



RELAZIONE

del Segretario Generale Nazionale

Silvestro Scotti

Unico e Multiplo

Il ruolo della medicina
di famiglia come faro
della salute nel mare
della complessità
dell'assistenza
territoriale



CONGRESSO NAZIONALE
FIMMG-METIS 2025

8 ottobre 2025

Colleghe, Colleghi, graditi Ospiti,

benvenuti all'83° Congresso Nazionale FIMMG.

Grazie a tutti Voi, ai rappresentanti della politica e delle Istituzioni nazionali e regionali, al Presidente della FNOMCEO Filippo Anelli, ai Presidenti di Ordine, al Presidente dell'ENPAM Alberto Oliveti, ai rappresentanti di altre associazioni professionali, alla rappresentanza dei cittadini e delle associazioni dei pazienti, Cittadinanzattiva, e a tutti quelli che, seppur non presenti, ci hanno partecipato vicinanza e sostegno in occasione di questo Congresso.

Abbiamo aperto la mia relazione con un breve video che vuole racchiudere il senso della ricerca evolutiva e progettuale che FIMMG sta facendo, anche attraverso i propri giovani, per dare risposte alla complessità di problemi che, particolarmente nell'ultimo periodo, hanno impattato sulla medicina generale.

Abbiamo voluto rappresentare, attraverso il posizionamento dei punti luminosi nell'immagine, la costellazione di Asclepio, simbolo di medicina e guarigione, per esprimere l'appartenenza all'Ordine dei Medici: faro di etica e professionalità nella tutela della salute. Un'identità che si fonda sui contenuti propri dei compiti e delle funzioni descritti nell'ACN, ma che trae forza e legittimità dalle solide fondamenta del nostro Codice Deontologico.

Non posso non richiamare su questo passaggio la memoria della dottoressa Maddalena Carta.

Il Suo esempio resta quello di una professionista intellettuale che ha scelto consapevolmente di rimanere tale senza cedere alla deriva del mero tecnicismo sanitario.

Se, come è stato detto, la medicina è l'unica professione che lotta incessantemente per distruggere la ragione della propria esistenza, Maddalena, in questo triste caso, ha scelto pur di NON rinunciare al suo essere medico, di oltrepassare i propri limiti. Ha sublimato l'essenza stessa della professione, donandoci, attraverso le Sue scelte, la possibilità di mantenerla viva nel ricordo e nella testimonianza.

Le scelte di Maddalena – mai come oggi – devono tornare a essere un riferimento. Non solo per la medicina generale, ma per tutti i medici.

Devono ricordare a una società civile, talvolta distratta, il valore e il ruolo che appartengono al nostro essere medico. Un valore che va urgentemente recuperato anche come strumento attrattivo per le nuove generazioni che si avvicinano a questa professione.

Esiste, infatti, un legame diretto tra il valore riconosciuto al medico dalla società in cui opera e il grado di autonomia professionale che gli viene accordato: più forte è il ruolo sociale del medico, più alta è la considerazione di cui gode, maggiore sarà la fiducia e l'autonomia che potrà esercitare nel proprio lavoro.

I medici devono essere riconosciuti come figure centrali nella tutela della salute pubblica e nel promuovere il benessere delle comunità.

Ed è con questa motivazione che, da questo palco e insieme a tutti voi, rinnovo, contando sul forte sostegno delle Autorità professionali e politiche presenti, un appello al Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, affinché venga riconosciuto ufficialmente l'esempio di Maddalena Carta.

A questo appello si collega, con coerenza rispetto a quanto abbiamo sempre affermato, l'esigenza di una nostra autonomia organizzativa e professionale.

Un'autonomia che non è mai anarchia, mai inappropriata, mai disattenzione verso la sostenibilità del sistema; non chiedeteci mai di rinunciare alla nostra responsabilità primaria nei confronti dei bisogni dei nostri assistiti, che per noi restano, oggi e sempre, i nostri primi e veri datori di lavoro.

Un'immagine, una frase, un titolo possono raccontare molte cose.

Possono esprimere emozioni, narrare una storia, catturarne un momento significativo o rappresentare un concetto profondo.

Il titolo e le immagini scelte per questo Congresso racchiudono tutto questo.

Un mare buio di persone.

Medici singoli, ciascuno illuminato come un faro.

Luce che converge, con un'azione multipla e coordinata, verso un punto centrale, un faro di maggiore luminosità.

Il faro è, da sempre, un simbolo potente.

Emette segnali visibili anche a grande distanza, segnala un punto di soccorso, orienta la navigazione in sicurezza.

Allo stesso modo, un medico di famiglia, con la sua attività fiduciaria e di prossimità, può rappresentare per il cittadino un punto di riferimento costante per tutta la sua vita: dalla presa in carico alla prevenzione, dalla diagnosi precoce alla cura, fino all'orientamento verso il miglior utilizzo delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale.

La capacità di un faro, rispetto alle sue funzioni, è definita dalla portata luminosa, ovvero dalla massima distanza a cui la sua luce può essere scorta.

Questo dipende da due fattori principalmente, ovvero l'intensità della sorgente luminosa e la trasparenza dell'aria determinata dalle condizioni atmosferiche.

Un faro viene classificato tale se, in condizione di atmosfera standard, è visibile ad almeno dieci miglia nautiche.

Se il faro ha una portata minore diventa un fanale.

E allora la domanda è inevitabile: oggi, la medicina di famiglia, partendo dal medico unico, vuole essere un faro o rischiare di diventare un fanale?

Quali sono, oggi, le condizioni standard per garantire la piena portata assistenziale di un medico di famiglia unico?

E queste condizioni sono davvero sufficienti a garantirne visibilità, efficacia, continuità?

In assenza dello sviluppo di una funzione multiprofessionale e integrata, non rischiamo forse di ridurre la nostra portata, fino a renderci invisibili nel mare delle richieste di salute?

Così come l'atmosfera può oscurare la luce di un faro, anche l'ambiente assistenziale, se non adeguatamente sostenuto, può limitare la capacità del medico di famiglia di essere realmente ciò che la comunità si aspetta: un punto fermo, visibile, affidabile.

Un faro, non un fanale.

Temi come l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle patologie croniche, le difficoltà organizzative e di personale, la rapida crescita del volume di pazienti pongono sfide concrete alla medicina di famiglia.

Sfide che spesso trovano come unica risposta un incremento dei carichi di lavoro, con conseguente rischio di sovraccarico per i professionisti e, come unica risposta, l'abbandono completo o parziale della professione medica più bella del mondo.

In questo contesto, la tentazione di affidarsi a forme di intermediazione solo tecnologiche è forte. Ma se non governata con attenzione, questa scelta può mettere in discussione le fondamenta stesse della medicina generale, potrà andare ad intaccare la base della relazione medico paziente, condizione imprescindibile per arrivare a quel valore fiduciario, che rappresenta valore irrinunciabile per la medicina di famiglia.

Sarebbe come pensare che, per far arrivare più lontano la luce del mio faro, basti collocare a distanza uno specchio enorme, capace di rifletterne il fascio luminoso.

Ma a quel punto la domanda è inevitabile: chi vedrà quella luce riflessa, e la considererà un punto di aiuto, cosa troverà una volta raggiunta?

Davvero troverà un punto di aiuto? o troverà solo... uno specchio?

Questo non significa che dobbiamo rinunciare all'evoluzione tecnologica, anzi. La tecnologia ha un ruolo fondamentale nel futuro della medicina generale, ma deve poggiare su basi solide:

- il lavoro in team fiduciario,
- l'organizzazione per Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT),
- la presenza integrata di medici di famiglia, personale amministrativo e operatori sociosanitari.

Solo così la tecnologia potrà essere uno strumento al servizio della relazione e non un sostituto della relazione stessa.

Sappiamo tutti che la portata assistenziale del medico unico presenta dei limiti strutturali che vanno affrontati anche all'interno degli ACN e degli AIR, con soluzioni quali l'organizzazione dello studio, la possibilità di avere supporto di personale dedicato, l'essere parte di un sistema di squadra dove i punti bui sull'orizzonte possano essere illuminati da altri fari, potenziando così la portata assistenziale del medico unico.

Appare evidente che le condizioni territoriali, la dispersione abitativa, l'invecchiamento della popolazione, lo scarso investimento sulla prevenzione primaria e secondaria e sulla capacità di diagnosi precoce, per dotazioni strumentali direttamente o indirettamente messe a disposizione del medico di famiglia, rischiano di determinare un ulteriore abbassamento della portata assistenziale poiché, la visibilità in un vero faro è anche condizionata dalla sua altezza e dall'altezza dell'osservatore.

Negli ultimi anni a causa dell'evolversi dei bisogni assistenziali proposti da un numero crescente di assistiti in carico al medico unico e per lo scarso investimento organizzativo e strumentale, noi abbiamo reso sempre più basso l'osservatore/cittadino/paziente e sempre più basso e meno visibile il faro/medico di famiglia.

A questo punto dobbiamo porci ancora una domanda: è stato tutto questo frutto di una strategia?

È possibile che qualcuno, interno o esterno alla categoria, abbia scelto di disinvestire sulla figura del medico di famiglia, proprio in un momento storico segnato da crisi globali, in cui invece sarebbe stato necessario elevare ogni singolo faro, mattone dopo mattone, per renderlo più visibile, più stabile, più accessibile?

In realtà, gli sforzi contrattuali degli ultimi anni, pur se condizionati da norme di Legge in molti casi non più coerenti con l'attualità della programmazione sanitaria e coi bisogni ormai evoluti, sono stati orientati in un'altra direzione, ovvero rafforzare la portata assistenziale del medico unico, mantenendone la specificità fiduciaria, ma al tempo stesso potenziandone la funzione nel coordinamento con gli altri medici della sua AFT.

Il Ruolo Unico non deve essere, come qualcuno vuole far credere o interpretare, una moltiplicazione di compiti e funzioni a carico del singolo medico.

Al contrario, va inteso come un processo di razionalizzazione dell'attività assistenziale, finalizzato a ridurre i carichi di lavoro attraverso organizzazione e lavoro in team.

Nessuno, in questa visione, ha mai pensato che le ore del Ruolo Unico dovessero trasformarsi in medicina di attesa: un modello che il sistema stesso ha dichiarato superato.

Ma altrettanto vero è che pochissimi, finora, si sono davvero impegnati a chiarire quale debba essere l'obiettivo di iniziativa del team di medicina generale.

E senza una chiara definizione di obiettivi condivisi, risorse dedicate e indicatori misurabili, si rischia di lasciare i medici in un limbo organizzativo dove la flessibilità diventa confusione e l'autonomia viene scambiata per abbandono.

Senza sottovalutare il necessario approfondimento degli AIR fioriti negli ultimi mesi, non possiamo ignorare che abbiamo perso oltre un anno e mezzo a discutere di ruolo giuridico, come se questo, da solo, potesse essere la panacea di un sistema in difficoltà.

La verità è che il sistema della medicina generale non ha bisogno di etichette giuridiche, ma di indirizzi chiari, obiettivi coerenti e misurabili, da realizzare attraverso una contrattazione intelligente.

E soprattutto ha bisogno che a ogni risultato raggiunto corrisponda una contropartita concreta: professionale, organizzativa, economica.

Senza questa coerenza tra impegni, risultati e riconoscimenti, il sistema resterà ostaggio di una narrazione che sposta il dibattito senza risolvere i problemi reali.

Se vogliamo ridurre gli accessi nei Pronto Soccorso non dobbiamo creare dei Pronto soccorso di serie B. L'unico modo vero in cui la medicina del territorio può fare filtro, è con una medicina di iniziativa, forte di dotazioni strumentali, applicata su una popolazione stratificata per rischio con gli strumenti informatici già in nostro possesso, che selezionino gli stessi pazienti prevenendo gli scompensi che potrebbero portarli ad una richiesta di secondo livello, sia essa un accesso in Pronto Soccorso, sia esso un contributo all'aumento delle liste d'attesa.

Entrando nel merito dell'ACN vigente e del ruolo unico, temi caldi nelle discussioni sui social con semplificazioni ben lontane dalla verità dei fatti, è necessario chiarire che, non potendo ignorare le Leggi primarie di programmazione dell'ACN della Medicina Generale, e la conseguente ratifica della messa a terra di ACN coerenti con tali Leggi, si è ottenuto e contrattualizzato il mantenimento della nostra autonomia organizzativa per la forza di risposta alle esigenze sanitarie con una idea di adattività e fluidità del medico di famiglia libero professionista convenzionato, capace di auto-organizzazione non più, solo del singolo, ma dell'equipe.

Era chiaro che all'ACN 2024 dovessero seguire atti normativi o direttive di competenza regionale per regolamentare la costituzione territoriale delle AFT e il loro coerente legame con le Case di Comunità programmate dalle stesse regioni.

Era altrettanto chiaro che, in fase attuativa o complementare, gli AIR completassero l'opera evitando di porre ulteriori carichi sul medico unico ma, piuttosto, organizzandone la risposta assistenziale multipla a riduzione di carichi non più sostenibili.

L'AFT rappresenta oggi il rifiuto all'isolamento della medicina di famiglia e deve poter avere dimensioni, struttura e organizzazione coerenti con i bisogni assistenziali, l'offerta di mobilità per i pazienti, le condizioni oro-geografiche dei

territori dove esercita, presentandosi concentrata ove possibile ma anche destrutturata nelle aree a maggiore dispersione.

Alla luce di tali considerazioni appare evidente come sia necessaria la ricerca di una ineluttabile soluzione contrattuale del ruolo dell'AFT, che identifichi funzioni e compiti sia del singolo medico convenzionato sia dell'AFT, che stabilisca un modello retributivo coerente con gli obiettivi di salute delle comunità di pratica, prescindendo dalla loro consistenza numerica ma valorizzando la complessità assistenziale e territoriale.

Per semplicità rispetto a discorsi che da questo palco sono stati fatti da troppi anni per poter essere ancora ignorati, appare evidente che siamo di fronte alla possibilità di evolvere una retribuzione di AFT omogeneizzandone il risultato economico, evolvendo il concetto già espresso da medico/kmq, ai kmq di competenza dell'AFT, creando obiettivi e risultati, resi omogenei, sia per le aree ad alta densità abitativa che per quelle a popolazione dispersa.

Ringrazio i nostri segretari regionali e le rispettive parti pubbliche che hanno siglato gli AIR, ma ancora di più vorrei che tutti noi, insieme da questo Congresso, facciamo arrivare pari ringraziamento e sostegno, allo sforzo di quei segretari che ancora non ricevono risposte adeguate rispetto ad AIR mancanti, per responsabilità della parte pubblica.

Gli AIR servono e devono servire, anche attraverso una maggiore chiarezza negli atti di indirizzo e nei conseguenti ACN, a chiarire la dinamicità del lavoro realizzabile nel concetto di Ruolo Unico.

Non possiamo ignorare che la generazione Z, parte ormai essenziale del nostro ricambio generazionale, cerca un mercato del lavoro dinamico, flessibile e in costante evoluzione.

Un cambiamento legato anche alla trasformazione profonda del concetto stesso di lavoro, accelerata dalla transizione tecnologica, che rende sempre più difficile prevedere cosa sarà il futuro professionale.

Da questa riflessione nasce una consapevolezza: il concetto di ruolo unico, per come oggi è espresso nell'ACN, risulta ormai troppo statico, troppo legato alla figura del singolo medico, e non sufficientemente ancorato all'elasticità funzionale dell'intera AFT.

In questo contesto, il compito del sindacato non è solo negoziare, ma anche superare una difficoltà culturale: quella di una parte pubblica ancora troppo ancorata a schemi contrattuali rigidi, legati a un'idea tradizionale di lavoro misurato in ore e scelte individuali, mai in termini di risultati di équipe.

Da questo approccio nasce, negli ultimi anni, sempre la stessa domanda da parte dei media: *"Quante ore farà il singolo medico di famiglia nella Casa di Comunità?"*

A questa domanda, che continua a misurare un modello superato, ho sempre faticato a dare una risposta. Ma oggi, alla luce di una nuova visione del ruolo, mi piacerebbe rispondere così: "Una, nessuna, centomila".

Perché la risposta non è nelle ore, ma nella funzione, nella presenza, nella capacità della squadra di esserci dove serve, quando serve, per chi serve.

Si afferma sempre di più nel mondo la caratteristica dei cosiddetti "slash worker" o "slashers" dove le giovani generazioni preferiscono essere freelance, scelta che applicata ad un servizio sanitario pubblico, come sta accadendo, può metterne a rischio la tenuta.

È nostro compito non ignorare ma orientare e dare risposte a questa nuova esigenza.

Immaginare il ruolo unico non come una definizione statica, ma come una funzione adattiva, capace di esprimersi in forme variabili di auto-organizzazione all'interno delle AFT, e di coordinarsi in modo funzionale, efficace ed efficiente con le Case di Comunità, significa costruire un modello più moderno, flessibile e attrattivo.

Un modello in cui il singolo medico possa muoversi tra funzioni diverse ma complementari, garantendo continuità, prossimità e qualità assistenziale, senza essere vincolato a una rigida ripartizione oraria o a una sola modalità di presenza.

Questo approccio rappresenta una risposta concreta anche alle aspettative delle nuove generazioni, che chiedono: maggiore flessibilità organizzativa, possibilità di lavoro in team e l'opportunità, dove possibile e utile, di integrare strumenti di lavoro a distanza.

Un'evoluzione coerente con i cambiamenti sociali e professionali in atto, e capace di rendere la medicina generale più interessante, sostenibile e compatibile con le traiettorie personali e professionali delle giovani generazioni.

In una simile prospettiva, il vero vantaggio per la parte pubblica sarà quello di sostenere e valorizzare una medicina generale "slasher", capace di rispondere in modo costruttivo alla necessità di adattarsi — in forma integrata e dinamica — ai cambiamenti del mercato sanitario e dei bisogni di salute.

Bisogni che oggi si esprimono in forme sempre più ibride: pubbliche e private, individuali e socializzate, anche attraverso strumenti come i fondi integrativi e le assicurazioni sanitarie.

In questo scenario, la sfida non è solo accettare la variabilità delle attività svolte dal medico di famiglia, ma trasformarla in un'opportunità: un'opportunità di crescita professionale, forte di un'appartenenza a un sistema pubblico strutturato grazie al convenzionamento, e di valorizzazione delle diverse competenze all'interno della stessa giornata lavorativa.

Il punto centrale è che questa varietà non deve diventare un peso o un fattore di frammentazione, ma un vero e proprio amplificatore di motivazione, capace di

restituire significato, autonomia e coerenza al lavoro quotidiano del medico di famiglia.

Su questo serve un investimento formativo importante che dovrebbe partire dalle stesse facoltà mediche, che si cominci ad investire già durante il percorso di laurea sull'intelligenza emotiva, sulla capacità di interazione con altri professionisti, sulla risoluzione di problemi e sulla gestione del proprio lavoro insieme a quello degli altri.

Continuare a pensare, avendo di fronte dei liberi professionisti convenzionati, di non usare la loro libertà per orientarla alla capacità di adattarsi e di rispondere al cambiamento ma, piuttosto, irrigidirne le caratteristiche in un inquadramento semplicistico di ore e scelte, ci appare perdente.

Lasciamo ai medici la possibilità, con responsabilità e con una redditualità connessa agli obiettivi di salute, di gestire questa libertà al meglio.

È chiaro che il patto con le nuove generazioni ha bisogno di chiarezza sugli obiettivi.

Questo patto ha bisogno di superare però un non detto che crediamo sia necessario affrontare.

Le attuali norme fiscali sul regime forfettario, oggi ampiamente applicate nella nostra categoria, determinano un vantaggio economico immediato, ma implicano, al contempo, la rinuncia all'attivazione di importanti strumenti contrattuali.

Si tratta di strumenti legati ad obiettivi e funzioni retribuite in forma variabile, che se pienamente perseguiti genererebbero un reddito lordo maggiore, ma porterebbero il professionista fuori dal forfettario, con l'applicazione di aliquote fiscali più elevate e quindi, paradossalmente, con un reddito netto inferiore rispetto a chi non attiva tali strumenti.

Il rischio concreto è che quanto previsto nella parte variabile dell'ACN venga percepito non come valorizzazione del ruolo, ma come una perdita economica potenziale.

In questo modo, funzioni rilevanti, ma considerate "accessorie" perché esterne al nucleo clinico-assistenziale tradizionale, finiscono per apparire periferiche rispetto al core della nostra attività, perdendo così attrattività e spinta motivazionale.

È un paradosso che il sistema deve affrontare: non si può chiedere al medico di famiglia di evolversi, integrarsi, coordinarsi e innovare, se fiscalmente si premia l'immobilismo.

Chi può sostenere che oggi, con i bisogni emergenti della nostra popolazione, elementi come vaccinazioni, screening, presa in carico delle cronicità, domiciliarità, incentivi per la digitalizzazione e per il personale siano solo una retribuzione accessoria e non anch'essi core del senso stesso di essere un medico di famiglia?

Serve che le normative su questo punto, che non riguardano solo la nostra forse piccola, forse insignificante area professionale, debbano trovare da parte del Governo soluzioni di equilibrio.

In questo contesto, l'unica proposta realmente praticabile — mantenendo la possibilità per i medici di medicina generale di aderire al regime forfettario — è quella di affiancare misure di defiscalizzazione specifiche applicate alla redditività derivante dalla parte variabile del nostro compenso contrattuale.

Allo stesso modo, si rende necessaria una decontribuzione sul personale assunto, per favorire l'organizzazione di studi efficienti e strutturati, coerenti con il modello di medicina generale auto-organizzata, ma sempre più chiamata a svolgere una funzione pubblica e sociale cruciale.

Una medicina generale che vuole restare libera professione, ma che è al tempo stesso parte strutturale del SSN.

E se davvero vogliamo mantenere sostenibile il Servizio Sanitario Nazionale, e non scivolare lentamente verso la sua privatizzazione o marginalizzazione, allora è essenziale creare condizioni fiscali e contrattuali coerenti con gli obiettivi di salute pubblica che ci vengono affidati.

Altrimenti qualcuno in sede di Atto di indirizzo o di discussione dell'ACN, mi dovrà spiegare il senso di ripartire la nostra retribuzione in una quota fissa ed in una quota variabile, che, probabilmente, si renderà sempre di più inespressa.

Tutto quello di cui abbiamo parlato appartiene a processi che non possono essere contenuti in un unico Atto d'indirizzo previsto per un contratto già scaduto.

Non possiamo però non apprezzarne la ratifica annunciataci durante questo Congresso e ringraziare per il loro impegno il Ministro della Salute Orazio Schillaci, il Presidente Fedriga, il presidente Alparone a cui la Sisac, che ringraziamo nella persona del suo coordinatore Marco Caroli, ha già dato seguito convocando l'avvio delle trattative, per il triennio 22-24 per il 15 di ottobre p.v..

Atto di indirizzo e convocazione non casuali ma fortemente voluti e ricercati da FIMMG lavorando a testa bassa, nei colloqui con i Presidenti di molte Regioni, con gli assetti parlamentari e di governo e con il funzionariato regionale e nazionale. Il segnale sull'immediata convocazione ci rassicura su una rapida discussione negoziale e piena soddisfazione del recupero economico di una categoria ferma a retribuzioni del 2021 con l'obiettivo di chiudere l'ACN prima possibile, forse già entro dicembre.

Ma non basta.

Per la realizzazione di quanto atteso dalla categoria e sin qui affermato in termini progettuali e di evoluzione del concetto di AFT e di ruolo unico, delle caratteristiche di retribuzione, della flessibilità del lavoro, dell'autodeterminazione delle tutele, abbiamo bisogno di un patto con Governo e Regioni che già preveda la predisposizione del successivo Atto di indirizzo e la sua conclusione con un ACN 25-27 prima di giugno 2026.

Questo patto, se sarà realmente rispettato, aprirà la strada a una nuova medicina generale, finalmente messa alla prova in tempo reale attraverso l'applicazione concreta del contratto.

Una medicina generale valutabile con indicatori di processo e di risultato, capace di rendere evidenti e misurabili le proprie potenzialità, ma anche le necessità di investimento specifico per restare al passo con i tempi.

Forse, per la prima volta nella sua storia, la medicina generale potrà dimostrare il proprio valore sistemico, basandosi su dati reali e non più solo su dichiarazioni di principio.

A quel punto, il compito della rappresentanza sindacale dovrà compiere un salto di qualità: diventare strumento di lettura avanzata dei bisogni della categoria, capace di dividerli con le Regioni e portarli con forza all'attenzione del Governo.

Non più soltanto per rivendicare, ma per costruire azioni di finanziamento dedicate, da inserire nelle Leggi di bilancio, per potenziare una medicina generale capace di rispondere in tempo reale all'evoluzione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità.

Questo è il nostro programma.

Questa è la nostra intenzione congressuale.

Questa è la FIMMG della proposta.

E serve più coraggio a proporre che a protestare.

Perché sì, protestare è necessario, ma proporre è avere visione.

Troisi diceva: penso, sogno in napoletano, quando parlo italiano mi sembra di essere falso.

E allora, voglio rassicurarvi: la proposta di questa relazione è stata pensata e sognata in napoletano.

E nel mio sogno tutto si concludeva con un saluto:

Guagliò, 'a Maronn c'accompagna.

FIMMGcè.