

Un Servizio Sanitario Nazionale da riformare?

Non ci sono cambiamenti duraturi senza cambiamenti culturali e non ci sono cambiamenti culturali senza cambiamenti nelle persone.

(Laudate Deum, 4 ottobre 2023)

Il 24 dicembre il nostro Servizio Sanitario ha compiuto 45 anni e, nonostante alcuni interventi di riforma, li dimostra tutti. **Nato con l'obiettivo di tutelare la salute delle persone con criteri di universalismo, rimane un bene prezioso, un vanto a livello mondiale. Tuttavia va ripensato radicalmente** perché possa oggi continuare a rispondere al bisogno di salute di una persona malata.

Il recente dibattito politico-sindacale ha riproposto a toni accesi il tema della sorte del Servizio Sanitario Nazionale, anche facendo leva sul malumore diffuso dei professionisti; malumore che a sua volta pesca ben più lontano e richiede interventi di ampio respiro che oltrepassino le problematiche sindacali o l'effetto di qualche provvedimento amministrativo. Il tema è diventato quotidiano a livello mediatico.

Alcuni ritengono che comunque il sistema reggerà, modificandosi per sopravvivere, altri pensano che potrebbe cedere di schianto. Tutti sono però convinti che siamo ad un punto di svolta.

Persona, cura e salute

La domanda di salute di una persona malata ha dimensioni totali e non si contenta di risposte parziali, che percepisce insoddisfacenti.

Lo sviluppo scientifico ha migliorato l'efficacia delle cure ma ha ridotto la terapia alla guarigione biologica, astraendola dalla relazione di cura. L'insufficienza di una visione riduzionistica e materialista ha aperto a profonde riflessioni sul significato stesso della salute (OMS 1948) e delle implicazioni che un'accezione globale di salute comporta, per rispondervi efficacemente (Alma Ata 1978).

In questo clima culturale, che ha promosso l'obiettivo della "salute per tutti", nasce anche il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con il desiderio di offrire una risposta universalistica e globale.

La crescita esponenziale del consumo di risorse imposte dallo sviluppo tecnologico e dal mutamento dei bisogni sanitari ha posto il problema della **sostenibilità** e ha indirizzato le modificazioni organizzative a sostenere un SSN efficiente e di qualità, a fronte di impegni economici gravosi per gli stati di welfare – in particolare per il nostro.

Così facendo, l'ideale di realizzare una compagine sociale impegnata a prendersi carico delle persone malate nella totalità del loro bisogno si è sfuocato: **una buona sanità è percepita oggi come un servizio di qualità.** È perseguita in questi termini da chi la eroga; è richiesta come tale da chi ne è il destinatario.

Considerare la sanità solo come un servizio senza mantenere anche la preoccupazione di costruire una compagna umana giocata in un'alleanza terapeutica a tutela del valore primario della persona riduce la cura alle prestazioni sanitarie e, come magistralmente rileva Papa Francesco nel messaggio per la giornata del malato (2024), **concentra gli sforzi sull'efficienza organizzativa o sull'efficacia** scientifica e tecnologica, esalta il rendimento con l'indifferenza (o la spietatezza) verso quel bisogno di salvezza che ogni domanda di salute reca con sé. In chi è più fragile, incerto e insicuro, come avviene nella malattia, anche il successo biologico non sana l'esperienza dell'abbandono e della solitudine, fino al rifiuto di chi non sembra portare alcun valore a causa della inutilità, disabilità e vecchiaia. **La stessa professione medica o infermieristica è ridotta a quella di operatore di prestazioni sanitarie mortificandone l'origine e la dignità.** Da qui deriva una globale insoddisfazione soprattutto in chi è curato, ma anche in chi cura.

La dimensione umana e solidaristica capace di farsi carico dell'orizzonte globale della persona malata, nata storicamente come carità, è diventata virtù laica e civile, individuale e sociale e come tale appartiene all'atto politico, che oggi lo disattende, come constatiamo con amarezza.

Le istituzioni governative attuali, al pari di quelle passate, non affrontano i nodi delle questioni i cui effetti stanno portando il Servizio Sanitario ad un livello di insostenibilità rispetto agli obiettivi che le varie leggi di riforma sanitaria hanno sempre difeso e cercato di perseguire e le spinte economiche tagliano i costi di ciò che non è considerato di valore. Le problematiche – moltiplicate e più complesse che in passato – non sono individuate né poste a tema, e portano al pettine alcuni nodi che oggi connotano la fotografia di un SSN in crisi. Nella inevitabile parzialità di una sintesi vogliamo passarle in rassegna.

È sostenibile l'universalismo del SSN?

L'universalismo, ovvero garantire tutto a tutti, è stato il grande obiettivo che ha fatto nascere il SSN attraverso la L. 833/1978. **Questa ambizione si è rivelata una pretesa** ed è stato necessario intervenire con successive riforme sanitarie (502/1992 e 517/1993 e poi 229/1999) per delimitare il perimetro delle prestazioni da garantire a tutti attraverso i **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** e dotando il SSN di strumenti aziendali di governo dell'impiego di risorse. I LEA hanno però tardato ad essere introdotti e a tutt'oggi non sono realizzati a pieno,

né aggiornati coerentemente al mutare del quadro della sanità.

Il SSN oggi non riesce ad onorare le promesse, pur nell'orizzonte non illimitato che si è dato come obiettivo: il mantenimento dei livelli erogativi è inconciliabile con l'equilibrio economico.

C'è il rischio, (che in certe situazioni inizia ad essere realtà) che ciò che voleva essere un servizio solidaristico per tutti ridiventi privilegio per pochi.

Il Personale, quantità e qualità.

Conoscenze, abilità e competenze.

I corsi di laurea per la formazione primaria delle professioni sanitarie si concentrano su un sapere biometrico e non attrezzano i futuri professionisti ad affrontare l'impatto con la realtà: la formazione è sbilanciata sulle conoscenze rispetto alle competenze.

I corsi di specializzazione pongono il problema dei rapporti mai risolti tra enti formativi (università) e luogo della formazione sul campo (ospedali di insegnamento). Le risorse di chi può insegnare e chi deve imparare sono male utilizzate, da un lato sottratte ai bisogni sanitari, dall'altro inserite nel SSN in modo inefficace.

Professionisti o impiegati?

Gli stipendi di medici e infermieri sono più bassi di quanto avviene in altri paesi. I contratti della **dirigenza medica ospedaliera** non diversificano le professioni mentre è evidente a chiunque come l'impegno necessario, il carico di lavoro, il rischio clinico e dunque anche quello legale, lo stress e il burnout siano sensibilmente differenti da condizione a condizione e da specialità a specialità. Gli eccessi normativi, burocratici e amministrativi si sommano a carichi di lavoro incrementali in termini di turnistica e di bisogni sanitari in crescita, trasformando la professione in un rapporto impiegatizio ad alto rischio, logorante e a basso guadagno. Le possibilità di crescita formativa e di carriera, come pure la ricerca, sono residuali. In assenza di piani di riqualificazione delle **cure primarie**, da sempre lasciate al margine delle riforme sanitarie e gradualmente appesantite da compiti amministrativi e certificativi, l'atto clinico è diventato marginale e l'attrattiva professionale sta scemando, inasprendo ulteriormente la carenza di medici di medicina generale. I finanziamenti orientati solo alla Telemedicina confermano la tendenza a non investire sul personale, privilegiando monitoraggi informatici domiciliari e diseducando all'essenziale della professione.

Una visione organizzativa e remunerativa che svilisce la professionalità spinge all'abbandono, al disimpegno (il quiet quitting) o alla ricerca di altri sbocchi professionali in cui la remunerazione possa essere proporzionale al merito, come il SSN pubblico non sa e non vuole dare. L'attrattiva stessa del desiderio di praticare l'arte medica fondata sulla relazione di cura tra persone sembra spenta.

I conti senza l'oste: il problema demografico

Mentre il numero dei medici globalmente è ancora superiore alla media dei

paesi OCSE (4,1 % vs 3,7%), si registrano già oggi carenze in ambiti essenziali, quali quelli dell'emergenza-urgenza e delle cure primarie, per le quali i concorsi e la formazione specialistica sono disattesi o abbandonati strada facendo. La carenza infermieristica invece è già significativa oggi (6,2% vs 9,2%).

Il problema del personale sconta non solo fenomeni sociali o culturali, ma anche demografici. A titolo d'esempio: il pensionamento prossimo infermieristico dovrebbe essere rimpiazzato da chi è nato in anni in cui la natalità era dimezzata. Gli errori programmatori delle scuole di formazione per medici e infermieri fatti negli anni precedenti sono macroscopici, ma i loro effetti sono secondari rispetto alla gravità del dato demografico, che non consente di colmare il turnover e prefigura in un prossimo futuro scenari difficili.

L'inerzia al cambiamento

Un aumento degli stipendi è invocato da molti come correttivo efficace. Irrealizzabile in assenza di copertura economica, **non è sufficiente**, se non all'interno di una modifica delle dinamiche del lavoro dei professionisti, con meccanismi gratificanti legati al merito e proporzionati alla qualità dell'azione professionale.

Analoghe considerazioni potrebbero essere affrontate per i criteri di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale secondo logiche premianti e obiettivi di virtuosità.

Le forme delle rivendicazioni attuali sembrano però dimostrare che il popolare e il demagogico hanno un potere forte di interferenza e di blocco di ogni tentativo di cambiamento sostanziale dello status quo, che rimetterebbe in discussione privilegi e sistemi di remunerazione.

Sostenibilità? Il sottofinanziamento delle risorse

I rapporti dicono che il nostro paese spende meno della media europea (6,8% del Pil nel 2022, rispetto alla media europea del 7,1%) per la sanità eppure gli indicatori di salute sono migliori.

Le ragioni di questo apparente paradosso non sono facilmente individuabili, anche perché potrebbero emergere da fattori estranei alle politiche sanitarie in senso stretto, ma danno ragione del fatto che l'insufficienza di finanziamento per le risorse considerate necessarie in sanità non sta producendo per ora esiti gravi in termini di salute della popolazione.

Tuttavia il nostro paese si sta impoverendo e le risorse destinate al welfare (poche in assoluto) sono sbilanciate in ambito previdenziale sottraendole ad altri capitoli, come quello sanitario.

Assetto istituzionale: ambiguità, astrattezze e dimenticanze

Pubblico e privato

Le Aziende Sanitarie pubbliche coprono uno spettro ampio di attività, dall'emergenza alla prevenzione, dall'acuzie all'assistenza territoriale e domiciliare: si tratta spesso di attività non adeguatamente remunerate, in certi casi anche non tariffate. Sono però di frequente condotte e vissute senza una attenzione all'uso efficiente delle risorse e sono sottoposte a normative, vincoli e controlli che ne esaltano il carattere burocratico e ne spengono la capacità di iniziativa, anche clinica.

Le Aziende Sanitarie private accreditate sono più efficienti: a differenza delle aziende pubbliche che beneficiano di finanziamenti dedicati, hanno l'onere di mantenere con fondi propri l'aggiornamento strutturale, tecnologico e degli incrementi contrattuali del personale dipendente. La ricerca dell'efficienza è quindi obbligata e in certi casi alternativa alla ricerca dell'efficacia, perseguendo una sostenibilità difficile all'interno delle regole concesse dalle contrattazioni

regionali, disomogenee. Il privato accreditato usa più efficientemente del pubblico le risorse assegnategli anche per erogare servizi che fanno parte dei LEA e che il pubblico non riesce a garantire, effettuandole in sua vece a costi ridotti.

La realtà italiana è fortemente disomogenea e il SSN è costituito da tanti servizi sanitari regionali, con regole interne a volte profondamente differenti, che incidono per esempio anche sui rapporti con il privato accreditato, valorizzato in alcune situazioni, ostracizzato fortemente in altre.

L'osservazione della realtà variegata delle regioni italiane sembra contraddire l'ipotesi che l'assenza del privato garantirebbe miglior qualità ed equità.

Una forte corrente di pensiero attuale spinge tuttavia verso lo **spostamento nel pubblico dei fondi destinati al privato accreditato**, cioè verso una sanità interamente "pubblica". Questa idea soffre di due equivoci, uno teorico e un secondo pratico.

Lequivoco teorico nasce dal non considerare che il privato accreditato svol-

ge una funzione pubblica e gioca sostenendo una analogia tra “pubblico” e “statale”, che non sono sinonimi. Il problema non deve essere posto dunque come contrapposizione astratta fra due sistemi ma va fatto emergere in concreto – in termini di criticità ma anche di opportunità favorevoli – là dove si realizza un modello specifico che ne prevede la possibilità di integrazione con il Servizio Sanitario Nazionale in ottica di sussidiarietà orizzontale e coerentemente con le energie disponibili.

Lequivoco pratico dimentica che il trasferimento di fondi al pubblico imporrebbe l'assorbimento anche di queste stesse attività e a parità di ogni altra condizione, non darebbe “fondi aggiuntivi” ma trasferirebbe risorse economiche da un contenitore all'altro scendendo di virtuosità economica e finanziaria.

Terzo settore - quanto è estesa la risposta sanitaria?

Nella marginalità di risposte istituzionali socio-sanitarie, l'apporto del terzo

settore è ignorato come fenomeno sociale; basti pensare che l'ultimo piano socio-sanitario lombardo stima in 146.000 gli operatori della sanità, che dovrebbero essere 320.000 se si considerassero tutte le figure istituzionali e del terzo settore che partecipano in modo formale a qualche titolo nella rete di offerta sanitaria, offrendo già oggi risposte strutturate nei nuovi ambiti di povertà e fragilità che connotano la malattia odierna.

Un'ulteriore rete sommersa di relazioni potrebbe essere valorizzata e messa a sistema, recando con sé in molti casi anche valori solidaristici e di gratuità insiti nelle motivazioni che lo animano e preziose per collaborare a ristabilire una più corretta alleanza terapeutica e un orizzonte di presa in carico più globale.

Come in tempo medievale, il malato di oggi è “pauper infirmus”: povero perché malato e malato perché povero.

Non si può pensare alla sanità in modo esclusivamente sanitario.

La dimensione della malattia si è modificata

Dalla acuzie alla cronicità

La dimensione della malattia è mutata ed è in continuo mutamento per effetto delle modificazioni della vita sociale e delle stesse risposte che la medicina e la scienza nel senso più ampio, dà ai problemi, modificandoli retroattivamente. Malattie infettive acute e grandi epidemie apparivano a metà del secolo scorso temi lasciati alle spalle una volta per tutte in una medicina che si concentrava sull'acuzie chirurgica, metabolica e vascolare. Pochi malati ad alta intensità erano il target verso cui è stata conformata la risposta sanitaria dell'istituzione del SSN, centrata sull'ospedale a distribuzione capillare e a media tecnologia, evoluta in seguito per il miglioramento della qualità delle prestazioni, verso modelli più sofisticati, basati su centri principali ad alta tecnologia e alta intensità e un numero più ridotto di ospedali periferici deputati a garantire la risposta all'emergenza più comune e quotidiana.

L'incapacità di sanare i pazienti che superavano episodi acuti di cui precedentemente sarebbero morti, ha fatto **irrompere la cronicità come nuova epidemia** negli ultimi decenni del ventesimo secolo, riponendo in questione il valore rinnovato del territorio e della prossimità per i pazienti cronici. In qualche modo si creava una visione dicotomica, con **due popolazioni di assistiti (acuti e cronici)** con storie e bisogni differenti ma con pochi punti di contatto, gestibili in contenitori separati e a due velocità.

Nuove cronicità, Nuove acuzie

La **cronicità sta mutando**, perché i pazienti sono sempre più complessi e le fasi di acuzie pongono spesso problemi di intensità elevata e comorbidità acute infettive, chirurgiche, cardiovascolari, da trattare in ospedali attrezzati con ap-

procci specialistici multidisciplinari e impiego di risorse a costi elevati. Problemi che alla dimissione richiedono follow up esperti e non facilmente reperibili nelle reti di prossimità per come le stiamo pensando: non le abbiamo ancora realizzate e sono già vecchie. L'ospedale ritorna ad avere un ruolo centrale anche nella cronicità. La coesistenza di alta specializzazione e prossimità può non essere contraddittoria clinicamente ma è un ossimoro organizzativo.

L'acuzie sta cambiando. Il picco di età di emergenza di molte patologie acute, si diluisce e si sposta in età più avanzate dove i trattamenti sono più complessi e i pazienti più fragili. Le patologie oncologiche rimangono in gran parte non guaribili ma cronicizzano maggiormente e allungano la durata di vita al prezzo di farmaci ad alto costo, così come avviene per molte malattie immunologiche e degenerative che in molti ambiti hanno possibilità terapeutiche sconosciute fino a pochi anni fa. I follow up di queste patologie e il loro riconoscimento o inquadramento si avvalgono di tecniche diagnostiche più sofisticate. Tutto ciò si traduce in prestazioni ad alta tecnologia che richiedono spesso modelli di lavoro in team multidisciplinari a cui la classe medica non è stata educata.

Disagio psicosociale

Il disagio psicosociale si sta allargando, in dimensione e fascia d'età, e richiede di ripensare non solo la presa in carico, ma anche le strategie preventive, con particolare riguardo agli adolescenti e ai giovani. Inoltre i servizi psicosociali sono chiamati a fronteggiare un'espansione dei bisogni oggi tra le maggiori – legata da un lato agli effetti della grave **emergenza sociale ed educativa**, dal lato opposto all'attribuzione di un eccessivo carico di competenze inappropriate – **con risorse a disposizione al di sotto del minimo.**

Il Servizio Sanitario è già cambiato

Oltre a queste considerazioni, i fatti dovrebbero mostrare che anche il SSN **non solo chiede di essere cambiato per le difficoltà a cui abbiamo accennato, ma è di fatto già mutato, ad opera di forze indipendenti e più grandi di quelle programmatiche, interne ed esterne alla sanità.**

Rete ospedaliera, cure primarie; territorio

Le due riforme sanitarie non hanno saputo rimodellare il sistema per renderlo coerente ai mutamenti complessi degli scenari patologici, verso i quali la risposta è stata parziale e solo di natura professionale, senza adeguamenti organizzativi e soprattutto di mentalità.

L'irrompere della pandemia da COVID ha reso chiaro che dobbiamo dotarci di assetti strutturali e organizzativi in grado di fronteggiare l'irruzione possibile di **malattie infettive** epidemiche non prevedibili; anche altre malattie infettive che credevamo appannaggio di paesi meno sviluppati stanno minando la società industrializzata non solo in modo endemico ma con potenziali dimensioni epidemiche come effetto di flussi migratori.

Consentire l'**accesso alle cure a strati di popolazione con problemi multivoli e in divenire** dinamico di barriere linguistiche, diversità culturali, disabilità congenite o acquisite gravi che si fanno sempre più ampi e giustamente meno marginalizzate rispetto ad un tempo, non può seguire percorsi e approcci standardizzati su altri modelli di riferimento.

Anche se va riconosciuto che una risposta di riorganizzazione del territorio

per affrontare il tema della cronicità e delle cure primarie è stata introdotta con l'opportunità offerta dal PNRR, i provvedimenti adottati, lungi dall'essere ancora operativi, dirottano **risorse verso la prossimità territoriale dimenticando però l'ospedale**, non meno bisognoso di interventi urgenti.

Tecnologia e nuove competenze

La tecnologia stessa vive di un rapporto ambivalente con la medicina. Indispensabile ma intrusiva, si insinua con la telemedicina e l'Intelligenza Artificiale a ridefinire rispettivamente il rapporto di cura e il metodo clinico, ponendo problemi etici e normativi. Per chi lavora in sanità occorre quindi sviluppare parallelamente al know-how professionale non solo le conoscenze e le competenze tecniche per interagire con la tecnologia, ma anche **competenze trasversali, o soft skills, per imparare a imparare** modi nuovi di lavoro, che mutano più rapidamente di quelli professionali.

Accessibilità e spesa out of pocket

La realtà è inoltre cambiata anche dal punto di vista dell'accesso alle cure. La difficile accessibilità alle prestazioni di diagnosi e cura ha già riorientato la popolazione verso una **spesa privata** (questa davvero privata pura, cioè “out of pocket”, fuori dal SSN) che globalmente è stimata al 21% e copre in ambito ambulatoriale metà delle visite specialistiche e un terzo degli accertamenti, perseguita con lo scopo di ottenere tempi di attesa accettabili ma anche migliorare la qualità specie se si tratta di consulenze.

Ripensare alla sanità.

Non può dunque essere sufficiente una revisione del Servizio Sanitario, ma un suo profondo ripensamento, un cambio di paradigma. Occorre perseguire obiettivi sostenibili e concreti, che guardino con realismo i bisogni a cui rispondere e le risorse da cui di fatto ci si muove, senza pregiudizi ideologici.

In termini di risorse va valorizzato e tenuto in seria considerazione in senso sussidiario l'apporto del **terzo settore**, che opera già attualmente, silenziosamente, e che attraverso più di 5.500 realtà non profit consente di fornire un quinto dell'offerta sanitaria.

Occorre un **sistema flessibile e resiliente**, capace di modificarsi nella complessità, accompagnandola e sfruttandola come risorsa, invece di tentare di governarla ingessandola in provvedimenti normativi e sanzionatori; bisogna restituire alla complessità la capacità di autogoverno e auto-organizzazione per favorire il controllo e la flessibilità, riducendo la burocraticizzazione e la rigidità dei provvedimenti organizzativi.

Occorre **rivedere l'universalismo**, che alcuni già prefigurano "selettivo", garantendo priorità vere e non determinate dalla disparità indotta dalla ricchezza (che non è solo denaro, ma che vuol dire informazione, cultura, risorse e skills che governano l'accesso più tempestivo ed efficace alle cure) o dal contesto geografico e urbano in cui si abita e si vive.

Va **rivisto il rapporto pubblico/privato**, in modo che si realizzi un'integrazione sistemica, finalizzata ad un servizio sanitario sussidiario, anche diversificato in base alle differenze locali e regionali, ma sostenuto da un'idea forte condivisa e non dal concorrere casuale di condizioni facilitanti od ostative, dettate da interessi, ideologie o geografia.

Vanno ripensati i sistemi di **contrattazione** e i meccanismi di **formazione, qualificazione, specializzazione, e soprattutto di educazione** dei professionisti sanitari.

We have a dream

Ma a monte di tutto occorre **rifondare il significato della cura e porre con chiarezza l'obiettivo a cui l'organizzazione di un servizio sanitario deve rispondere, a partire dal significato stesso di salute**, su cui reinterrogarsi.

Il **servizio pubblico** è culturalmente impoverito, incapace di identificare e indicare il senso per cui val la pena curare una persona malata, di focalizzare la questione del significato a cui ogni strategia deve essere orientata, che viene prima di preoccuparsi della sua efficienza.

Per questa stessa mancanza di senso il **privato accreditato**, alimentato da grandi gruppi che acquisiscono strutture incapaci di sopravvivere, sta muovendosi sempre più alla ricerca del profitto e non solo della sostenibi-

lità, non ponendosi più come interlocutore possibile per una sussidiarietà virtuosa.

È necessario riscoprire una professionalità fondata sulla **relazione di cura** con il paziente – l'altro – che comporta una **dedizione gratuita** per curare chi ci è affidato, ma anche **prendersi cura di chi cura**.

Di questo percorso non ci sono segni strutturati in atto; iniziano tuttavia ad emergere nuove relazioni tra chi non sopporta più di lavorare male e continua a coltivare la passione per la professione: è un germe di novità impreveduto che sfugge alla disillusione generale, ma che deve trovare un luogo in cui essere accolto e sostenuto, per non rimanere solo nel livello individuale.

Se l'esigenza avvertita oggi, e che noi condividiamo, è di una riforma, ci sentiamo di aggiungere che **anche la riforma più perfetta non basta: occorre che sia alimentata da un soffio vitale**. Questo è la capacità di chi c'è, a prescindere dalle risorse materiali di cui è dotato, di fare cura, di trattare la persona secondo le dimensioni del bisogno, di avere come centro del suo interesse un atto terapeutico "funzionale alla capacità di ogni paziente di adempiere la missione che gli è stata affidata all'interno della comunità umana" (Angelo Card Scola). Solo questo rimette in moto la sanità e sa muovere a trovare risorse, riorganizzare con realismo e intelligenza.

Questa posizione ci interessa destare, o cogliere, come una rinascita, una ri-fondazione.

Chi ci aiuterà in questo compito?

Manca un fermento di personalità preoccupate di questo livello. Le competenze necessarie (sanitarie, politiche, economiche) sono compartimentalizzate in contenitori che non si parlano e disperdono le loro energie per corporativismo, interesse, astrazione. Questo è peggio che non avere le risorse economiche.

Abbiamo voluto offrire un primo contributo prima di tutto a noi stessi, per innescare una riflessione e una discussione divenute sempre più urgenti e da sottrarre a strumentalizzazioni di corto respiro. Senza il coraggio di un pensiero, senza un progetto, le risorse economiche vengono solo sprecate. Siamo coscienti dell'esistenza di difformità di vedute su aspetti particolari e sui modelli con cui attuare una riforma (persino all'interno della nostra associazione); pensiamo però sia necessario avere il coraggio di **correre assieme e aprire ad una stagione di dialogo ad ampio respiro, nella certezza che il desiderio del bene comune possa valere più di ogni particolarismo**. Sentiamo questo nostro contributo tanto necessario quanto perfettibile e vorremmo offrirlo a chi tra politici, uomini di cultura – operatori sanitari compresi – desidera confrontarsi e intraprendere un lavoro.

Medicina e persona. Gennaio 2024