

50° Congresso Nazionale S.I.Ve.M.P

1978-2018 40 anni di SSN

**UN SINDACATO IMPEGNATO
PER UN RUOLO AUTOREVOLE
DEI VETERINARI PUBBLICI
NEL SSN**

*dalle problematiche del contingente
alla proiezione strategica*

Relazione del Segretario Nazionale

Il titolo che abbiamo scelto è un po' lungo, ma la lunghezza indica una tensione morale, un interesse vivo sulla storia e sul futuro del SSN, e l'importanza storica che riveste questo 50° Congresso.

Il 50° Congresso nazionale del SIVeMP, oltre a rappresentare una grande occasione per ricordare la lunga storia della nostra organizzazione, ha il compito di documentare l'evoluzione della Sanità pubblica veterinaria nei 40 anni di vita del SSN, nato con la Legge 833 del 1978.

L'occasione, però, oltre ad essere "storica" – e celebrativa – deve essere anche orientata a definire nuove linee di sviluppo e di evoluzione della nostra professione nell'ambito di un Servizio sanitario nazionale che, non tradendo i suoi valori fondanti, sappia resistere alle necessità e alle sfide del futuro.

Per affrontare il cambiamento necessario e ineludibile che si appresta, e per programmare un ricambio e un potenziamento della nostra organizzazione, abbiamo ritenuto opportuno porre una maggiore attenzione sui temi generali della sostenibilità del SSN, della sua articolazione territoriale in una fase di autonomia delle Regioni sempre più invocata, sui temi della programmazione dell'accesso al lavoro, del rapporto tra formazione e lavoro, del lavoro precario e con esso della persistenza del clientelismo politico nella Sanità, delle aspettative dei giovani, della prospettiva di molti che andranno presto in pensione e del futuro della professione del medico veterinario al servizio di una società sana e serena.

In questo Congresso apriremo tavoli di discussione per creare le condizioni che facciano emergere consapevolezze e motivazioni in una generazione di professionisti maturi e di nuovi sindacalisti.

Non viene naturale in un periodo di grande disimpegno e crisi dei valori della rappresentanza politica – ormai subornata dalla intermediazione mediatica – dedicarsi attivamente alle vicende della Veterinaria pubblica e del sistema di welfare del nostro Paese.

Men che meno tra i professionisti lo è intestarsi la responsabilità di far vivere il SSN secondo i principi di universalità, equità e solidarietà che ne hanno segnato la nascita e che ne dovranno caratterizzare le funzioni future se vorremo lasciare a chi vivrà in questo Paese un patrimonio di giustizia sociale imprescindibile: l'uguaglianza di fronte alla malattia e ai rischi per la salute.

La nostra generazione di dirigenti sindacali e di classe dirigente professionale ha realizzato molti obiettivi, ora ancora li difende, ma con il rischio di connotare la sua azione in forma rituale, senza una vera anima, con poca passione, con poca speranza.

Forse stiamo pian piano perdendo il contatto con la realtà che è oggi incarnata da giovani che nutrono altre sensibilità e nuove passioni, ma questi giovani sono spesso disorientati.

Per lasciare un segno, più o meno storico poco importa, ma soprattutto per non accettare un declino della nostra professione e del SSN nel suo complesso, occorre avviare un cambiamento, un progetto di innovazione che sappia rispondere a quella che in precedenti congressi avevo chiamato “la nuova transizione”. Occorre richiamare le migliori energie e le idee più fresche intorno ai valori che ancora oggi hanno basi solide e condivise e riflettere, proporre, discutere, trovare nuove vie e nuovi leader.

Mi hanno insegnato che: *«Dopo un raccolto ne viene sempre un altro»*.

Ma anche che non basta aspettare il giro delle stagioni.

Occorre preparare il terreno e cominciare a seminare.

Per questo tutti i vostri contributi a questo Congresso saranno preziosi per sviluppare una prospettiva capace di muovere entusiasmi e che non ci faccia attardare solo sul contingente.

Dove eravamo rimasti?

Nel nostro Congresso di Bergamo, nel 2016, ci eravamo dati l'impegno di *«creare le condizioni di un cambiamento che ci veda protagonisti della prevenzione, della sanità pubblica e del SSN»*.

Le nostre tesi partivano dalla denuncia di evidenti fattori di crisi. Abbiamo dimostrato che la tutela della salute attraverso la prevenzione primaria non è più uguale per tutti a causa di arretratezze di alcune aree del Paese e per la presenza di forze oscure che limitano la legalità e impediscono un'efficace funzione di rimozione dei rischi.

Abbiamo evidenziato che i pilastri del welfare rischiano di non essere più disponibili nel giro di pochi anni per milioni di italiani, tanto da chiederci se il Servizio sanitario nazionale, riconosciuto solo pochi anni fa come il migliore del mondo, esista ancora.

Abbiamo contestato le soluzioni emergenziali che si sono susseguite senza strategia. Abbiamo posto sotto verifica la soluzione delle macroaziende sanitarie indicandone i punti deboli e la necessità di ripristinare il *«governo di prossimità dei processi»*, ma le aziende si strutturano in funzione di un ipotetico risparmio e delle sempre presenti pressioni localistiche, senza alcuno studio sociologico dei bisogni e del modo più efficiente per interpretarli e soddisfarli.

In quel Congresso del 2016, esprimemmo una mozione di richiamo all'unità progettuale nei confronti dei Ministeri della Salute e dell'Università, delle Regioni, delle Facoltà e

Scuole di Veterinaria, degli IZS, e della SIMeVeP, la nostra Società scientifica, per riorganizzare i servizi veterinari degli Assessorati regionali, per migliorare l'articolazione funzionale del modello organizzativo dipartimentale veterinario in ogni ASL, per innovare il processo formativo e di specializzazione dei veterinari che dovranno entrare in servizio nel SSN nei prossimi anni.

Sono passati due anni e al nostro appello non ha risposto nessuno. Ci è stato offerto il rituale confronto con soggetti istituzionali che, però, non hanno realmente intenzione di affrontare un progetto di rilancio, non hanno un mandato politico per assumere una qualsiasi iniziativa, e talvolta, temendo gli effetti dirompenti sugli equilibri statici generata dalla messa in discussione di posizioni autoreferenziali, hanno ancora una volta invischiato ogni iniziativa.

I veterinari pubblici – non diversamente dai colleghi medici – stanno attraversando da alcuni anni una profonda crisi professionale.

Le cause sono molteplici: una perdita del senso del proprio ruolo, un sempre minore riconoscimento sociale, una competizione sempre più accesa con professioni arretranti, nessuna gratificazione dall'utenza che ci percepisce come controllori e vessatori senza comprendere che molti successi commerciali si basano su precisi percorsi di adeguamento ai requisiti sanitari che i veterinari hanno progettato per le aziende, un *turn over* fermo da 15 anni che ha aumentato i carichi di lavoro, e ha impedito l'iniezione di risorse fresche, ha indotto dinamiche di assestamento di un corpo professionale che sta invecchiando senza stimoli e senza prospettive.

In qualche caso ci siamo avvitati in discussioni logore e sterili. E lo sappiamo riconoscere.

Ma non abbiamo mai avuto esortazioni a rompere gli schemi per affermare con maggiore protagonismo e autonomia intellettuale una professione che in pratica viene relegata a un ruolo di rappresentanza istituzionale e per questo soffre dei limiti tipici delle funzioni pubbliche, più di quanto già non soffrano di lacci e laccioli i medici ospedalieri.

In verità, ci è stato più spesso chiesto di *«non rompere gli schemi»*, per non mettere in discussione una catena di comando, per non offrire alla pubblica opinione le incoerenze del sistema e le nostre debolezze, e per non evidenziare le nostre spaccature interne ai non pochi competitor.

Questo, però, non ha dato i frutti attesi, e se e spesso ha favorito il quieto vivere e un certo “comfort” certamente non ha determinato una crescita dei saperi critici e delle leadership di cui oggi, guardando alle personalità del passato, ci accorgiamo di avere grande bisogno.

Il cambiamento che vagheggiamo a volte è solo una copertura. L'innovazione negata in realtà è spesso un alibi per non schiodarci da una situazione avvilita, ma pur sempre stabile e poco impegnativa.

Ma il cambiamento è indispensabile per sopravvivere in un sistema sanitario pubblico che si avvita su se stesso e non evolve.



Chi desidera cambiamento lo persegue attivamente. Non sempre lo realizza, ma chi lo realizza sicuramente si è dato da fare. Non ci sono pasti gratis.

Soprattutto dobbiamo ammettere che non dobbiamo pensare di trovare soluzioni buone per il futuro lavorando solo sul piano organizzativo o normativo.

Il D.lgs. 502/92 lo abbiamo modificato almeno 4 volte per dare sempre maggior autonomia ai servizi veterinari delle ASL, ma i risultati sperati per la sanità veterinaria sono venuti solo in alcune Regioni e rischiano ogni anno di vederli azzerati, mentre in altre Regioni tutto è regredito nella più generale indifferenza.

Le soluzioni per il domani si trovano soprattutto sul piano professionale

Il lavoro del medico veterinario pubblico non può essere meno importante di quanto lo è la Medicina veterinaria pubblica.

E la Medicina veterinaria, pubblica e privata, ha un enorme riconoscimento in tutte le politiche internazionali.

La nostra professione sta cambiando rapidamente con il mutare delle condizioni socio economiche, o delle nuove abitudini alimentari, con la nuova sensibilità animalista, con i nuovi squilibri climatici, con le nuove opportunità

commerciali e le nuove materie prime per le filiere, con le nuove criticità che vanno dall'impatto ambientale degli allevamenti intensivi al problema della AMR, all'importazione di specie esotiche e alla migrazione di quelle selvatiche, al bioterrorismo e alla diffusione di patologie animali come strumento di guerra fredda, dal benessere animale alla sicurezza alimentare.

Il lavoro dei veterinari pubblici di domani non si trova nelle gazzette ufficiali di oggi.

Si trova nella letteratura scientifica, su Internet, nei rapporti degli organismi internazionali, nella ricerca, nei bisogni degli stakeholder economici e di quelli sociali.

Il lavoro è il motore del nostro cambiamento

Riprogettarlo individuando precisi obiettivi strategici è una sfida possibile. Non saremo esortati a farlo da direttori generali che misurano le loro strategie con la bilancia delle relazioni di potere o con l'orologio biologico della durata dei loro incarichi.

Non ce lo chiederanno le amministrazioni regionali, le quali – anche se si ergono a stati autonomi – non hanno strutture e personale politico in grado di comprendere la complessità del nostro ruolo di mediazione e controllo di una dinamica delicata e complessa in cui convergono interessi industriali e esigenze delle microimprese, problemi di salute pubblica e flussi commerciali internazionali, sensibilità animaliste e necessità di preservare le microfiliere dei territori rurali, concreti rischi per la salute globale e opportunità di ridurre enormemente la spesa sanitaria.

I livelli essenziali di garanzia per i cittadini e per le imprese, il benessere animale, la salute dell'ambiente rurale e della fauna selvatica, la salute delle popolazioni animali e dei consumatori dipendono dalla professionalità di noi veterinari, non dai direttori generali che devono quadrare i conti, dai dirigenti regionali che devono dare sfogo alla follia organizzativa o dagli assessori alla Sanità che devono badare ai conti e al consenso politico, a volte anche con politiche clientelari, più che alla soddisfazione di reali bisogni di salute.

Chi cerca di mantenere all'infinito il vecchio modello e il suo comfort – personale o politico – può solo sperare che duri, ma si vedrà togliere autonomia e rispetto. Questo vale per noi, per i medici degli ospedali, per gli assessori alla Sanità, per i politici che ci ripetono anno dopo anno, come un disco rotto, che il SSN è nel ventricolo più profondo del loro cuore.

Per quanto ci riguarda faremo bene a ricordare che, prima del sindacato, sono le nostre competenze e la nostra cultura che ci danno libertà di azione professionale e rispetto sociale.

Una nuova narrazione

Fare sindacato non è mai stato così difficile. Essere ancora

qui dopo anni di attacchi violenti e di delegittimazione continua è miracoloso. Essere ancora rappresentativi ed essere addirittura un punto di riferimento dopo dieci anni di assenza di un contratto di lavoro è incredibile.

Ma non ci illudiamo sia passata la notte solo perché un contratto sta bollendo in pentola.

Fare sindacato oggi vuole dire per prima cosa sostenere nel tempo un dialogo costante, impegnativo, mai rinunciatario, per fronteggiare la parte che governa (locale, regionale o nazionale) senza debolezze o infingimenti, per costruire intese e arginare le derive del potere che dilaga ogni volta che non trova ostacoli.

Fare sindacato significa oggi soprattutto non aspettarsi soluzioni indovinate ai nostri problemi, ma anzi vigilare per prevenire gli errori frequenti che lamentiamo e che spesso dipendono dal fatto che i decisori si avvalgono di esperti incompetenti sulle nostre competenze, di tecnici che non ci conoscono, che ci valutano in modo distratto, insensibile, autoritario e pregiudiziale.

Tocca a noi costruire una dialettica franca, portata anche allo scontro se occorre, in modo che per ognuno sia chiaro che la comunità e i luoghi del lavoro in cui si vive, in cui noi vogliamo vivere, sono gli spazi dei diritti e dei doveri reciproci, cioè una comunità democratica in cui si collabora per trovare i modi per realizzare il bene comune.

Se si assottiglia lo spazio del confronto e della partecipazione in ossequio all'efficienza e al decisionismo, si riduce la democrazia, si umiliano le professionalità e le esperienze e si commettono errori che dureranno nel tempo.

Il primo compito del sindacato, naturalmente, è quello di salvaguardare la propria dialettica interna. Il che oggi non è più così ovvio. Lo spazio del confronto oggi soffre di una forte disaffezione alla partecipazione e al coinvolgimento e di non poco fatalismo.

Ma se si vuole ridurre lo spazio occupato da una concezione tecnocratica della politica sanitaria, ridotta a *governance*, mera amministrazione, subordinata all'economia e votata al soluzionismo di stampo darwinista, è indispensabile elaborare teorie politiche.

Vi sarete accorti che spesso non importa che non ci siano giustizia, razionalità, uguaglianza, solidarietà nel sistema sanitario pubblico; ciò che importa, invece, è l'economicità dell'amministrazione.

Non meno grave e speculare è il pericolo che viene dal populismo, quella reazione apparentemente anti-tecnocratica, in grado di raccogliere malessere e frustrazione degli elettori esclusi dalla politica per farne combustibile della delegittimazione globale di tutti i ruoli, di tutti i livelli di responsabilità e di tutte le professioni.

Dunque, anzitutto occorre una azione politica che guardi ai fini, parli di ideali, mobiliti in nome della speranza contro la paura, della scienza contro la diceria, della realtà oggettiva contro la manipolazione, del valore dei professionisti – che sembrano non avere più cittadinanza nel contesto della tu-

tela della salute – contro la forza ottusa delle aggregazioni spontanee che oggi possono determinare in modo referendario le scelte strategiche sulla sanità e sui suoi professionisti.

Lo scontro mediatico oggi insegna che le parole contano più dei fatti

Se è vero che i fatti hanno la testa dura e prima poi diventano incontestabili, le parole d'ordine – anche le più stolte – hanno il vantaggio della leggerezza, della comodità di essere urlate oggi e dismesse domani, come un cappello che si può comodamente cambiare ogni giorno, senza fatica, senza memoria e soprattutto senza responsabilità.

Per questo alle professioni sanitarie occorre ricominciare da una narrazione nuova, aggressiva se occorre, ma seria, attendibile, basata su evidenze, comprensibile e non autoreferenziale.

Occorre evitare la via della chiusura ora in voga, che non è solo chiusura dei confini nazionali, ma anche chiusura in se stessi dei diversi mondi vitali.

Il ripiegamento su di sé e l'autocommiserazione portano a una progressiva atrofia della forza dialettica e della *vis democratica*, sino a far accettare una progressiva marginalizzazione che ci consegna nelle mani di apprendisti stregoni o a poteri che ci rendono di fatto servi.

Una narrazione alternativa deve certamente denunciare i programmi non dichiarati o malcelati di rendere inefficiente il SSN per sostituirlo con assicurazioni e sanità privata a pagamento per chi potrà pagare. Una sanità ottusa che chiederà alla prevenzione di costare poco e di non intralciare più di tanto chi deve fare i suoi affari. Come sempre privatizzando gli utili e socializzando le perdite o i danni.

La sostenibilità e il finanziamento del SSN

Da parecchi anni il dibattito sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale è al centro dell'attenzione di istituzioni, enti di ricerca, industria, parti sociali e politica.

L'acuirsi dell'attenzione è legato alle difficoltà della finanza pubblica, difficoltà che sembrano mettere in dubbio la capacità del nostro Paese di preservare un sistema destinato a svolgere un ruolo sempre più rilevante in termini di risorse assorbite allo scopo di offrire risultati soddisfacenti e al passo con le innovazioni tecnico scientifiche offerte dalla ricerca per il miglioramento dello stato di salute della popolazione, anche in relazione alle sensibilità emergenti nella società.

La crisi economica ha messo a dura prova e in discussione il "valore residuo" del Servizio sanitario nazionale universale, solidale e globale, proprio in un momento in cui la letteratura scientifica e gli organismi internazionali indicano le coperture universalistiche come uno dei più

potenti acceleratori dell'uguaglianza sociale e del miglioramento del benessere complessivo delle nostre società.

Non a caso l'Organizzazione mondiale (OMS) della sanità incoraggia incessantemente i singoli Paesi a sviluppare sistemi di finanziamento della Sanità capaci di istituire o salvaguardare una copertura universale, in grado di consentire alle persone di avere prevenzione primaria e di accedere ai servizi di cui hanno bisogno senza incorrere in gravi problemi economici e senza rischiare conseguenze finanziarie disastrose.

Il Direttore generale dell'OMS ha affermato che «*il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie costituisce il più grande ostacolo all'accesso alle cure*» tanto che, a livello globale, «*più di un miliardo di persone non ha potuto ricorrere alle cure necessarie a causa del loro costo eccessivo*».

D'altra parte, «*esistono abbondanti prove che la costituzione di fondi finanziati da contributi prepagati è la base più equa ed efficiente per aumentare la copertura della popolazione. Con tale meccanismo il ricco sovvenziona il povero e il sano sovvenziona il malato. L'esperienza dimostra che tale approccio funziona meglio quando il sistema coinvolge una larga quantità di popolazione, con la costituzione di un pool di risorse in grado di coprire le spese sanitarie di tutti*».

Dal punto di vista strettamente economico, il dibattito sulla sostenibilità del SSN è affrontato normalmente con riguardo alla compatibilità della dinamica della spesa sanitaria pubblica rispetto agli obiettivi di finanza pubblica, definiti anche a livello europeo.

L'analisi è normalmente svolta con un orizzonte temporale di medio-lungo periodo sulla base di modelli previsionali che tengono conto di parametri soprattutto demografici e dell'andamento del costo di nuove tecnologie e farmaci.

Si tratta di una analisi della sostenibilità circoscritta agli aspetti di finanza pubblica.

Il sistema non può però rischiare di essere reso sostenibile dal punto di vista delle finanze pubbliche a prescindere da ogni considerazione circa i possibili effetti sui bilanci delle famiglie (per le spese sopportate direttamente dai cittadini), sulle persone a rischio di povertà (per i costi delle cure, elevati e imprevedibili), sulle condizioni di salute della popolazione (per il mancato o ritardato accesso a servizi sanitari o a piani di prevenzione tempestivi ed efficaci).

Con ciò verrebbe peraltro contraddetto quanto l'UE afferma circa la «*centralità della salute in tutte le politiche*» (agricole, industriali, del lavoro, dei trasporti, energetiche, abitative, dell'istruzione, alimentari, dello sport e tempo libero).

Occorre fare riferimento al profilo economico in senso ampio (con riguardo al contributo del settore sanitario alla crescita, all'occupazione, al progresso scientifico, allo sviluppo economico e, al contempo, al contributo degli altri settori alla tutela della salute – trasporti, industria, comparto agro-zootecnico-alimentare, istruzione etc.), al profilo ambientale (ovvero al rapporto tra evoluzione del

settore sanitario ed ecosistemi nei quali l'uomo vive e che condivide con le popolazioni animali), al profilo culturale-politico (le conoscenze e il sistema di valori che sorreggono le scelte degli individui e della collettività rispetto ai temi della salute), al profilo sociale (ovvero ai fattori che contribuiscono a migliorare il benessere complessivo di una collettività: dalla qualità della vita al rispetto dei diritti umani, dall'uguaglianza sociale alle libertà individuali, dalla coesione territoriale alla sicurezza delle comunità), al profilo intergenerazionale (con riguardo al tipo di tutela della salute che l'attuale generazione di contemporanei ritiene di voler lasciare in eredità alle future generazioni e alle solide basi su cui costruirlo).

Se è vero che il Servizio sanitario nazionale deve concorrere al miglioramento dello stato di salute degli individui e delle collettività, dovranno essere i bisogni di salute epidemiologicamente rilevati alla base della programmazione sanitaria, da cui derivano modelli organizzativi idonei alla realizzazione degli obiettivi, non un determinato volume di spesa.

I servizi non possono essere modellati solo sulla disponibilità contingente di risorse.

L'ottica della sostenibilità della spesa è in ogni caso da affrontare con riguardo ai livelli e alla dinamica, passata e programmata, della spesa sanitaria pubblica, in particolare alla luce delle recenti manovre di finanza pubblica che hanno previsto tagli consistenti ai fondi per il Servizio sanitario nazionale.

Con riguardo alla spesa sanitaria, a fronte di una spesa totale nettamente inferiore a quella dei Paesi con livello di sviluppo simile al nostro negli ultimi anni la spesa pubblica si è mantenuta su livelli sostanzialmente stabili in valori nominali, intorno ai 110-113 miliardi di euro, con conseguenti importanti ricadute positive in termini di risanamento dei conti pubblici, ma anche con rilevanti ricadute negative in termini di servizi erogati alle persone più fragili (soprattutto sul socio-sanitario) e nel settore della prevenzione primaria, limitata a un ruolo di controllo della situazione esistente e non più all'analisi di elementi predittivi e alla rimozione dei rischi per la salute.

In tutta la sanità le restrizioni imposte sono tali da ribaltare di fatto la questione della sostenibilità.

Il problema è la sostenibilità (la sopravvivenza) del sistema di tutela della salute (a fronte di restrizioni così rilevanti) e non la sostenibilità della spesa (a fronte delle difficoltà della finanza pubblica)!

I servizi più frequentemente ridimensionati nelle diverse Regioni, soprattutto in quelle sottoposte a piani di rientro, sono quelli della prevenzione primaria.

Questo perché la domanda di prevenzione è una domanda prevalentemente istituzionale, e l'istituzione (nel suo senso più generale) attribuisce priorità ai servizi che generano una domanda immediata tra il cittadino e l'azienda sanitaria.

In una crescente disattenzione verso i risultati della prevenzione primaria che si misurano in quanti eventi danno-

si non compaiono, cosa difficilissima da far comprendere anche ai politici più accorti, ci siamo trovati sempre più spesso, spaesati e avviliti, a inseguire il lavoro dei NAS perché ciò che fa notizia oggi non è la prevenzione, ma la repressione.

E così abbiamo pian piano dismesso lo spirito scientifico della nostra professione.

Se sappiamo quali modesti risparmi possono essere stati conseguiti penalizzando la prevenzione, non conosciamo per il momento i danni che potremmo dover subire in futuro. La prevenzione infatti: così come manifesta nel medio periodo i suoi benefici, altrettanto manifesta nel medio lungo periodo le carenze che vanno a ridurre progressivamente la porta degli interventi e delle tutele.

Sorge, poi, il dubbio che qualcuno giochi la partita della sostenibilità con carte truccate

Da quando il Fondo sanitario nazionale contiene indistintamente sia il finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza sia la spesa per gli stipendi del personale, capita di sentir dire che i risparmi sul personale sono serviti per far quadrare i bilanci della spesa farmaceutica, delle cure, delle nuove tecnologie, e di tutto ciò che dovremmo salutare come una conquista per la salute della popolazione tutta e porlo a carico della fiscalità generale.

In pratica, invece, lo Stato che consente agli evasori di farla franca e non ha sufficienti rimesse fiscali per finanziare le cure, per far quadrare il bilancio della sanità impiega quote degli stipendi del personale andato in pensione, che non viene rimpiazzato facendo aumentare così notevolmente le quote di lavoro del personale residuo.

Ne abbiamo le prove tangibili. Nel conto annuale dello Stato si evidenzia un risparmio sulla spesa per il personale di circa mezzo miliardo l'anno dal 2010 ad oggi.

Questo modo di dare sostenibilità al SSN non ci piace! E deve finire!

E oggi soprattutto ci indigna!

Ci indigna perché, mentre questo Governo (come i precedenti) non trova le risorse necessarie alla sanità e al nostro contratto (per riconoscerci dopo nove anni – né più né meno – gli stessi aumenti riservati agli altri contratti già sottoscritti), questo stesso Governo “del cambiamento” offre l'ennesimo condono a quella moltitudine di evasori italiani che sfacciatamente hanno rubato allo Stato e alla Sanità.

E la beffa ulteriore, che non dovrebbe bruciare solo a noi ma a tutti gli italiani onesti, è che molti di questi evasori, con dichiarazioni infedeli quanto infime, hanno potuto anche ottenere cure gratis dal SSN perché esenti ticket.

La politica non può essere solo consenso, altrimenti si dovrà ufficialmente andare a patti con mafia, 'ndrangheta e camorra.

La politica è anche esempio e lezione pedagogica.

Il messaggio forte oggi è semplice. Se puoi rubare allo Stato fallo.

Una pubblica amministrazione che consente o addirittura incentiva l'evasione fiscale come può perseguire con serietà l'evasione dal lavoro, l'inefficienza, la malafede dei pubblici dipendenti?

Tutto questo non ci piace.

Non è questo il modello di Paese che vogliamo.

E non serve a nulla dire «prima gli italiani» se questo Paese è sempre considerato il primo in classifica per i suoi livelli di corruzione.

Il finanziamento non basterà mai se non si collega a un progetto

Il SSN è tributario del Ministero dell'Economia e delle Finanze che dovrebbe saper prelevare il necessario per far funzionare la cosa pubblica, ma si sa che il MEF non è capace a far entrare risorse perché ha il difetto di essere inefficiente nella individuazione degli evasori nella captazione delle tasse.

Però il MEF è efficientissimo nel controllare la spesa pubblica in sanità, tanto è vero che sono anni di definanziamento, e dal 2010 ad oggi, solo con la diminuzione del 10% del personale lo Stato e le Regioni hanno risparmiato circa 5 miliardi di euro.

In sostanza da una parte si definiscono i LEA, si fa una offerta di servizio ai cittadini e poi non la si onora.

I cittadini si rivolgono alla sanità privata perché la salute dei singoli non segue lo sviluppo di piani quinquennali, ma ha urgenze immediate.

Si riduce il numero dei medici e dei sanitari in genere e il risultato è l'allungamento delle liste d'attesa: i cittadini si rivolgono alla sanità privata.

Per lavorare nelle strutture del SSN i medici, i veterinari e i sanitari devono possedere una specializzazione. Mancano migliaia di specialisti di diverse discipline. L'Università non si dedica da anni a un'analisi dei fabbisogni e della domanda nel mercato del lavoro del suo prodotto, i laureati, che nel caso dei sanitari devono essere specializzati.

In sintesi, l'università produce laureati, ma non li fa specializzare perché non mette a disposizione i posti nei corsi. Perché? Domandiamocelo. Non sarà che tutti i medici non specializzati – che non possono lavorare nel SSN – invece possono lavorare senza problemi nella sanità privata (con stipendi molto più bassi) per erogare le prestazioni che il SSN non può offrire per mancanza di specialisti?

Un malato quando ha urgenza di una prestazione non aspetta 6-12 mesi per averla da uno specialista certificato, ma spera di ottenerla quanto prima da chiunque gliela offra.

Sia ben chiaro che non si tratta di scegliere tra politiche di destra o di sinistra.

Oggi è evidente che la cultura politica di destra è più sincronizzata col popolo e più attuale di quella di sinistra, rimasta avvinghiata, almeno in Italia, a persone e concetti – anche nobili – ma di decenni fa.

La Sanità ha bisogno davvero di essere rifinanziata, cioè di

andare oltre al finanziamento minimo di sopravvivenza che di fatto determina la regressione continua che riscontriamo nei fatti quotidiani.

Ma non sarà qualcosa in più oltre il “miliardo ballerino” a mettere la Sanità in sicurezza.

Se la coperta è troppo piccola oggi e la domanda di salute cresce anno dopo anno, allora la Sanità da una parte si copre e dall'altra si scopre.

Dovremmo allargare la coperta e per farlo la Sanità dovrebbe sforzarsi di andare oltre la benevolenza del governo di turno e mostrare di avere anche un proprio innegabile valore finanziario.

Senza un “progetto” tutto quello che chiedono le Regioni e la Ministra della Salute, resta, agli occhi del MEF e di tutte le istituzioni economiche, un maledetto incremento di spesa pubblica, specie adesso che, per mantenere le promesse fatte agli italiani, i soldi che servono sono parecchi, e il Tesoro non li ha e deve chiederli a prestito a mercati poco disponibili a imbarcarsi nel rischio Italia.

Per questi motivi si comincia a dire – e dovremmo cominciare a ragionarci sul serio – che ci vorrebbe una “quarta riforma”.

Certamente la Sanità italiana potrebbe costare meno di ciò che costa se smettesse il ruolo di ammortizzatore sociale di certi territori e se perseguisse obiettivi di efficienza in tutti i comparti di spesa non solo nella dirigenza e nei livelli delle ASL.

Trovare il “miliardo ballerino”, a sistema invariante, è meglio di niente, ma alla fine, a bilancio, la sanità resta un costo difficile da finanziare.

Le autonomie regionali in Sanità aumenteranno le disuguaglianze

In questo scenario si innesta in questi mesi la richiesta di autonomia delle Regioni.

Per cominciare cerchiamo di capire questo disegno che si inserisce in un movimento autonomista in tema di sanità pubblica (gli accordi stipulati tra lo Stato e quattro Regioni) e che trova spazio in questa sorta di “sovranismo regionale”. Il primo effetto che si può immaginare, e che ci tocca direttamente, è la frantumazione del contratto nazionale. Avremo trattamenti e regole differenti a seconda delle fantasie regionali e si creeranno di fatto orrende gabbie salariali.

Si prefigura un quadro molto problematico per la difesa dell'ultimo tessuto connettivo del SSN.

E poi si prefigurano tempi duri per difendere i lavoratori. È, infatti, molto più semplice imporre condizioni stringenti a 1.000 dirigenti piuttosto che a 100.000. È molto più facile piegare il sindacato laddove il datore di lavoro del sindacalista è anche la sua diretta controparte in ogni materia di contrattazione.

Naturalmente il problema delle disuguaglianze riguarda anche i Livelli essenziali di assistenza che potranno essere diversi senza più rispettare il principio di universalità del

diritto alla tutela della salute e di uguaglianza nell'accesso alle prestazioni e alla prevenzione collettiva.

La "Quarta rivoluzione industriale"

La Sanità galleggia in un mare stagnante e nel contempo, invece, il mondo del lavoro evolve rapidamente.

Dalla ricerca *The future of the jobs* presentata al *World economic forum* è emerso che, nei prossimi anni, fattori tecnologici e demografici influenzeranno profondamente l'evoluzione del lavoro.

Alcuni, come la tecnologia del cloud, la robotizzazione e la flessibilizzazione del lavoro, stanno influenzando le dinamiche già adesso e lo faranno ancora di più nei prossimi anni.

L'effetto sarà la creazione di nuovi posti di lavoro, ma contemporaneamente ne spariranno altri con un saldo netto probabilmente molto negativo.

A livello di gruppi professionali, le perdite si concentreranno nelle aree amministrative e della produzione: rispettivamente 4,8 e 1,6 milioni di posti distrutti.

Secondo la ricerca compenseranno parzialmente queste perdite l'area finanziaria, il management, l'informatica e l'ingegneria.

Cambiano di conseguenza le competenze e abilità ricercate e anche in sanità assisteremo a una rivoluzione. E questa rivoluzione sta entrando anche nel mondo che interessa la Medicina veterinaria.

Il Piano nazionale "Industria 4.0" rappresenta un cambio di passo strategico per rilanciare la competitività delle imprese italiane.

Per approfondire questa tematica si è tenuto nel 2017 presso la sede del Politecnico di Milano un seminario promosso da Federalimentare, in collaborazione con il Politecnico di Milano e la Fondazione Politecnico di Milano, diretto a illustrare il Piano alle Aziende alimentari e alle loro rappresentanze, evidenziando le opportunità per il secondo settore manifatturiero del Paese.

In particolare, sono state analizzate le principali misure introdotte dal Programma, a partire dagli incentivi per introdurre la digitalizzazione nelle diverse fasi dei processi produttivi, fino ai provvedimenti per lo sviluppo di competenze 4.0 (scuola digitale, alternanza scuola - lavoro, dottorati industriali) e alle possibili aree di intervento *agri-food* 4.0 in ricerca e innovazione.

L'agroalimentare è il solo comparto in crescita del Paese. Vale 140 miliardi di fatturato, occupa 400.000 addetti, 7.000 aziende, genera un saldo positivo della bilancia commerciale di oltre 10 miliardi l'anno. Nel primo trimestre 2018 le vendite all'estero dei prodotti agroalimentari italiani hanno registrato un balzo in avanti del 3,3%.

Vorremmo far capire che il nostro target è mantenere aperti questi canali commerciali garantendo sicurezza

per la salute dei consumatori, non la burocrazia dei funzionari regionali che ci identificano ancora come i docili veterinari ufficiali del secolo scorso.

Noi non intendiamo migrare nei ruoli del Ministero delle politiche agricole e alimentari, ma non fateci morire nei sottoscala di una sanità pubblica passiva e oramai anacronistica.

Le autonomie, i rischi, i costi, i risparmi sulla prevenzione veterinaria

Dalla Sars all'avaiaria, dalla mucca pazza all'influenza suina, il 75% degli agenti infettivi "emergenti o riemergenti" che minacciano la salute dell'uomo derivano da animali.

Per questo la salute degli uni ha conseguenze importanti sugli altri, anche perché strettamente collegata a uno dei maggiori problemi di sanità pubblica, la resistenza agli antibiotici.

«*Le malattie dell'uomo generate dagli alimenti sono in aumento e i livelli di prevenzione e protezione dei consumatori devono essere costantemente adeguati ai rischi*» [A. Grasselli - Roma il 5 novembre 2015 - Convegno organizzato dalla Società italiana di medicina veterinaria preventiva e dall'Istituto superiore di sanità dal titolo: "Food Safety e Food Security: scenari futuri e ineludibile evoluzione della prevenzione primaria"].

Per farlo, servono risorse da destinare alla ricerca, alla formazione e alla comunicazione sulla sicurezza alimentare e una gestione che sappia comprendere gli effetti moltiplicatori della catena alimentare, il fitto reticolo di interconnessioni esistenti.

Un approccio olistico è necessario, ad esempio, per fronteggiare la sempre più frequente resistenza dei germi agli antibiotici che, in Europa, causa la morte di 25mila persone l'anno.

«*Un fenomeno preoccupante a cui hanno contribuito sia le prescrizioni inappropriate da parte dei medici, sia l'eccessivo utilizzo di antibiotici negli allevamenti animali*» [A. Grasselli SIMeVeP - C. Signorelli SItI - One Health 2016"].

I due fattori hanno fatto guadagnare all'Italia il secondo posto in Europa, dopo la Grecia, per antibioticoresistenza (dati ECDC)". Per questo, è «*importante sviluppare il concetto di 'One health', ovvero unire le forze di chi si occupa di questioni mediche, veterinarie e ambientali*» [A. Grasselli, SIMeVeP - C. Signorelli SItI - One Health 2016"].

A queste criticità bisogna poi aggiungere le numerose e sempre più vicine e insidiose patologie esclusivamente animali che però hanno impatti devastanti sulle filiere agro-zootecnico alimentari.

Non tutti qui sono veterinari, ma credo sia sufficiente sapere che due malattie virali (afta epizootica e peste suina

africana) sono sufficienti – ciascuna da sola – a mettere in ginocchio tutte le aziende esportatrici di prodotti alimentari italiane e l'economia dell'indotto di intere Regioni del Paese.

Se di fronte a tali infezioni i servizi veterinari non saranno in condizione di rispondere efficacemente come hanno fatto in passato si può solo prevedere il blocco commerciale di intere filiere e la perdita di anni di lavoro, di investimenti, di selezione genetica, di ricerca di sbocchi commerciali, credibilità e apprezzamento del *Food made in Italy*.

Per inciso voglio ringraziare io, oggi, i miei colleghi veterinari pubblici che in questi anni di mercati aperti e di circolazione delle merci, ma anche di importanti patologie e sempre nuovi rischi per la salute umana e animale, senza mai avere un plauso, un passaggio in TV, una minima citazione, hanno sempre soffocato sul nascere le crisi e spesso hanno salvato la nostra bilancia commerciale.

In un momento in cui le aspettative sul PIL del Paese non sono rosee e il contesto internazionale è appesantito dalle minacce di dazi e barriere tariffarie che rischiano di minare il nostro *Made in Italy*, il settore agroalimentare continua a tenere.

Evidentemente la qualità premia anche durante la crisi e la filiera del cibo in Italia mostra di essere sempre un *asset* strategico che crea sviluppo e stabilità.

Ma ancora una volta occorre ricordare che la prima stabilità di cui i mercati hanno bisogno, e che solo la mano pubblica può certificare, è la sicurezza alimentare, intesa come garanzia sanitaria data dalle autorità competenti: Ministero della Salute, Regioni, servizi veterinari e medici dei dipartimenti di prevenzione delle ASL, dal campo alla tavola.

Per questo il sistema deve essere unitario e le fughe in avanti disarticolate delle Regioni avidi di autonomia possono essere molto dannose anche per la sanità pubblica veterinaria.

Il Contratto

Se oggi siamo qui riuniti è anche per protestare tutti insieme e partecipare alle manifestazioni e allo sciopero del prossimo 9 novembre.

La paralisi delle trattative per i rinnovi dei contratti delle quattro aree della Dirigenza richiede un intervento della Funzione pubblica e del Ministero dell'Economia e una piena assunzione di responsabilità del Governo che chiarisca alcuni punti fondamentali, emersi dopo la stipula dei contratti dei comparti in prossimità di scadenze elettorali (elezioni del parlamento e delle RSU).

I punti critici sono i seguenti:

- la decorrenza degli aumenti contrattuali a regime, differita al 1 marzo e al 1 aprile 2018 nei contratti di comparto. Non sono in gioco solo pochi mesi di arretrati, ma l'intera massa salariale a regime che

costituisce la base per il successivo rinnovo contrattuale. Senza una norma che garantisca gli aumenti contrattuali a regime per il triennio 2019-21 si rischia di compromettere parte degli aumenti contrattuali futuri. Questo problema è stato sollevato anche dal Ragioniere dello Stato;

- l'interpretazione della Legge Madia (art.23 D.lgs 75/2017) per quanto concerne la fine del congelamento del trattamento accessorio al 31.12.2016. È in gioco non solo la destinazione di parte degli aumenti contrattuali presenti e futuri, ma anche quello della RIA dei cessati che costituisce un patrimonio di circa 2.000 euro medi *pro capite* attualmente congelato senza un chiaro limite temporale. Senza il ritorno nei fondi aziendali della RIA vengono depauperate le risorse necessarie per carriere e disagio. Occorre superare definitivamente interpretazioni come quella della Corte dei Conti, sez. Puglia che addirittura mettono a rischio aumenti contrattuali già dati per acquisiti. Quanto previsto dal "Disegno di Legge Concretezza" è un primo passo che va esteso a tutto il contratto 2016-18 e veicolato con un provvedimento legislativo di più celere approvazione;
 - entità del tabellare unico della Dirigenza, mediante accorpamento di parte della retribuzione di posizione fissa;
 - finanziamento di quota parte del contratto 2019-2021 o perlomeno dell'indennità di vacanza contrattuale nella legge di bilancio 2019;
 - incremento del finanziamento complessivo del Fondo sanitario nazionale per garantire risorse indispensabili per i bilanci delle Regioni anche per onorare i contratti di lavoro;
 - riconoscimento dell'indennità di esclusività di rapporto nella massa salariale della Dirigenza sanitaria, senza il quale questa Dirigenza non potrà godere degli aumenti previsti a regime per il restante pubblico impiego;
 - finanziamento della Legge 3/2018 e la problematica dei medici di Stato nonché un chiaro pronunciamento sull'utilizzo delle graduatorie concorsuali prorogate da anni e giacenti in tutto il pubblico impiego;
 - iniziative adeguate e urgenti per porre rimedio alla grave carenza di medici, veterinari e dirigenti sanitari specialisti, pregiudizievole per la sopravvivenza del Servizio sanitario nazionale e del diritto alla salute.
- A fronte di queste questioni non abbiamo ricevuto alcuna risposta e abbiamo dovuto interrompere le trattative. Le Organizzazioni sindacali della dirigenza medica veterinaria e sanitaria del SSN stanno ancora aspettando. Dopodomani in tutto il Paese i nostri colleghi scenderanno in sciopero per rimarcare il disagio di 140.000 dirigenti e la completa insolvenza di Regioni e Governo.

La questione è tutta politica

Non mancano i soldi per il nostro contratto, manca la volontà di riconoscerci un ruolo fondamentale per la sopravvivenza del SSN.

Forse perché l'intenzione di affondare il SSN è diffusa a tutti i livelli istituzionali e in ogni area politica.

L'emergenza carenza di personale

Il 7 settembre scorso, abbiamo incontrato il Ministro della Salute e abbiamo rappresentato le nostre riflessioni in merito.

Il numero chiuso nelle Facoltà mediche e sanitarie ha regolato il flusso dei nuovi medici in modo adeguato al fabbisogno nazionale, ma l'assenza di programmazione dei percorsi di specializzazione ha impedito a decine di migliaia di medici laureati e abilitati di accedere alle scuole di specializzazione e di ottenere i titoli indispensabili per operare nel SSN.

L'età media del personale del SSN è altissima e nei prossimi 5 anni sono previsti esodi pari al 40% degli attuali occupati. Si sta creando un vuoto allarmante che potrebbe essere ulteriormente aggravato dall'introduzione della "quota 100".

Le Organizzazioni sindacali dei medici, dei veterinari e dei sanitari del SSN, insieme agli Assessori regionali alla sanità, denunciano da anni una assenza di programmazione nell'avvicendamento e *turn over* del personale sanitario del SSN.

Le responsabilità di tale mancata programmazione devono essere imputate ai diversi Governi che, per la loro inerzia politica, non hanno ritenuto di assumere iniziative tecniche di analisi del fenomeno e di tentare di proporre ipotesi di confronto e di soluzione lasciando via via sguarniti interi reparti ospedalieri e servizi territoriali.

L'emergenza però non può autorizzare soluzioni tampone e forzature utili ad accorciare il percorso formativo e l'entrata in servizio attivo solo delle discipline carenti.

Il sistema va rivisto in modo unitario per tutte le professioni e per tutte le discipline.

Le soluzioni ordinarie risiedono in una seria programmazione per la quale occorre:

1. sbloccare il *turn over*;
2. togliere il limite dell'1,4% alla spesa per il personale impesto dal Patto della Salute del 2001;
3. effettuare e mantenere un monitoraggio dei fabbisogni per ciascuna disciplina;
4. aumentare in modo adeguato i contratti di formazione specialistica dove occorre.

La situazione emergenziale che riguarda determinati settori non può, tuttavia, essere trascurata se non si vogliono penalizzare i cittadini razionando le prestazioni o chiudendo i presidi del SSN a tutto vantaggio della sanità privata verso la quale si riversano oggi circa 40 miliardi di euro (*out of*

pocket) di chi può pagarsi la sanità, ma lasciando senza cura chi invece ha redditi insufficienti.

Le proposte che su cui abbiamo ragionato prevedono di assumere gli specializzandi dell'ultimo anno del corso di specializzazione. Ma se nel corso del 2019 si potrà avere la disponibilità di un gettito maggiore (doppio) di sanitari, l'effetto si azzererà già l'anno successivo.

Se il medico, il veterinario o il sanitario specializzando andrà a coprire posti vacanti della dipendenza o della convenzione non sarà più remunerato con i fondi della borsa di specializzazione, ma sarà a carico del bilancio della ASL/AO che lo assume con contratto della dirigenza o con ACN della specialistica ambulatoriale.

In tal modo, ogni anno, si potrebbero liberare dal 20 al 25% delle le borse di specializzazione già oggi disponibili, che potranno quindi essere riassegnate ad altrettanti nuovi specializzandi, sempre che finalmente si possano avere borse anche per i medici veterinari e le altre professioni dirigenziali.

Il Governo su questa partita dimostrerà la sua vera capacità di dare linfa al SSN. Dovrà dare il segnale di una chiara volontà politica aumentando nel prossimo anno il numero delle borse per tutte le specializzazioni e per tutte le professioni. A nostro avviso si deve ridurre per tutte le discipline il percorso formativo esclusivamente universitario, consentendo l'assunzione nelle ASL/AO/IRCSS/IZS per i medici, i veterinari e i sanitari che devono completare l'ultimo anno di specializzazione, a condizione che il loro impiego e la loro responsabilità nelle strutture del SSN siano commisurati alla reale competenza acquisita e che l'anno di "doppio ruolo" sia adeguato e valido per il completamento della formazione specialistica.

Lo specializzando assunto nell'interesse del SSN deve avere un contratto di lavoro della dirigenza (o una convenzione come specialista ambulatoriale) che ne remunererà adeguatamente l'impegno come dovrà essere previsto da una apposita integrazione del CCNL e dell'ACN e ne garantisca la copertura previdenziale.

Le pensioni

Il mitico approdo nel porto sicuro degli anziani. L'isola che non c'è dei giovani.

«Tanto noi la pensione non la vedremo mai». «Precari oggi, lavoratori poveri fino alla fine».

Prima o poi tutti coloro che in Italia hanno tra i 25 e i 50 anni avranno pronunciato, o ascoltato, questa frase. È l'esito estremo di un sistema, perfezionato dalla riforma Fornero, che ha radicalizzato la logica del sistema contributivo per tenere in ordine i conti previdenziali.

Un sistema che però obbligherà molti a lavorare precariamente per tutta la vita, inseguendo una previdenza complementare con soldi che i precari non possono avere.

Stesso discorso vale per i veterinari liberi professionisti che non hanno redditi dignitosi perché il mercato del



lavoro è stato drogato con troppe lauree in concomitanza con pochi sbocchi e sempre gli stessi, mini lauree settoriali iper-competitive, crisi economica. I dati dell'evasione contributiva ENPAV parlano chiaro.

Noi oggi non li consideriamo con la dovuta attenzione, e nemmeno la politica, ma domani i costi sociali saranno immensi.

La frase fatalista «*Tanto noi la pensione non la vedremo mai*» è proprio quello che il sistema dell'economia senza tutele sociali – i mercati, le assicurazioni private, le imprese – vogliono sentirci dire e accettare.

Bisogna uscire dall'equivoco generato da una propaganda individualista, spiegare i vicoli ciechi del sistema contributivo, e le conseguenze sulla vita delle persone, occorre energia etico-politica per parlare alle soggettività vulnerabili.

Il lavoratore giovane oggi è contemporaneamente sfiduciato, cinico, indebitato e irresponsabile e non ha strumenti per modificare il corso di un destino che sembra segnato, ma che invece è ancora aperto alle alternative.

Bisognerebbe ribaltare il paradigma dell'austerità e tornare a considerare il sistema previdenziale come redistributivo, per ristabilire una giustizia sociale intergenerazionale. Una tesi controcorrente che non coincide con quanto il Governo Lega-Cinque Stelle intende fare con la cosiddetta "quota 100".

Questa – se vedrà la luce – non sarà la cancellazione della Fornero, perché favorisce una piccola parte delle persone che hanno subito la riforma e non risolve i problemi degli under 50 catturati nelle maglie della società della piena occupazione precaria.

Anche in questo caso il sindacato servirà ancora ai lavoratori per molti anni a venire.

Dal rancore alla speranza

Se i cittadini sono rancorosi verso il Servizio sanitario nazionale molto dipende dalle responsabilità di chi, in questi ultimi anni, ha fiaccato le potenzialità strutturali e professionali della più importante infrastruttura del welfare nazionale, demoralizzando il personale e defi-

nanziando pesantemente il sistema.

La spesa sanitaria privata degli italiani è in crescita esponenziale e rasenterà i 40 miliardi di euro, quando era di 37,3 miliardi lo scorso anno.

Il 37,8% degli italiani prova rabbia verso il Servizio sanitario pubblico a causa delle liste d'attesa troppo lunghe o dei casi di malasanità.

Il 26,8% è critico perché, oltre alle tasse, deve pagare di tasca propria troppe prestazioni e perché le strutture non sempre funzionano rispettando standard di qualità percepita e sostanziale.

Le sempre più frequenti aggressioni di medici e infermieri sono la rappresentazione plastica della frattura che si è creata tra società e welfare.

Su un altro fronte, l'aumento delle aggressioni a danno di veterinari che operano controlli sanitari su benessere e salute animale e sulla sicurezza alimentare, rappresenta la sempre maggiore insofferenza verso lo Stato e le sue regole di sanità pubblica e prevenzione.

Se la sanità pubblica, in una fase lunga di crisi, è una garanzia che viene meno, i sentimenti e le scelte di una vasta parte della popolazione sempre più fragile e anziana ne vengono influenzati.

Se la sanità sarà il laboratorio per il passaggio «*dal rancore alla speranza del cambiamento*» noi saremo felici di dare il nostro contributo.

Parafrasando l'Imperatore Adriano, al quale è dedicato il tempio in cui noi oggi siamo raccolti, vi dico che «[...] *io non sono ancora giunto a quell'età in cui la vita è, per ogni uomo, una sconfitta accettata*».

Né io né voi, credo di poter dire, se siamo qui oggi con sincerità, accettiamo di dare per conclusa la storia quarantennale del SSN e del ruolo che le nostre professionalità hanno ancora da giocare in esso per la salute degli italiani e per il benessere del nostro Paese.

Grazie della vostra attenzione
...e Buon 50° Congresso!

Aldo Grasselli