune realtà dove ristagnano sperperi, ma non potranno dare esiti miracolosi, soprattutto se si manterrà l’attenzione a non intaccare la reale efficacia dei servizi. Credo piuttosto che, per rispondere in maniera adeguata e efficace alla domanda, si debba superare la volgarizzazione che pone in contraddizione etica ed economia, assegnando all’etica la difesa del “bene” in una dimensione assoluta ed astratta e riducendo l’economia ad una pratica ragionieristica.

Bisogna quindi tornare all’accezione più completa dell’economia, che non è in contrapposizione con i valori etici ma che ne è invece un importante strumento. In questo senso, il fine ultimo dell’economia è quello di attenuare le restrizioni imposte dalla scarsità delle risorse allo scopo di soddisfare i bisogni di una popolazione, mentre alla dimensione etica e politica spetta il compito di indicare quali siano i bisogni da soddisfare, in che misura questi debbano essere soddisfatti e quali siano le priorità.

Nei momenti difficili che stiamo vivendo, proporre una visione della cura della salute che consideri la medicina, l’economia e l’etica come alleate al servizio della vita è essenziale, poiché emerge sempre di più la necessità di un impiego razionale dell’utilizzo delle risorse.

E proprio ora appare chiaro che occorre puntare su un obiettivo di grande portata etica e di altrettanto grande ricaduta economica, ovvero sulla piena realizzazione della cultura della prevenzione primaria che, oltre a essere efficace, è anche equa.

Aggiungo che la vicinanza tra medico e paziente, nell’assistenza primaria, consente al medico di svolgere anche un ruolo di educatore, contribuendo a far sì che i suoi assistiti si rivolgano al mondo della sanità avendo acquisito il necessario senso del limite. Un limite, che oggi spesso viene rimosso producendo richieste di onnipotenza e drammatiche delusioni, che è allo stesso tempo fisiologico, scientifico ed economico.

D’altra parte, anche i fatti dimostrano in modo chiaro che l’elemento sul quale puntare per ottenere contemporaneamente un risultato efficiente in termini di risposte di salute ed efficace sotto il profilo del controllo della spesa è lo sviluppo dei servizi sanitari sul territorio, realizzando la famosa formula del 5 – 44 – 51, ovvero suddividendo le risorse disponibili in 5% per la prevenzione, 44% per la sanità ospedaliera e 51% per la sanità territoriale. Nonostante ciò in molte Regioni siamo ancora lontanissimi da queste proporzioni, in altre cominciamo ad avvicinarci, ma ovunque l’assistenza sanitaria sul territorio è carente negli strumenti necessari a quella “rivoluzione copernicana” annunciata da anni.

Eppure, proprio lo sviluppo di un’efficiente rete sul territorio, fatta di medici specialisti, mmg, pls, professionisti sanitari non medici, di strutture tecnologicamente attrezzate e di domiciliarità, potrebbe consentire di dare a tanti malati cronici, a tanti anziani non autosufficienti quelle rispo-

## Relazione del segretario generale

ste capaci di proteggere la loro salute senza arrivare al ricovero ospedaliero, gravoso per le famiglie e per i bilanci sanitari.

Non è difficile capire che una settimana di ricovero ha costi infinitamente più alti di una, o due o anche tre visite domiciliari da parte di uno specialista che possa contare su apparecchi diagnostici portatili. Cosa serve per poter avviare questi servizi? Con grande senso di responsabilità il Sumai si è reso disponibile a introdurre strumenti e modelli organizzativi utili a rinforzare la rete territoriale, inserendoli da tempo nella Convenzione, ma questo non è bastato per arrivare al risultato. Come non è bastata la “legge Balduzzi”, secondo la quale entro lo scorso maggio si sarebbe dovuto realizzare il rinnovo della stessa Convenzione insieme alle altre per affinare ulteriormente la parte organizzativa della rete territoriale. E pure ancora non basta che la ministra Lorenzin abbia dichiarato più volte di essere convinta che “al centro c’è il territorio”.

Ministero e Regioni devono trovare la quadra per andare rapidamente al rinnovo delle Convenzioni. Pur sapendo che la parte economica non potrà essere affrontata in questa fase, siamo convinti che si possa e si debba comunque intervenire, efficientando il sistema e migliorando così il lavoro dei medici e degli altri professionisti nei servizi offerti ai cittadini.

Chiediamo che venga meglio definita l’unità organizzativa, ben definendo ruolo e funzioni indispensabili per fare il salto di qualità necessario ad affrontare un futuro in cui la cronicità la farà sempre più da padrona. È evidente che attività ambulatoriale e domiciliare devono alternarsi sinergicamente l’una all’altra secondo le specifiche necessità del paziente che deve sempre rimanere al centro del sistema. E come può essere portata avanti una simile strategia assistenziale se non si individuano in modo chiaro il ruolo e le funzioni dello specialista di riferimento? Come possiamo parlare di AFT se non definiamo bene l’ossatura del sistema? Gli AA.CC.NN. sono come una scacchiera sulla quale i pezzi sono ancora posizionati in modo casuale. Se si vuol dare, se le Regioni vogliono dare, una risposta seria e concreta ai cittadini è giunta l’ora di disporre secondo schemi logici i pezzi e iniziare la partita. È giunta l’ora di dare vita a una rete territoriale che, attraverso l’attribuzione delle responsabilità necessarie a definire momenti di coordinamento e di indirizzo, metta in collegamento specialisti della stessa branca e di branche diverse con le altre professionalità mediche e sanitarie.

Occorre costruire una rete assistenziale che utilizzi specialisti, mmg e le altre figure professionali già esistenti, una rete agile, snella, duttile per la sua stessa natura che non la vuole incardinata unicamente ad un determinato presidio. Una rete che, pur non comportando l’impiego di grandi risorse economiche, renderebbe il sistema estremamente efficiente liberando l’ospedale dal sovraccarico dei codici impropri consentendogli di affrontare al meglio l’assistenza ai pazienti nelle fasi acute della malattia.

Ma per arrivare a questo occorre, ripetiamolo per l’ennesima volta con l’auspicio che finalmente diventi realtà, innanzi tutto superare con i fatti e non solo con le parole un blocco culturale,

## Una concreta “rivoluzione copernicana”

una resistenza quasi ideologica, ovvero la visione ospedalocentrica della sanità. E dobbiamo superarlo noi stessi, noi medici, noi operatori della sanità, per poterlo poi comunicare con forza ai cittadini. Le norme, le leggi già vanno in questa direzione, ma ora è il momento di trasformare le norme in realtà. Un buon esempio è la legge di stabilità dello scorso anno che prevedeva una riduzione di posti letto per acuti e il potenziamento di poliambulatori e strutture territoriali in cui operano specialisti ambulatoriali ed altre professionalità. Era un'indicazione giusta, da trasformare in realtà visibile per i professionisti e per i cittadini, che altrimenti continueranno a rivolgersi soltanto agli ospedali e ai Pronto Soccorso, anche quando potrebbero trovare risposte adeguate, più comodamente, sul loro territorio.

Cosa si può fare per rendere concreta questa “rivoluzione copernicana”?

Noi abbiamo alcune idee e le abbiamo illustrate anche alle commissioni parlamentari che stanno realizzando le indagini conoscitive sulla sostenibilità del Ssn.

Innanzitutto crediamo che sia essenziale utilizzare gli strumenti dell'Health Technology Assessment (HTA) anche sul territorio, per poter godere dei vantaggi, in termini di tempestività ed economicità, offerti dalle nuove tecnologie. Questo può consentire di trasferire sul territorio una parte delle prestazioni di diagnostica strumentale svolte in ospedale, con un conseguente impatto positivo sull'accesso alle prestazioni e sul governo delle liste di attesa;

Un secondo intervento possibile fin da subito, e facilmente inseribile nei nuovi Acn che speriamo di poter trattare nei prossimi mesi, è il potenziamento dell'accesso alle strutture sanitarie, attraverso una rimodulazione degli orari di apertura giornalieri e della tipologia di prestazioni che vengono erogate, portando a livello territoriale quelle prestazioni “leggere” che pesano impropriamente a livello ospedaliero.

Crediamo poi che si possano e si debbano migliorare i servizi resi dall'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), portandola ad essere una reale presa in carico del paziente, anche con accessi diretti alla sua abitazione per valutare, verificare e prevenire eventuali incidenti “domestici” derivanti da comportamenti o abitudini potenzialmente rischiose.

E la chiave perché tutto questo processo di spostamento verso il territorio di parti consistenti dell'assistenza sanitaria si realizzi, senza correre il rischio di inutili e costose duplicazione di interventi, è far crescere l'appropriatezza delle prestazioni erogate, per tipologia (clinica) e per sede di erogazione (organizzativa), sviluppando l'informatizzazione del sistema.

Il territorio è da tempo pronto a trasformarsi e ad assumere un ruolo paritario all'ospedale in ambito assistenziale, con compiti diversi che diano vita ad una importante azione sinergica per costruire una sanità efficiente, efficace e di altissimo livello. Un territorio che sia in grado di dare una prima risposta all'urgenza rispondendo ai bisogni improvvisi dei malati cronici, che svilup-

## Relazione del segretario generale

pi campagne di prevenzione e di promozione di stili di vita sani e di educazione sanitaria. Un territorio, in altre parole, che riduca sprechi e inappropriatelyzze e accresca la soddisfazione dei cittadini dando risposte puntuali e in prossimità dei luoghi di vita. I massimi livelli decisionali della politica parlano ancora una volta di tagli alla sanità, ancorché finalizzati esclusivamente agli sprechi. Volendo gli strumenti ci sono. Ma la politica intende veramente muoversi in questa direzione o siamo alle solite dichiarazioni mediatiche di chi è incapace di dare vere soluzioni? Il territorio si è conquistato credibilità negli anni dimostrando di saper lavorare bene anche in assenza di mezzi e risorse tecnologiche degne di tale nome. La politica si conquista la propria credibilità applicando quella famosa formuletta calcistica di cui ho detto prima evitando di far sparire nei meandri dei Ministeri le risorse economiche tolte all'ospedale e destinate al territorio. Dia una risposta ai cittadini che ormai aspettano increduli ed ai professionisti che fanno parte di questa grande realtà.

Questa grande realtà che è la nostra sanità si fonda sulle conoscenze, le competenze, la passione e il lavoro di migliaia di donne e uomini. Accanto ai medici, oggi ci sono le molte professioni sanitarie indispensabili per fornire una risposta articolata ai bisogni di salute della popolazione.

Se il modello ottocentesco, che aveva al centro il "dottore" con il suo ruolo paternalista e autoritario, appare ormai definitivamente tramontato, si tratta di ricostruire un nuovo modello che al centro ha il paziente, intorno al quale si intrecciano le attività di molte diverse figure professionali.

Ma perché questo si realizzi positivamente occorre definire compiti e responsabilità di ciascuno con chiarezza, anche attraverso il miglioramento del percorso formativo degli operatori sanitari, sia nella formazione di base sia nella formazione continua. L'Ecm non può essere considerata solo un adempimento amministrativo, l'acquisizione dei crediti formativi previsti dalla norma, ma deve essere soprattutto un momento di confronto e di crescita culturale in un'ottica problem-solving.

Il disegno di legge presentato dalla ministra Lorenzin, che prevede la riforma degli Ordini delle professioni sanitarie, può essere un contributo importante per fare chiarezza su questo terreno dei rapporti interprofessionali in sanità, partendo, lo ripeto, dalla definizione di compiti e responsabilità di ciascuno.

Senza regole chiare si rischiano sovrapposizioni di ruoli che non solo creano conflitti interprofessionali ma soprattutto mettono a rischio la salute del paziente. È indiscutibile che le professioni stiano cambiando, ma è altrettanto indiscutibile che in un'attività complessa come quella che attiene la diagnosi e la cura della persona, tutti gli interventi, qualunque professionista li ese-

## Medici e professionisti della sanità

## Responsabilità civile professionale

gua, devono essere necessariamente correlati tra di loro e non possono vedere momenti decisionali diversi in capo a persone diverse. Quindi le professioni cambiano, si evolvono ed è giusto che sia così, ma è proprio per questo che vanno definiti in modo sempre più chiaro compiti e responsabilità. Responsabilità che incidono profondamente sulla salute del paziente e sulla vita professionale.

Inevitabilmente infatti, parlando di responsabilità, si apre lo scenario sempre più difficile della responsabilità civile professionale. Lo slittamento di un anno dell'obbligo assicurativo, previsto inizialmente per il 13 agosto scorso, evidentemente non risolve il problema, ma semplicemente lo differisce. Quel che è certo, è che non si può scaricare sui medici e sugli operatori sanitari una difficoltà che riguarda il sistema nel suo complesso.

La crescita del contenzioso medico legale, che molto raramente (circa il 2% dei casi) si conclude con il riconoscimento di un risarcimento, ma che sempre comporta difficoltà ai professionisti coinvolti, è il sintomo di una deriva culturale, di una crescente sfiducia e di una logica sempre più "monetizzata" della salute. Una deriva che porta con sé un enorme rischio, quello di far crescere una medicina sempre più schiava di esasperati accertamenti diagnostici e strumentali, che umilia il professionista, facendolo quasi abdicare dalla sua responsabilità, e che oltretutto ha un costo notevole per il sistema, arrivando, secondo alcuni studi, a 10 miliardi all'anno di farmaci, esami e via elencando.

A questa situazione occorre rispondere adeguatamente, sia sul piano culturale, lavorando ad una maggiore consapevolezza da parte dei cittadini sui vantaggi e le regole del sistema sanitario, sia sul piano delle norme, sapendo che non si può lasciare tutto sulle spalle del singolo professionista. Proprio perché, sempre più, l'intervento sanitario diagnostico o terapeutico non si risolve nell'agire di uno solo, ma in una complessa rete di relazioni. In questo senso anche le strutture in cui si opera e i modelli organizzativi adottati incidono fortemente sulle singole prestazioni e per questo è necessario pensare a formule assicurative che tengano conto di questa realtà, come da tempo come sindacato chiediamo.

Anche il Ministero sta lavorando, e non da ora, per trovare una soluzione che tuteli i cittadini, i medici e lo stesso Stato. Non dobbiamo dimenticare che sempre più Aziende Sanitarie e Ospedali, con il miraggio di spendere meno, scelgono la strada dell'autoassicurazione con i conseguenti possibili rischi di danno erariale. Dal punto di vista medico non posso dire altro se non che la vita umana non può avere un prezzo, ma in ambito civilistico tutto deve avere un valore in ragione di ciò che siamo e che facciamo. Il dito mignolo della mia mano sinistra non ha lo stesso valore di quello del primo violino del teatro dell'Opera e il dito mignolo di un artigiano deve avere lo stesso valore sia che il danno l'abbia subito per un incidente sul lavoro sia a se-

## Relazione del segretario generale

guito di un intervento chirurgico. In termini pratici, se non si dovessero individuare chiari criteri valutativi credo che sarà sempre più difficile trovare assicurazioni disponibili ad assicurare medici e strutture sanitarie. Ma soprattutto si dovrà porre un freno alla volgare speculazione sanitaria che nulla ha a che vedere con il giusto risarcimento di un danno. Si dovranno trovare soluzioni che impediscano il proliferare di azioni legali inconsistenti dal punto di vista del risultato finale proprio per l'inconsistenza del danno preteso, ma gravissime per il danno psicologico, morale e d'immagine per il professionista coinvolto che viene sottoposto ad anni di aule giudiziarie ed è costretto a sostenere costi spesso elevati. Non è forse anche questo un danno che dovrebbe essere risarcito? Quante volte dovremmo parlare di lite temeraria? Se è vero, come è vero, che solo il 2% ottiene il giusto risarcimento, quanto costa ai professionisti e alla macchina dello Stato l'altro 98%? Credo sia giunto il momento in cui i Sindacati, gli Ordini con in capo la Fnomceo e il Governo si debbano far carico di un problema che sta diventando ogni giorno di più il vero problema della sanità.

Non ho la presunzione di voler fornire soluzioni già preconfezionate, ma credo sia compito di tutti gli addetti ai lavori indicare i problemi. Sento pertanto il dovere di chiedere ad Amedeo Bianco, in qualità di Presidente Fnomceo ed oggi Senatore della Repubblica, di porre il problema in sede parlamentare. Stiamo parlando di costi della sanità e della giustizia. Non può lo Stato non farsi carico di una realtà in parte dovuta all'abolizione della tariffa minima in ambito legale, evento che, come per il passaggio dalla lira all'euro, non è stato accompagnato da regolamenti e controlli che evitassero l'apertura di questo tragico scenario. Del resto chi non intraprenderebbe un'azione legale, anche se le possibilità di un esito favorevole sono rarissime, quando questa è a costo zero? Liberalizzare sì, ma etica morale e deontologia dovrebbero essere sempre difese dalle istituzioni.

Il quadro tratteggiato finora, con i molti cambiamenti che ci troviamo ad affrontare, ha una conseguenza evidente, ma non sempre valutata adeguatamente: la ridefinizione della figura professionale del medico. Una ridefinizione che rischia di essere "in negativo", con pesi crescenti e riconoscimenti in calo, che in questi anni abbiamo contrastato con forza, soprattutto sviluppando una sinergia importante tra sindacati medici e Ordini, proprio per tutelare la qualità e la sicurezza della professione.

E in questa direzione dovremo seguire a muoverci, insieme alla Fnomceo e agli Ordini provinciali, con molteplici iniziative che producano una crescente interlocuzione con i soggetti politici nazionali e regionali, per trovare soluzioni che ridiano alla sanità il ruolo che le compete e che la pongano all'attenzione dei media non solo per ciò che non va ma anche per tutto ciò che di buono viene fatto e che rappresenta la gran parte del lavoro svolto da professio-

**Il lavoro  
degli Ordini**

## Enpam, il futuro della nostra famiglia professionale

nisti di altissimo livello.

In tale contesto un terreno sul quale occorrerà senz'altro lavorare molto è quello della cosiddetta "sanità low cost", dove il bisogno di risparmio dei cittadini, la disinvoltura affaristica e l'esigenza occupazionale dei giovani laureati producono una miscela esplosiva, portando ad "offrire" prestazioni sanitarie a prezzi assolutamente inadeguati. Per questo dobbiamo mantenere alta l'attenzione, vigilando sulla qualità e sulla sicurezza anche contro i molti casi di abusivismo professionale, che sono autentici pericoli per la salute dei cittadini.

La nostra famiglia professionale ha un'ulteriore, importante, istituzione che ne rafforza l'identità e ne garantisce la sicurezza per il futuro. Sto ovviamente parlando dell'Enpam, che con Alberto Oliveti e l'attuale CDA ha affrontato un processo di cambiamento, non facile ma necessario. La modifica dei regolamenti previdenziali era infatti indispensabile, non tanto per le crescenti richieste della parte pubblica, quanto per poter garantire in piena sicurezza la sostenibilità delle pensioni per noi e per le generazioni future. Certo, è stato necessario prevedere la graduale crescita delle aliquote a partire dal 2015. Ma come in passato, quando senza alcuna sollecitazione esterna abbiamo fatto nostra la politica della formichina aumentando il contributo previdenziale in ambito contrattuale, oggi ancora una volta abbiamo preteso di preservare al meglio le caratteristiche del nostro fondo, opponendoci a chi voleva modificare il sistema da retributivo a contributivo, senza però nascondere a noi stessi l'avvicinarsi della gobba previdenziale, né dimenticare il patto intergenerazionale che costituisce la vera ossatura di ogni sistema pensionistico.

In fase avanzata sono anche i lavori della Commissione paritetica Fnomceo – Enpam per predisporre quelle modifiche statutarie che da tempo erano richieste da molti: una struttura più snella e quindi meno costosa, e uno spazio maggiore alla partecipazione dei "soci", ovvero dei medici che contribuiscono alla vita dell'istituzione con le proprie quote.

Portare avanti questo cambiamento è impegnativo e non privo di difficoltà. Credo, però, che sia un cambiamento ormai improcrastinabile se vogliamo dotare l'Enpam di un'ossatura idonea ad andare incontro alle diverse esigenze e a tutelare i diritti, come dicevo prima, di tutti i soci, come è naturale che avvenga in ogni società privata. Ma grazie al clima di grande collaborazione che ormai da tempo si è instaurato tra Ordini e Sindacati, consapevoli tutti della irrinunciabile necessità di condividere strategie e obiettivi per difendere dagli incessanti attacchi di cui sono oggetto i professionisti che rappresentiamo, sono certo che in tempi brevi giungeremo alla fine dei lavori consegnando ai Ministeri vigilanti uno statuto pienamente coerente con la natura e i fini istituzionali dell'Ente e con le aspettative degli iscritti.

## Relazione del segretario generale

Per chiudere, amici miei, riprendo il tema del nostro congresso: “Riorganizziamo il territorio: modalità e strumenti li abbiamo. Ma quando??!!”.

Il tema è volutamente propositivo e provocatorio, e non nasconde una vena polemica. Propositivo perché ancora una volta sollecitiamo una concreta riorganizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale e domiciliare quali indispensabili strumenti per dare assistenza in modo flessibile, capillare e nel rispetto del contenimento della spesa. Chiediamo con forza e insistenza, attraverso l'informatizzazione, l'apertura del dialogo dei diversi professionisti del territorio tra di loro e con l'ospedale per dare vita a quel sistema reticolare che sino ad oggi, purtroppo, come la tela di Penelope sembra non dover mai vedere la luce del giorno.

Il pizzico di sana polemica sta nella domanda: Ma quando??!! Ma quando, intendo, la Politica troverà la capacità di ascoltare se stessa? Quando ascolterà con le proprie orecchie ciò che con la propria bocca afferma? Quando i progetti dichiarati in campagna elettorale prenderanno corpo? Quando il conflitto tra potere centrale e poteri periferici lascerà il campo alla condivisione di obiettivi e strategie comuni pur nel rispetto di ruoli e funzioni diverse? Se la sanità pubblica è, come ho detto in apertura, tra i migliori servizi resi dallo Stato, perché lo Stato assiste inerme, per non dire che troppo spesso partecipa al suo lento ma inesorabile degrado? Noi, ancora una volta, insieme a tanti altri attori della sanità, lanciamo, con semplici idee e non con mirabolanti ma sempre più devastanti progetti riformatori, una fune per attraversare il precipizio che allontana sempre più l'enunciato dell'articolo 32 della nostra Costituzione dai cittadini.

E chiudo urlando a Governo e Regioni. Quanto la politica intende ascoltarci? E quando?

## Conclusioni

