

ANNO XXVI
N. 3
MARZO 2019

MONDO SANITARIO

Analisi - Commenti - Ricerche - Esperienze - Documenti - Leggi - Sentenze

IN QUESTO NUMERO

IMPATTO DELLA MUTUALITÀ IN EMILIA ROMAGNA: ANALISI E DATI

**APPROPRIATEZZA DEL TAGLIO CESAREO SECONDO I CRITERI DI ROBSON
IN CENTRI NASCITA DI II E III LIVELLO**

**PRINCIPI DI DIRITTO IN TEMA DI SEQUESTRO PREVENTIVO, AL FINE DI
CONFISCA, DI SOMME INDEBITAMENTE INCASSATE DA UNA CASA
DI CURA PRIVATA CONVENZIONATA**

www.frgeditore.it

FRG
editore

MONDO SANITARIO

(XXVI - N. 3 Marzo 2019)

SOMMARIO

- 1 Impatto della mutualità in Emilia Romagna: analisi e dati**
M. Vella
- 23 Appropriatelyzza del Taglio Cesareo secondo i criteri di Robson in centri nascita di II e III livello**
I. Scinicariello, L. Kundisova, G. Bocci, N. Nante, L. Alaimo
- 31 Rassegna di Giurisprudenza**
(a cura di M. Greco)

MONDO SANITARIO

rivista mensile

Tribunale di Roma, n. 59 del 18 febbraio 1994 (1a registrazione)
Tribunale di Roma, n. 142 del 25 giugno 2013 (2a registrazione)
Iscritto al Registro Nazionale della Stampa al n. 5441

Finito di stampare: marzo 2019

Direzione, Redazione e Impaginazione:

FRG Editore Viale Gorgia di Leontini, 30 - 00124 Roma
Tel. 06.50912071 - Fax 06.50932756 - www.frgeditore.it - e-mail: info@frgeditore.it

Poste Italiane S.p.A. Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/2/2004, n. 46) art. 1, comma 1 - DCB Roma

Distribuzione: Vendita esclusiva per abbonamento

Impatto della mutualità in Emilia Romagna: analisi e dati

MARIA VELLA

Docente in Economia e Gestione del Terzo Settore, DISPI, Università di Siena

Riassunto: *In Italia, la salute – il cui diritto alla tutela è riconosciuto universalmente dall’art. 32 della Costituzione – in base ai dati CENSIS continua a mostrare carenze e disparità territoriali che si sono accentuate nel tempo, aggravate dalla tendenza dei cittadini ad auto-curarsi per evitare spese mediche crescenti. Alla luce di questa realtà, emergono alcune Regioni italiane che, per compensare il ritirarsi del Welfare sanitario pubblico, stanno compensando con politiche locali efficaci ed il ricorso all’offerta di beni e servizi alle Mutue sanitarie, rappresentando delle best practices per tutto il territorio nazionale. In questo articolo viene descritta l’esperienza dell’Emilia Romagna.*

Parole chiave: *sanità e salute, disparità territoriali, best practices, welfare sanitario*

Introduzione

Confrontato con altri Paesi europei, il livello medio della sanità collettiva in Italia è ancora buono, anche se persistono segnali preoccupanti che indicano una diminuzione dello stato di salute degli italiani ed emergenti aspetti sociali negativi. Sanità povertà, emarginazione, discriminazione, fenomeni migratori, disuguaglianze socio-economiche, stili di vita sedentari, isolamento sociale e non solo, anche aspetti comportamentali che specificheremo: fattori che esprimono la necessità di accelerare la risoluzione dei problemi di sostenibilità finanziaria del Welfare sociale pubblico, comune a tutte le economie avanzate.

A questo proposito, il penultimo rapporto CENSIS sulla sanità (“Welfare Day 2017”) (1), basato su un’indagine di mercato condotta su un campione rappresentativo della popolazione italiana maggiorenne (1.000 interviste), evidenziava:

- 13 milioni di italiani (2) (più di un italiano su quattro e 1,2 milioni in più rispetto al 2015) che nell’ultimo anno avevano subito un abbassamento

del tenore di vita per far fronte a spese sanitarie private, una larga quota di “espulsi” dal Sistema sanitario nazionale (SSN), di cui il 76,6% affetti da malattie croniche, non autosufficienti ed a basso reddito.

A ciò si aggiungeva che, tra questi, 12,2 milioni di italiani avevano rinunciato e/o rinviato almeno una prestazione sanitaria per ragioni economiche (con un incremento di 1,2 milioni pari al +10,9% rispetto al 2016) e che 1,8 milioni erano entrati nell’area della nuova povertà (3) (una categoria che il Report CENSIS chiama “salute impoveriti”). Il 36,1% delle famiglie italiane aveva dunque rinunciato ad una prestazione essenziale di Welfare e, di questo, il 56,5% considerando le sole famiglie in condizioni di vulnerabilità economica (4).

Di conseguenza, solo il 20% degli italiani riusciva a tutelarsi attraverso una polizza sanitaria integrativa collettiva (prevista dal proprio contratto di lavoro o dalla propria azienda) o stipulata individualmente (rispetto alla quasi totalità dei francesi, circa il 97,5% ed a più di un terzo dei tedeschi, oltre il 33%).

L'anno successivo (5) la situazione si è ulteriormente aggravata, con 7 milioni di italiani che si sono indebitati per pagare le prestazioni sanitarie e 2,8 milioni che per farlo hanno venduto casa, mentre 44 milioni nel complesso hanno speso di tasca propria, per pagare prestazioni sanitarie per intero o con il ticket.

Dai dati del rapporto precedente, in tre anni (2013-2016) la spesa sanitaria privata italiana era salita del 4,2% (che si traduceva in 35,2 miliardi di euro nel 2016, pari a circa 580 euro pro-capite) (6), percentuale maggiore della crescita della spesa totale delle famiglie per i consumi (nel periodo del +3,4%): spesa *out of pocket* in salita dunque, tenendo conto del fatto che il dato del Report Rbm-CENSIS non includeva l'esborso per le assicurazioni sanitarie private, mentre includeva la compartecipazione sanitaria, cioè i ticket sanitari e quelli per i farmaci che, in termini reali nel 2015 (ultimo dato disponibile) rispetto al 2007, erano aumentati del 53,7% (+162,2% per il ticket farmaci e +6,1% per le compartecipazione per prestazioni sanitarie). L'anno successivo (2017) 2 italiani su 3 (in altre parole, 44,1 mln di persone) hanno dovuto affrontare spese sanitarie di tasca propria per l'acquisto di servizi e prestazioni mediche e l'esborso medio pro capite è ulteriormente salito ai 655 euro (dai precedenti 580 euro), importo che rischia di arrivare a mille euro nel 2025, se non si interverrà al più presto. La spesa sanitaria *out of pocket* è fuori controllo e si stima, nei prossimi dieci anni è destinata a raggiungere la somma di 1.000 euro pro-capite, per evitare il crack finanziario ed assistenziale del SSN. Dai risultati dell'ultimo Report, ha raggiunto la cifra stellare di 40 miliardi di euro nel 2017 (+9,6% rispetto al periodo 2013-2017).

Tra i nuovi poveri, quindi, molti lo sono a causa della sanità.

Un altro fattore evidenziato ed associato ai costi, riguarda le liste di attesa del settore pubblico (7): 31,6 milioni gli italiani rilevati dal precedente Rapporto hanno dichiarato di avere avuto bisogno di rivolgersi al comparto privato per almeno una prestazione sanitaria urgente (8). In particolare, per il CENSIS per le seguenti voci di spesa si fa più fatica ad avere accessibilità alle prestazioni: le visite specialistiche (74,7%), gli accertamenti diagnostici (41,1%), l'odontoiatria (40,2%), le analisi del sangue (31%), l'oculistica (26,6%), le prestazioni per la riabilitazione (14,2%), protesi, tutori, ausili vari (8,9%) e, per concludere, le spese di assistenza socio-sanitaria. Nel tempo, si stanno quindi allungando a dismisura i tempi di attesa dell'offerta

pubblica, provocando l'ulteriore necessità dei cittadini per le strutture private e, di conseguenza, per il pagamento delle prestazioni a tariffa intera (9). Da tutto ciò consegue un impatto economico fortemente diseguale, dato che attualmente la spesa per il Welfare incide maggiormente sul reddito delle famiglie economicamente più vulnerabili che nelle famiglie agiate (10), su chi vive in territori a più alto disagio, su chi ha più bisogno di sanità (come gli anziani longevi, cioè gli over 65 che spendono una volta e mezzo in più rispetto alla classe di età 35-64 anni) e le persone non autosufficienti (che spendono più del doppio rispetto alla media).

Alle gravi ripercussioni economiche, con l'ultimo rapporto CENSIS sono state aggiunte delle ancora più gravi conseguenze, che riguardano l'accentuazione delle disparità territoriali dell'offerta sanitaria, che provoca una crescente sensazione di disuguaglianze e di ingiustizie e la sempre più diffusa tendenza degli italiani all'autoregolazione della salute per evitare i costi della sanità. In particolare, il CENSIS-Rbm nel 2018 evidenzia che il 54,7% degli italiani pensa che i cittadini non abbiano più le stesse opportunità di cura, denunciando l'ampliamento delle iniquità del Sistema sanitario; dal dato medio nazionale del 62,3% si passa, infatti, dal 79,4% di soddisfatti del Nord Est e dal 77% del Nord ovest al 61,8% del Centro ed al 40,6% del Sud e delle Isole. I dati più recenti denunciano quindi un'offerta sanitaria differenziata a livello regionale, per una serie di fattori che spaziano dalla territorialità dell'offerta alle condizioni socio-economiche e demografiche. Ma, ancora più grave, è il fatto che questa circostanza ha provocato il sempre più frequente ricorso all'autoregolazione della salute: il 73,4% degli italiani è, infatti, convinto che sia possibile curarsi da solo (con un incremento del 9,3% rispetto al 2017): il 56,5% ritiene che sia possibile curarsi autonomamente perché ognuno conosce i propri piccoli disturbi e le risposte adeguate e il 16,9% perché è il modo più rapido. I principali canali informativi degli italiani rimangono il medico di medicina generale (53,5%), il farmacista (32,2%) e il medico specialista (17,7%) nonostante la crescita del web (28%). Questi preoccupanti comportamenti si aggiungono a salari e pensioni da fame, precarietà e disoccupazione che stanno spingendo gli italiani a rinunciare ai controlli sanitari, alle cure o ad indebitarsi per affrontare esami e operazioni talvolta vitali, a causa dei continui tagli e delle «razionalizzazioni» della spesa sanitaria

pubblica degli ultimi dieci anni: un sollievo per tante Regioni ed a scapito dei cittadini con redditi modesti. A questo nuovo scenario, come anzi-detto, hanno contribuito anche le dinamiche demografiche, l'invecchiamento della popolazione *in primis*: in tutto il mondo è, infatti, aumentata la speranza di vita media attesa di ciascun individuo e, di conseguenza, gli anni trascorsi con patologie croniche degenerative, che hanno portato ad una sempre più esigente domanda di prestazioni previdenziali, sanitarie e sociali. Insomma, anche l'ultima indagine conferma che ci scontriamo sempre più con un pseudo-universalismo della sanità italiana dietro al quale si celano profonde disegualtanze e livelli di assistenza decrescenti a fronte di un crescente accesso dei cittadini verso la sanità privata, quando possibile.

La situazione attuale esprime sicuramente delle conseguenze che potrebbero essere devastanti per la qualità della vita delle persone e per la funzionalità dei lavoratori, considerato l'emergente ricorso di poco più della metà degli italiani a curarsi utilizzando farmaci senza obbligo di ricetta, acquistati liberamente in farmacia (11).

Il fabbisogno sanitario degli italiani quindi cresce e si ridefinisce per invecchiamento e cronicità mentre la sanità pubblica subisce una continua erosione e, non potendo coprire tutto il fabbisogno sanitario, raziona l'offerta delle prestazioni. Il trend di mercato attuale è quindi caratterizzato da un incremento della sanità privata per le cure pubbliche negate e le disparità di accesso.

Il Sistema Sanitario Nazionale deve perciò essere riorganizzato, sulla base di un modello multipilastro, con nuove regole ed operatori che possano preservare i fondamentali del nostro Sistema Sanitario, garantendo una risposta universale e tutelare il diritto alla Salute anche per le future generazioni. In questa nuova prospettiva si inserisce il ruolo crescente del comparto privato profit e non profit (assicurazioni in primis e mutue sanitarie integrative in espansione) che, negli ultimi anni, di fronte alla crisi, si è andato strutturando in termini di organizzazione, diversificazione e qualità dei prodotti e delle tariffe per colmare le lacune dell'offerta pubblica e soddisfare la nuova domanda di sanità, che si va spostando sui mercati privati. Il Rapporto CENSIS-Rbm 2018 mostra come, attraverso una riorganizzazione dell'attuale sistema delle detrazioni sanitarie, si potrebbe finanziare completamente un sistema di defiscalizzazione che supporti l'adesione di larghe fasce della popolazione a forme di sanità integrativa.

Questa è la proposta che è stata segnalata al nuovo Governo poiché la Sanità integrativa è più conveniente e più equa (12).

1. L'esperienza di welfare dell'Emilia Romagna

Tutto il territorio nazionale, come anzidetto, è stato colpito dal regredire della sanità pubblica ma, il termine sanità non è da confondere con la salute ma è solo una delle variabili che la influenzano (Zamagni, 2017) assieme ad altre componenti che solitamente siamo soliti trascurare, facendo coincidere il concetto di sanità con la salute (13).

La sanità (cioè tutti gli strumenti, le persone e i servizi che lo Stato mette a disposizione dei cittadini), infatti, non è la sola declinazione della salute, ma solo uno degli elementi che ne fanno parte. A questa si aggiungono altre variabili: prima di tutto gli stili di vita di ogni singolo cittadino (14); poi l'ambiente (15), il tipo e la qualità del lavoro (che possono avere ripercussioni fisiche e/o psicologiche di vario tipo sulla salute del singolo), per non parlare poi dell'assenza di lavoro e delle conseguenze sulla qualità e sull'aspettativa di vita, perché quando non si lavora si vive peggio e si innescano una serie di meccanismi che diminuiscono potenzialmente o peggiorano l'aspettativa di vita (16). Infine, la struttura familiare, il sistema educativo e le opportunità socio-economiche che ci vengono offerte da quando nasciamo.

È innegabile che fra queste determinanti, la sanità assieme al lavoro sono le variabili economiche che dominano le politiche e l'opinione pubblica ed in questo scritto abbiamo quindi rivolto l'attenzione al loro andamento in Emilia Romagna, regione "virtuosa" in cui si può parlare della realizzazione di una società del "ben-essere", come risultato di volontà, pianificazione, progettazione, studio dei fattori di impatto, concentrazione dell'idea di prevenzione in tutte le sue declinazioni che, a sua volta, sta conducendo ad effetti positivi di natura economica, ambientale, sociale, sanitaria, relazionale e di partecipazione attiva da parte dei cittadini, incidendo su tutte le sfere di azione e di bisogno della comunità di appartenenza.

Dalle forti disparità territoriali (una sanità "a macchia di leopardo" come evidenza da sempre il rapporto CENSIS) nel panorama nazionale emergono, infatti, delle regioni "virtuose" che potrebbero rappresentare delle *best practices* (17), ossia

l'esempio dell'applicazione di un insieme di regole e di strutture organizzative efficienti (pubbliche e private, profit e no profit) che, in prospettiva, potrebbero garantire una corretta *governance* anche per il resto del Paese. Tra queste, l'Emilia Romagna dove, anche se l'impatto della crisi è stato rilevante, con forti ripercussioni sul mercato del lavoro, sulle condizioni di vita della popolazione e sui costi degli interventi socio-sanitari, con il Piano sociale e sanitario regionale (18) (pensato e scritto nel 2008 e aggiornato negli anni successivi) intendeva sostenere la società ed il sistema territoriale, garantendo a tutti i cittadini di poter dialogare tra loro ed integrarsi per poter continuare da un lato, a mantenere il sistema dei servizi e degli interventi fino ad oggi garantito e dall'altro, per innovare e costruire insieme nuove risposte ai bisogni dei cittadini (19). L'obiettivo regionale era quello di riequilibrare il tessuto sociale e riparare alla crescente sfiducia dei cittadini nei confronti delle istituzioni pubbliche, dato che il Welfare territoriale e comunitario è visto dalle Autorità regionali come una costruzione collettiva, in cui ciascuno è chiamato a contribuire, esercitando il proprio ruolo in modo collaborativo ed integrativo. Questa assunzione di responsabilità sociale è stata richiesta dalla Regione al mondo della produzione, non solo non profit ma anche alle aziende ed ai soggetti profit, quali parti integranti di un mercato competitivo in cui si può contribuire al benessere comune in base alle proprie risorse e competenze (20). L'ultimo Piano sociale e sanitario (per il triennio 2017-2019) ha, infatti, insistito su questi convincimenti, introducendo ed affinando gli strumenti per contrastare esclusione, povertà e fragilità con 39 linee di intervento (21) per sviluppare la programmazione socio-sanitaria del prossimo triennio. In particolare, il nuovo Piano sociale e sanitario dell'Emilia Romagna, avviato quando ancora la più grande crisi economica e sociale non aveva dispiegato i propri effetti, definisce gli strumenti necessari ad affrontare i nuovi bisogni e le profonde trasformazioni in atto nella società, dando priorità all'integrazione tra sanità e Welfare, dettagliando i destinatari e gli indicatori per la misurazione dei risultati economico-sociali (22). Caratteristica di questo Piano è la realizzazione di interventi e politiche "trasversali" per i cittadini: ad esempio la riduzione delle diseguaglianze, la promozione della salute e dell'autonomia delle persone, la qualificazione dei servizi, l'erogazione di prestazioni più vicine al domicilio. Il tutto senza però rinunciare ad investimenti specifici, come quelli ad esempio

destinati alla non autosufficienza, al sostegno per i minori e al "Dopo di noi".

In particolare, la lotta all'esclusione, alla fragilità e alla povertà sarà realizzata attraverso tre strumenti: la legge regionale sull'inclusione socio-lavorativa (n. 14/2015), la legge regionale sul Reddito di solidarietà (Res, n. 24/2016), e l'attuazione del Sostegno per l'inclusione attiva (SIA) introdotto dal Governo. Si tratta di tre "pilastri" che segnalano la volontà regionale di un nuovo approccio ai servizi, basato sulla relazione tra operatore ed utente. Tratto comune è la presenza di *équipe* multi-professionali chiamate a lavorare insieme, a prendere in carico le richieste dell'utenza ed a rispondere con servizi unificati e progetti condivisi: quindi la trasversalità delle competenze.

Inoltre, come secondo obiettivo, viene confermato il ruolo del Distretto (23) quale ambito territoriale privilegiato sul quale orientare la lettura dei bisogni e delle risorse e la programmazione degli interventi sanitari, sociali e socio-sanitari. Circa la metà dei Distretti regionali sono caratterizzati dalla presenza di Unioni di comuni della stessa estensione: questo è un patrimonio peculiare - nel panorama nazionale - dell'Emilia Romagna, che le incentiva con una legge specifica e strumenti di settore. Viene confermata poi la *governance* pubblica, a partire dalla programmazione, al fine di garantire l'equità nell'accesso dei servizi e il controllo dei livelli di qualità; e, per il futuro, si punta a far coincidere l'ambito del Distretto con l'ambito di esercizio associato nell'Unione dei Comuni.

Il terzo obiettivo è quello di far nascere e sviluppare strumenti nuovi, integrativi rispetto ai servizi sanitari e sociali, avvicinandoli sempre più ai cittadini. Un esempio concreto, già presente sul territorio, sono le case della Salute, modello fondamentale, già presente anche in Lombardia, Veneto e Toscana, che si vorrebbe estendere a tutto il territorio regionale per garantire l'accesso, la presa in carico integrata e la continuità ospedale-territorio.

Questi convincimenti lasciano presumere la volontà delle istituzioni pubbliche locali di rivedere il Welfare sociale, nel tentativo di crearne uno moderno sulla base dei nuovi rischi nati all'interno della società. In questo contesto, le organizzazioni del Terzo settore potrebbero effettivamente riuscire a svolgere un effettivo ruolo sussidiario nei confronti dei soggetti pubblici lungo l'intero arco della filiera del Welfare: dalla rilevazione dei bisogni alla co-progettazione fino all'erogazione dei servizi e degli interventi.

2. Alcuni dati demografici dell'Emilia Romagna

Gli ultimi dati forniti dalla Regione riportano che la popolazione dell'Emilia Romagna nel 2016 superava i 4,5 milioni di abitanti (di cui il 12% non ha cittadinanza italiana) e corrispondeva al 7,3% di quella italiana (*cfr.* tab. 1).

Dai dati ISTAT si rileva inoltre che il trend della popolazione residente in Emilia Romagna è stato caratterizzato da una progressiva crescita fino al 2012, mentre negli ultimi tre anni ha registrato un decremento quasi costante dei residenti (nel 2015 ammontava a 4.454.393 di unità). La disparità che si rileva tra i dati ISTAT e quelli della Regione derivano dalla differenza tra popolazione censita (4.446.354) e la popolazione anagrafica (4.634.237): divergenza che si registra in ciascun anno e che comunque, in termini di andamento tendenziale, esprime che nel 2016 (dati ISTAT) la situazione è rimasta pressoché stabile, con lievi discontinuità (dai 4.446.354 abitanti censiti del 2013 ai 4.448.841 del dicembre 2016). In controtendenza rispetto agli ultimi dieci anni, attualmente gli emiliani si contraddistinguono per una condizione demografica stazionaria.

Tab. 1 - Popolazione in Emilia Romagna (2016)
(Fonte: dati Regione Emilia Romagna, 2017)

Classi di età	Unità	Percentuale
0-17	711.268	16%
18-64	2.741.783	61%
>65 anni	1.018.053	23%
>85 anni	163.133	4%
Totale	4.634.237	100

L'indice di vecchiaia (il rapporto tra il numero di anziani con età >65 anni ogni 100 giovani <15 anni), a sua volta, nel 2015 è stato pari a 173,4 (contro i 168 del 2012) indicando che nella Regione, come nel territorio nazionale, aumenta l'indice di invecchiamento della popolazione (con 173,4 anziani ogni 100 giovani nel 2015). Inoltre, la quota dei "grandi" anziani (con più di 75 anni) è pari al 12,4% del totale residenti, mostrando un andamento tendenzialmente crescente, dato che la speranza di vita alla nascita ha raggiunto gli 80 anni per i maschi e 84,7 anni per le donne. I dati demografici parlano quindi di una popolazione che continua a invecchiare e di "grandi anziani" (560.835)

che rappresentano più di una persona su dieci residenti. Di conseguenza, ciò provoca un accresciuto carico di lavoro delle donne in casa (24) (di 4 volte superiore a quello degli uomini) (25) che implica difficoltà nel sostenere l'ulteriore impegno familiare, in termini di cura: donne occupate e con figli, sovraccariche per dedicarsi alla cura dei genitori anziani a cui riferire un indice di dipendenza (26) del 57% (dato dal rapporto tra il numero di individui in età non attiva, 0-14 anni e >65 anni, ogni 100 in età 15-64 anni, nel 2013). Vale a dire che 100 donne in età attiva, oltre a dover far fronte alle proprie esigenze, hanno teoricamente in carico altre 57 persone non attive che risultano, quindi, dipendenti. A conferma di quanto anzidetto, in Emilia Romagna oltre il 40% della popolazione (27) (1 milione e 100 mila), di età compresa tra 15 ed i 64 anni, dichiara di prendersi regolarmente cura di qualcuno (figli coabitanti minori di 15 anni, altri bambini, adulti disabili, malati, anziani): competenza che solitamente si riversa soprattutto sulle donne.

In questa dinamica, la percentuale degli stranieri è costantemente cresciuta fino a superare il 12% della popolazione regionale, è molto variabile per provincia e per provenienza degli immigrati, con tre comunità maggiormente rappresentate, ossia Romania, Marocco ed Albania. Fanno eccezione la provincia di Parma (con la Moldavia al 1° posto), Reggio Emilia (con l'India al 3° posto), Ferrara e Rimini (con l'Ucraina al 3° posto). La somma degli abitanti immigrati delle prime cinque comunità più numerose (Romania, Marocco, Albania, Moldavia, Ucraina) supera di poco il 50% del totale immigrati (27.461 nel 2016 per l'Istat). Nel corso degli anni si è anche verificato un certo aumento della componente femminile dei flussi migratori (nel 2013 le donne immigrate hanno superato gli uomini). A ciò si aggiunga il fatto che, a fronte di una crescita a ritmi molto contenuti della popolazione regionale (previsioni fino al 2020) la crescita demografica è supportata da nascite (1 bambino su 3) da madri straniere (28), denunciando uno spiccato cambiamento della composizione della cittadinanza, che sarà sempre più eterogenea e multiculturale.

2.1. Effetti economico-sociali dei mutamenti demografici

La continua variazione della componente demografica evidenziata nella Regione, così come nel territorio nazionale, ha ovviamente provocato forti ripercussioni sull'economia del territorio e

sui sistemi di welfare, con conseguenze in ciascuna regione italiana dove, contemporaneamente, le amministrazioni pubbliche locali hanno dovuto iniziare a governare con risorse sempre più scarse, in presenza di nuovi rischi e bisogni sociali prima sconosciuti. Ciò consegue anche al recente stravolgimento delle fasi nei cicli di vita dei cittadini, prima costruite su un modello standard ormai superato, caratterizzato da una successione ordinata nel tempo (formazione scolastica del giovane, inserimento nel mondo del lavoro, creazione della famiglia in età adulta e pensionamento da anziano), che oggi rende sempre più inadeguato il disegno di buona parte delle politiche pubbliche sociali.

A titolo esemplificativo, basti considerare che, nella Regione, come nel resto del paese, è profondamente mutata anche la struttura della famiglia, con la crescita delle famiglie uni-personali (che rappresentano oltre un terzo del totale) e di nuclei familiari "monogenitore", con almeno un figlio minore (dai dati dell'ultimo censimento ISTAT oltre 82.100, di cui circa 70.550 composti da madri sole con bambini e ragazzi). La dimensione media della famiglia si è quindi progressivamente ridotta (passando da 2,41 componenti nel 2001 a 2,25 nel 2011); la stima è che possa ridursi ulteriormente fino a 2,14 componenti al 2020.

Da un punto di vista demografico, la popolazione emiliana presenta quindi un dinamismo epocale che, cambiando quantitativamente e qualitativamente la composizione della popolazione, modifica sostanzialmente gli stili di vita ed i modelli di consumo del mercato alterando, come detto, i precedenti equilibri economico-sociali del mercato interno.

Queste circostanze hanno generato nuove situazioni di povertà, sia materiale che educativa, rendendo necessarie adeguate ed innovative risposte di sostegno; le modalità con cui gli individui formano la famiglia e la sua composizione riveste, infatti, una notevole importanza in ambito sociale, per la funzione di supporto, di rete e di assistenza che la medesima crea attorno ai suoi membri e per i riflessi che genera in termini di servizi socio-assistenziali.

2.2. Povertà relativa ed interventi attivati in Emilia Romagna

Le famiglie che vivono in condizione di povertà relativa (29) rappresentano il 4,8% del totale di quelle residenti in Emilia Romagna (30) (2014), situazione causata dalla perdita del lavoro di uno o

più componenti la famiglia e ciò è stato riscontrato soprattutto per quelle di nazionalità straniera o numerose, con presenza di minori e/o anziani. Negli anni è emerso anche un crescente disagio abitativo: gli fratti emessi sono saliti da circa i 3.500 nel 2001 a 6.800 nel 2014 (di cui più del 30% per morosità) ed è cresciuto anche il numero di pignoramenti di case abitate dai proprietari. Con l'aumento della disoccupazione e la riduzione dei salari si ha un effetto diretto sulla salute (ben-essere) perché il lavoro è la fonte principale di inclusione sociale (31) e la mancanza di lavoro o la riduzione dei salari provoca ulteriori fattori di rischio (cosiddetti determinanti prossimali) che mediano l'effetto sulla salute dei determinanti distali, quali i fattori materiali (il reddito necessario per garantire una vita sana), i fattori psico-sociali (32) (lo stress finanziario per un debito personale o dell'impresa, la solitudine, l'isolamento e il senso di esclusione sociale di chi ha perso il lavoro), i fattori di rischio professionali (le condizioni di vita sul lavoro, la sicurezza ed igiene sul lavoro, gli infortuni) ed i fattori di rischio comportamentali (33) (fumo, alcool, gioco d'azzardo, alimentazione ed esercizio fisico).

La dinamica demografica, anche in questo caso, ha provocato grandi stravolgimenti sul mercato occupazionale: i lavoratori non sono più omogenei come nel passato e, soprattutto, non possono più contare sui contratti che prima garantivano stabilità e sicurezza. L'esplosione della tecnologia sta, infatti, generando una restrizione della base produttiva ed una polarizzazione dei redditi e delle posizioni di lavoro tra chi possiede nuove abilità e professionalità e chi ne è escluso. Ciò è confutato dall'importante aumento delle ore di cassa integrazione autorizzate in Emilia Romagna (34) (dagli 8 milioni di ore nel 2008 ai 92 milioni di ore nel 2012): le categorie colpite sono soprattutto quelle degli immigrati, con oltre un giovane straniero su cinque privo di occupazione pur cercandola attivamente, contro un italiano su dieci.

Alla povertà relativa (per perdita di lavoro, disoccupazione, per spese impreviste, ecc.) ha fatto seguito una sorta di povertà, materiale ed educativa per l'infanzia, a causa degli elementi di fragilità che si ripercuotono sull'intero arco della vita, in termini di opportunità scolastiche, lavorative, sociali e relazionali. Ma i bambini ed i ragazzi odierni rappresentano le generazioni future, una risorsa fondamentale per lo sviluppo della società e della comunità regionale e, pertanto, nel territorio vengono sostenuti in tutte le tappe della crescita, con l'obiettivo di perseguire il loro benessere

psico-fisico. A questo proposito, le politiche sociali regionali rivolte all'infanzia vantano una copertura territoriale dei servizi rivolti alla prima infanzia (tra 0-2 anni) pari al 98% della popolazione, con 32,7 posti disponibili ogni 100 bambini (0-2 anni). L'Emilia Romagna conta complessivamente 1.560 scuole dell'infanzia [nidi d'infanzia (35), micronidi, sezioni primavera connesse a scuole di un Ente religioso]: di queste oltre la metà sono non statali (833 istituti privati, paritari e comunali paritarie) e 727 pubbliche. In carico ai servizi sociali si registrano (36) 54.500 bambini (8 bambini ogni 100 minori residenti), con interventi che vanno dai benefici di natura economica agli interventi educativi (l'affiancamento familiare, l'affidamento part-time, ecc.) Si tratta per la maggior quota di minori stranieri (peraltro in aumento), in carico ai servizi sociali per problematiche attribuibili al nucleo familiare di origine (per l'80% dei casi) e per motivi legati a deprivazione economica (37) (per il 62%). Come risposta ai diversi bisogni dei bambini e dei ragazzi accolti la Regione offre diverse tipologie di comunità (38) pubbliche, che spaziano dalle strutture di tipo familiare (come le comunità familiari e le case famiglia multi-utenza) alle strutture educative (come le comunità educative ed educative integrate, sia residenziali che diurne). A queste si aggiungono comunità di pronta accoglienza, strutture per l'autonomia (gruppo appartamento e comunità per l'autonomia) e comunità per gestanti e madri con bambino. Nell'ambito degli accordi tra Regione e cittadinanza, è stato firmato (39) nel 2017 un protocollo d'intesa sui minori stranieri abbandonati, che istituisce l'elenco dei Tutori Volontari (cittadini che potranno scegliere di essere selezionati e formati per essere non solo rappresentanti legali): questa iniziativa è espressione di una nuova forma di genitorialità sociale e di cittadinanza attiva, in grado di accompagnare i bambini verso il ricongiungimento familiare (quando è possibile), la maggiore età e l'indipendenza (40). La percentuale di minori in Emilia Romagna in condizione di povertà assoluta è del 9,5%, pari a 65.000, con un aumento del 4% dal 2012 al 2013.

Dai temi suesposti è evidente che il tema della uguaglianza e delle opportunità non si manifesta più, come nel passato, soltanto in termini di ricchezza, povertà o di genere ma sempre più in base alla cittadinanza. Di conseguenza, pur aumentando la quota dei cittadini stranieri, soprattutto tra le generazioni più giovani, sussistono disparità, in termini di opportunità di lavoro tra italiani e stranieri, sia attuali (nel mercato del lavoro) che

future (in termini di istruzione e competenze) e ciò, a sua volta, tende ad aumentare la quota di popolazione più esposta ai rischi di fragilità lavorativa e di futura esclusione economica (41).

Le anzidette problematiche demografiche ed economiche richiedono interventi sociali da parte dei servizi territoriali pubblici locali ormai improponibili, anche per il cospicuo aumento delle persone in carico per l'erogazione dei servizi sociali, di carattere individuale o di gruppo. Nel 2012 le persone che in Emilia Romagna si sono rivolte agli sportelli sociali sono state 154.910 (pari a 3 persone ogni 100 abitanti), in prevalenza donne italiane di 50 anni (42). Le richieste più frequenti sono state: il 39% per sostegno economico (buoni spesa, buoni pasto, integrazione rette, pagamento utenze e contributo affitto); il 26% per supporto alla persona, alla famiglia ed alla rete sociale (supporto educativo, psicologico e formativo); il 6% attività di sostegno per esigenze abitative (intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi). La quota rimanente ha riguardato pratiche amministrative (consulenza per la certificazione ISEE, mensa scolastica, trasporto, ospitalità in strutture residenziali, nidi e servizi prima infanzia).

Ad aggravare questo già preoccupante scenario, ha contribuito l'accrescimento dei nuclei familiari esclusi dagli interventi pubblici: si tratta di quelli non abbastanza poveri ma molto fragili perché potrebbero scendere al livello di povertà al primo evento avverso (per spese o disoccupazione) o a causa di limitazioni drastiche dei finanziamenti pubblici per l'assistenza socio-sanitaria (ai non autosufficienti ad esempio, sia residenziali che domiciliari): il Welfare emiliano esclude, infatti, la classe media della popolazione ed i servizi abilitati sono diretti a situazioni di fragilità estrema (non solo malati ma anche molto poveri). Questa circostanza è diffusa su tutto il territorio nazionale dato che in Italia non si seleziona l'anziano più bisognoso da assistere ma, all'opposto, si persegue una politica che distribuisce a tutti i bisognosi in modo orizzontale e con risorse esigue, con una prevalenza dei trasferimenti monetari piuttosto che dei servizi (43). L'ultima revisione (2015) dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) ha, in effetti, introdotto diverse novità fiscali per le persone non autosufficienti e l'equiparazione di alcune prestazioni assistenziali (quali pensioni di invalidità erogate dall'INPS e pensioni sociali) a veri e propri redditi, che hanno contribuito ad innalzare l'indicatore: la conseguenza indiretta è stata quella di obbligare gli

utenti a pagare quote più elevate di compartecipazione alle spese per sanità e per i servizi sociali locali, con gravi conseguenze per la società (in termini di costi economici e sociali) e col rischio di non garantire a tutti i cittadini pari opportunità di assistenza e di cura.

3. Ruolo delle Mutue Sanitarie (SMS) in Emilia Romagna

L'Associazione ISNET (44) ha censito in Italia 1.114 SMS, delle quali molte ultracentenarie (il 47,5% sono state fondate prima del 1886), anche se moltissime contano una manciata di soci: il 55% con meno di 200 soci e quelle con più di 5.000 soci non superano il 3,5% del totale. Tra queste ultime la mutua MBA (350mila soci), la Cesare Pozzo (142mila) e la bolognese CAMPA (più di 44mila); per il resto si tratta di un universo polverizzato anche se, per il 2017, si stima un aumento della base associativa del 5,5% di questo comparto (45), in considerazione del fatto che, nell'ultimo quinquennio, i soci delle società minori sono più che raddoppiati (dati FIMIV). Nel territorio dell'ER, sede di CAMPA (una fra le maggiori SMS), oltre ad un significativo intervento pubblico territoriale, sebbene in diminuzione (46), si registra un'incisiva presenza di queste imprese, punto di riferimento per la progettazione e la sperimentazione di interventi (47) socio-sanitari innovativi. È un universo ampio, eterogeneo e qualificato di soggetti attivi, produttori di molti servizi sociali, educativi, socio sanitari e sanitari con l'obiettivo di migliorare il benessere sociale, cioè la soddisfazione dei bisogni della comunità (48). L'agire collettivo del No Profit è, infatti, finalizzato a ridurre le disparità economico-sociali, a generare virtù civili quali fiducia interpersonale, collaborazione, solidarietà etc. ed a gestire democraticamente l'organizzazione, per favorire partecipazione e libertà sociale tra tutti i membri della comunità. In questo territorio le Società di Mutuo Soccorso ricoprono un effettivo ruolo integrativo, nel senso che garantiscono al Welfare di potersi rinnovare, creando relazioni attraverso cui il pubblico può interagire con il non profit in una dimensione solidaristica. Quindi le Mutue Sanitarie emiliane assumono un ruolo centrale creando, attraverso la loro azione, un importante rinnovamento culturale, in cui i servizi alla persona assumono un nuovo valore e significato

tanto da venire identificati come beni relazionali (il termine relazionale sta ad indicare le relazioni sociali che si vanno a creare tra i cittadini di una stessa comunità). Queste imprese, operanti in ambito sociale e sanitario, contrastano la scarsità di beni relazionali, rendono compatibili gli obiettivi di universalità dello Stato Sociale con la sostenibilità economica del Paese, sensibilizzano maggiormente i cittadini sulle tematiche riguardanti le diverse malattie e patologie creando una domanda più informata sulle problematiche in ambito sanitario: sono perciò le nuove tipologie di produzione dei servizi socio-sanitari che agiscono in sinergia con il settore pubblico (facendo parte dell'offerta dello Stato Sociale) per soddisfare i bisogni dei cittadini creando un clima di democrazia, compartecipazione, capitale sociale e beni relazionali.

3.1. Dimensione e peculiarità delle SMS in Emilia Romagna (49)

Le Società di Mutuo Soccorso in Emilia Romagna aderenti alla FIMIV sono dodici (2016):

CAMPA (50) (sede Bologna): nasce nel 1958 la Cassa Assistenza Malattie Professionisti, Artisti e Lavoratori Autonomi dall'unione di un gruppo di professionisti bolognesi, ispirata agli ideali delle Società di Mutuo Soccorso, con lo scopo di garantire protezione ed assistenza sanitaria ai propri soci, offrendo la copertura delle spese necessarie per controllare, mantenere o ripristinare la salute mediante un rimborso o assumendole direttamente presso una rete di strutture convenzionate. CAMPA ha l'esperienza e la forza di coniugare il potere contrattuale derivante da un alto numero di associati con la possibilità di fornire strutture sanitarie convenzionate di altissima qualità, in stretto rapporto con il territorio, per consentire agli associati la libera scelta di servizi consoni alle loro esigenze. Possono iscriversi a CAMPA (art. 4 dello Statuto) i liberi professionisti, gli artisti, i lavoratori autonomi, imprenditori, dirigenti e coloro che comunque esercitano o hanno esercitato una attività lavorativa oltre alle persone giuridiche (fondi sanitari integrativi, società di mutuo soccorso) che stipulano convenzioni per coperture collettive riservate a propri iscritti e soci (a condizione che questi fruiscano delle prestazioni assistenziali erogate da CAMPA, in applicazione del principio della mutualità mediata) (51). Il limite di età per l'iscrizione è di 70 anni, ma si può superare se si

iscrive anche il nucleo familiare (in cui un componente abbia meno di 70 anni).

L'attività di assistenza fornita da CAMPA (52) prevede la diversificazione in: quattro Piani di Assistenza completa più quattro Piani di assistenza parziale e due Piani di assistenza abbinabili da offrire a ciascun cittadino in base ai differenti bisogni, alle proprie esigenze specifiche ed alla propria disponibilità economica.

CAMPA appartiene a tutti coloro che vi aderiscono (53) ed amministra le risorse che i Soci decidono di destinare alla protezione della propria salute, seguendo il metodo di una partecipazione democratica e trasparente. La trasparenza tra l'organizzazione e gli iscritti porta ad una riduzione delle asimmetrie informative (54) e la scelta delle prestazioni rimborsabili è correlata ai bisogni del socio che rappresenta il perno attorno al quale ruota tutta l'organizzazione; il rapporto di fiducia col socio mira ad una riduzione del verificarsi di fenomeni di mercato, come il rischio morale (*moral hazard*) (55). La società richiama il singolo iscritto al senso di responsabilità che deriva dalla consapevolezza di essere, in quanto Socio, parte di un complesso organismo appartenente a tutti, un'organizzazione a cui poter far ricorso in caso di bisogno, senza mai dimenticare il principio di solidarietà sul quale si fonda. Un'educazione che spinge il singolo iscritto a partecipare attivamente alla vita di CAMPA e concentrarsi prevalentemente sugli interessi della collettività piuttosto che su quelli individuali (56). Un'educazione che porta anche ad un maggiore rispetto verso i principi mutualistici ed inducono all'utilizzo più appropriato dei servizi sanitari messi a disposizione (57). Gli iscritti sono oltre 43.000 distribuiti per il 67% in Emilia Romagna e il restante in Lombardia, Toscana, Lazio, Marche, Veneto, Liguria, Friuli Venezia Giulia. Dal bilancio 2015 la percentuale di restituzione ai soci (erogazioni sanitarie/contributi) è stata pari all'84%. Il 2017 è stato un anno positivo per la Società che ha registrato un incremento complessivo del numero degli assistiti (del 10,4% pari a 8.870 nuove iscrizioni, di cui l'85% relative a coperture collettive aziendali inserite nel Fondo Sanitario). Al netto delle cessazioni si è evidenziata una crescita netta di oltre 4.000 assistiti, che oggi complessivamente superano le 44.000 unità. CAMPA si conferma quale SMS di eccellenza nella Regione Emilia Romagna.

FARE MUTUA (58) (sede a Bologna, Forlì e Ravenna): nata nel 2013 (59) (la più giovane tra le

SMS dell'ER) per promuovere innovazione e valore dentro l'idea di un nuovo Welfare di comunità. Ha per scopo la solidarietà sociale e sanitaria, non ha fini di lucro ed opera unicamente a favore dei propri Soci e dei loro familiari, anche in attuazione del principio della mutualità mediata (60).

I Soci si suddividono in tre categorie:

soci fondatori: coloro che hanno costituito la mutua contribuendo alla formazione del fondo iniziale;

soci ordinari: tutte le persone fisiche che ne facciano richiesta, altre Società di Mutuo Soccorso (a condizione che i membri siano persone fisiche e siano beneficiarie delle prestazioni rese dalla Società), nonché i Fondi Sanitari Integrativi in rappresentanza dei lavoratori iscritti (61). Le sezioni Soci hanno lo scopo di mantenere vivo e consolidare tra i Soci il vincolo associativo proprio dell'organizzazione mutualistica, di partecipare alla definizione dei programmi delle prestazioni mutualistiche, di mantenere i rapporti tra loro e il Consiglio di Amministrazione;

soci sostenitori (63): possono essere persone fisiche e giuridiche, pubbliche e private, nonché enti associativi che, attraverso la loro adesione o i loro conferimenti patrimoniali a titolo di liberalità, possono favorire in modo rilevante il perseguimento degli scopi della Società.

Le prestazioni offerte da FARE MUTUA consistono in forme di Assistenza Integrativa Sanitaria e Socio-Sanitaria a migliaia di persone che oggi rinunciano all'assistenza sanitaria pubblica o non godono di una copertura sanitaria integrativa prevista dal contratto collettivo di lavoro. Le prestazioni del SSN sono integrate con un meccanismo di mutuo aiuto che consente di ottenere i servizi a costi contenuti, con particolare attenzione alle persone affette da patologie croniche, alla non autosufficienza e in generale a chi ha minori tutele (come i precari ed i lavoratori autonomi).

I Piani sanitari e Assistenziali sono distribuiti in modo innovativo nei punti vendita delle Coop, dove i cittadini-consumatori manifestano scelte e soddisfano bisogni, trovano opportunità ed informazioni, qualità e valore aggiunto, solidarietà e ora anche soluzioni per le spese sanitarie. Quindi le polizze si sottoscrivono direttamente nei Punti Coop e si pagano alle casse dei supermercati. Si tratta di tre programmi (in Allegato 1), con costi e gradi differenti di copertura socio-sanitaria, che si possono sottoscrivere fino agli 80 anni di età ed essere estese anche ai familiari (cessano agli 81 anni

anche per tutti i componenti del nucleo familiare). Sono rivolti ai soci Coop. Per l'erogazione delle prestazioni FARE MUTUA ha sottoscritto una convenzione con Unisalute, società del gruppo Unipol, specializzata in assistenza sanitaria (con 5 milioni di clienti e migliaia di strutture convenzionate in tutta Italia). Al 31 dicembre 2015 FARE MUTUA contava 19.400 soci, dei quali oltre 14.000 lavoratori delle cooperative sociali, 2.000 lavoratori di altri settori (edile, dei servizi, agricoli, trasporti e commercio), circa 1.900 di altre categorie (di cui poco più di 1.500 soci Coop) e il resto pensionati di varie categorie lavorative. Nel 2015 si sono registrati proventi di poco inferiori ai 3 milioni di euro (63).

A queste due principali SMS se ne aggiungono altre dieci minori:

SOCIETÀ OPERAIA DI BOLOGNA (64): il censimento del 1861 registrava per il Comune di Bologna (nei confini dell'epoca) una popolazione di 109.395 abitanti, di cui oltre la metà analfabeti (65). L'associazione non era composta solo da operai ma anche dagli esercenti un'arte e da capi negozio ed industria (erano comprese 34 arti tra le più svariate) Si trattava di riunire, di organizzare, di associare uomini di modestissimo livello culturale ed economico ed imprimere ad essi una coscienza morale prima ancora che sociale e politica (66). La società Operaia cercò fin dall'inizio di far comprendere ai propri soci la necessità di confidare esclusivamente nelle proprie forze unite e organizzate per uno scopo comune e per questo può considerarsi pioniera dell'emancipazione umana (67): dallo spaccio per le farine (primo nucleo di quella che sarà poi la cooperazione di consumo bolognese) ai Comitati di istruzione (che avevano il compito di fare degli incontri la domenica sui doveri dell'uomo verso Dio, verso la società, verso la famiglia, verso se stessi); dall'istituzione della Lega per l'istruzione popolare (con presidente Giosuè Carducci) al Comitato sanitario e di soccorso (che svolse una intensa opera di educazione sanitaria ai lavoratori e familiari superstiti insieme ad altre Società e Cooperative). Alla società risale l'istituzione di una biblioteca circolante, a disposizione di tutti i lavoratori, la futura Biblioteca Popolare (tutt'ora esistente presso la Biblioteca Comunale dell'Archiginnasio); la farmacia Cooperativa (nel 1899 e dal 1951 con sede in via Oberdan) che perseguiva lo scopo di devolvere i benefici netti dell'azienda a profitto della Società operaia

stessa, profitti che venivano destinati all'erogazione gratuita dei medicinali ai soci infermi ed ai fruitori del sussidio di malattia. Nel 1900 la Società Operaia inaugurava l'Università Popolare e, in seguito, la Cooperativa Arti Costruttrici, la Cooperativa provinciale fra calzolai, sellai e orlatrici (viste le condizioni miserabilissime degli operai) ed una Cassa pensione per la vecchiaia (in collaborazione con Garibaldi) (68). Nel 1870 la Società Operaia di Bologna costituì una Azienda Prestiti con lo scopo di consentire ai soci operai modesti prestiti in danaro, garantiti sull'onore e sulla fiducia che ispiravano le loro capacità di lavoro. Questa decisione portò (nel 1883) all'istituzione della Cassa Cooperativa di Credito divenuta poi Banca Operaia (69).

Dalle iniziative della Società Operaia di Bologna risalgono quindi la Banca Operaia di Bologna, la farmacia Cooperativa e l'Università Popolare. Attualmente la Società, con un basso numero di iscritti (230) e la mancanza dei finanziamenti prima erogati dalla Banca Agricola Mantovana (acquisita nel frattempo dalla Banca Monte Paschi di Siena), può concedere ai soci solo sconti del 20% sull'acquisto di medicinali presso la Farmacia Cooperativa ed interviene in alcune manifestazioni culturali. I valori formativi dell'attività sociale sono: la fratellanza, la solidarietà, la moralità, il mutuo soccorso ed il miglioramento morale, culturale ed economico dei lavoratori. Lo statuto vigente è sempre quello del 1898 (70). Possono essere soci: operai, impiegati, commercianti, artigiani, agricoltori, professionisti, industriali e comunque tutti i lavoratori che abbiano la loro residenza o la sede di lavoro nella provincia di Bologna. I proventi finanziari dell'attività derivano dalle quote annuali dei soci, dai contributi/oblazioni/lasciti da parte di Enti o privati e da rendite immobiliari e mobiliari.

SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO FRA GLI OPERAI DI CARPI (Carpidiem, Modena): nata sempre nel 1860 al fine di autofinanziare gli operai carpigiani che all'epoca non usufruivano di alcuna forma di mutua e assistenza (71). La Società è proprietaria di immobili con i quali si autofinanzia. Si diventa soci della Società se si è residenti a Carpi da almeno 5 anni, età minima 18 e massima 45 anni, se si gode di buona salute e se si ha fama di persona onesta.

SOCIETÀ OPERAIA DI MUTUO SOCCORSO (sede Modena): nata nel 1863 per volere del Conte Camillo Guidelli il quale progettò, diresse ed attuò

il primo grande sistema locale degli istituti di previdenza fondato non tanto sulla carità pubblica, privata ed ecclesiastica, quanto piuttosto sulla solidarietà, sul lavoro e sul mutuo soccorso all'interno di libere associazioni tra i cittadini, operando dal basso. L'istruzione e l'assistenza mutualistica furono i due compiti prioritari della Società Operaia, con l'apertura di scuole serali e domenicali, con sussidi di malattia e con l'erogazione a Modena delle prime pensioni di vecchiaia. L'Istituto Alimentare, attivo dai primi anni del Novecento, la Banca Popolare di Modena (ora dell'Emilia Romagna), il Patronato per i figli del popolo, la Società di Sandrone e il Teatro Storchi sorsero grazie all'azione della Società Operaia di Modena. Iniziative culturali legate ai bisogni di istruzione e di formazione dell'epoca, con un supporto concreto alle famiglie (c'era molto analfabetismo) che si manifestava con la costruzione di diverse Biblioteche per dare la possibilità di studiare ai figli degli operai (72). Nel 2014 i soci erano 481.

S.M.A. SOCIETÀ DI MUTUA ASSISTENZA (sede Modena): fondata nel 1948 per iniziativa degli artigiani aderenti alla Confederazione Nazionale Artigianato (CNA) conta attualmente 2.200 soci, in particolare a Modena ma anche nel resto dell'Emilia Romagna e in Toscana. I soci di riferimento sono ancora prevalentemente gli imprenditori, anche se nel tempo l'operatività è stata estesa ai dipendenti per la recente gestione di alcuni fondi sanitari integrativi di importanti imprese, cooperative ed associazioni ed anche per l'attenzione e le tutele rivolte ai lavoratori atipici. Le coperture sanitarie sono garantite attraverso diverse formule, in grado di soddisfare le differenti esigenze dei soci (74) (malattie, infortuni, ricoveri, interventi, diagnostica, protesi, odontoiatria, occhiali, assistenza infermieristica e domiciliare). Nel 2015 contava 6.213 soci e 213 centri convenzionati.

SENATORE ISAIA LEVI SMS (sede Bologna): nata nel 1960 questa Società di Mutuo Soccorso, a cui possono aderire i dipendenti della Zanichelli (anche con contratti di lavoro a tempo determinato, purché non inferiori ad un anno) che si impegna finanziariamente nella mutua con versamenti e con i rendimenti dei titoli investiti. È amministrata da un consiglio di amministrazione eletto dai soci e mentre un tempo integrava il trattamento pensionistico oggi eroga prestazioni di due tipi:

1) contributi di carattere familiare (sussidio ai soci per spese degli asili nido o per gli studi universitari; assegno integrativo al figlio del socio deceduto fino al raggiungimento della maggiore età) oltre a limitati sussidi per anzianità per i soci pensionati;

2) assegni assistenziali ai soci in servizio attivo presso Zanichelli ad integrazione di prestazioni sanitarie non fornite dal SSN (contributi per protesi, per cure odontoiatriche, per spese oculistiche o per protesi acustiche).

Alla fine del 2006 i soci iscritti erano 300 (75).

MUTUA NUOVA SANITÀ (sede Reggio Emilia): nata nel 1991 come società cooperativa è stata successivamente (1995) trasformata in Società di Mutuo Soccorso di natura intercategoriale, per l'estensione nella mutualità sanitaria integrativa. Opera prevalentemente con i lavoratori dipendenti, ma anche con le associazioni di categorie, i lavoratori autonomi ed i pensionati, fornendo servizi nel campo dell'assistenza sanitaria e socio-assistenziale, per integrare le carenze del Sistema Sanitario Pubblico. Questa Società associa circa 30.000 nuclei familiari (per un totale di 95.000 soci), tra cui lavoratori dipendenti (55%), lavoratori autonomi (30%) e pensionati (15%) ed è organizzata in 104 sezioni e sottosezioni-soci (costituite nell'ambito di Aziende/Cooperative per i soci dipendenti e di Associazioni di impresa di categoria di servizi e di persone). Conta iscritti, oltre che in Emilia Romagna, anche in Lombardia, Veneto, Liguria, Piemonte, Marche, Toscana, Lazio (76). I servizi offerti sono molteplici (in Allegato 2). Ad oggi (2017) Nuova Mutua Sanità conta un totale di circa 25.000 associati dipendenti di aziende e privati.

ENTE MUTUA SANIT.AS: (sede Cesena): nasce nel 1998 in Confcommercio, nell'ambito dell'Associazione del Commercio, Servizi e Turismo del Comprensorio Cesenate in collaborazione con Confcooperative Forlì-Cesena e Confartigianato del Cesenate. Oltre a questi Soci Promotori la SMS vanta anche Soci Ordinari che possono essere persone fisiche (78).

La Società di Mutuo Soccorso nasce per assicurare ai soci ed ai familiari conviventi, che non abbiano compiuto i 70 anni di età, l'assistenza sanitaria integrativa e previdenziale attivando convenzioni e sconti su tutte le prestazioni a pagamento con i seguenti tre programmi (in Allegato 3): 1.

programma prevenzione; 2. programma infortuni; 3. programma infortuni plus. Nel 2012 contava 247 cooperative aderenti (comprese le Banche di Credito Cooperativo); 36.255 soci e 14.652 occupati.

ASSICASSA (sede Bologna): nata nel 2004 la Cassa Interaziendale di Assistenza del Personale degli Enti Pubblici e Parastatali, delle Società Cooperative, delle piccole e medie imprese di capitali e delle Associazioni Professionali ha lo scopo esclusivo di attuare, senza finalità di lucro, le forme di assistenza integrativa previste dai regolamenti o dagli accordi collettivi, a favore dei lavoratori dipendenti e di tutte le categorie di lavoratori in regime di lavoro non subordinato (art. 2 dello Statuto). Tutti i Soci, ordinari e sostenitori, sono tenuti al versamento dei contributi stabiliti dal Consiglio di amministrazione; il piano sanitario può essere stipulato o rinnovato fino ai 75 anni (79).

Le prestazioni che ASSICASSA eroga sono le seguenti:

- 1) integrazione dell'assistenza sanitaria;
- 2) liquidazione di un capitale in caso di morte per qualunque causa;
- 3) liquidazione di un capitale per infortuni professionali ed extra professionali;
- 4) liquidazione di un capitale per invalidità permanente, in caso di malattia;
- 5) liquidazioni di diarie per inabilità temporanea, da infortunio e da malattia.

Le prestazioni erogate (80) sono garantite da ASSICASSA tramite convenzioni con primarie Compagnie Assicuratrici (81), le cui condizioni costituiscono parte integrante del Regolamento. Le modalità e i criteri di erogazione delle prestazioni sono quelli previsti dalle convenzioni assicurative (art. 8 del Regolamento). I soci sono attualmente circa 80.000.

SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO DI SOSTEGNO AI GIOCATORI DI PALLACANESTRO

(sede Bologna): è una mutua volontaria che ha per scopo l'esercizio dell'attività di mutuo soccorso rivolta ai giocatori di pallacanestro o a persone che comunque, nel passato, lo siano state. Persegue finalità di interesse generale, sulla base del principio costituzionale della sussidiarietà, attraverso l'esclusivo svolgimento in favore dei soci e dei loro familiari conviventi, di una o più delle seguenti attività:

- 1) prestazioni socio-sanitarie e trattamenti nei casi di infortunio, malattia e invalidità al lavoro,

nonché in presenza di inabilità temporanea o permanente;

2) sussidi in caso di spese sanitarie sostenute dai soci per la diagnosi e la cura di malattie ed infortuni;

3) servizi di assistenza familiare o di contributi economici ai familiari dei soci deceduti;

4) contributi economici e servizi di assistenza ai soci che si trovino in condizioni di gravissimo disagio economico a seguito dell'improvvisa perdita di fonti personali e familiari e in assenza di interventi pubblici.

Considerazioni conclusive

In Europa il sistema mutualistico coinvolge 60 milioni di cittadini e copre il 15% del mercato sanitario assicurativo. Pur non esistendo uno statuto europeo condiviso sul tema, esiste un accordo nel definirlo, basato su quattro criteri:

- 1) essere associazioni volontarie;
- 2) finalizzate al soddisfacimento dei bisogni dei soci;
- 3) gestite in forma democratica, con la partecipazione attiva dei soci;
- 4) impegnate a reinvestire nell'impresa gli eventuali utili.

Nella prospettiva europea il ruolo delle SMS, che stanno subendo significativi processi di concentrazione, è fortemente orientato ad innovazioni di prodotto e di processo, coerentemente con la loro storia e mantenendo ed accrescendo il ruolo di interlocutori dei decisori politici, affinché non venga meno la classica impostazione universalistica e solidaristica dei sistemi di Welfare.

Con il recente Codice del Terzo settore (D.Lgs. 117/2017), in vigore dal 2 agosto 2017, che rientra nella legge delega di riforma (106/2016) (82), le mutue nazionali si smarcano dal quadro giuridico che le ha spesso assimilate alle cooperative, pur non potendo svolgere attività di impresa, e vengono formalmente riconosciute come protagoniste dell'economia sociale italiana. Questo inserimento nel Codice del Terzo Settore delle società di mutuo soccorso rappresenta una novità importante accreditata dall'economista Zamagni che ha dichiarato: «rispetto agli Stati Uniti, l'Italia spende meno della metà eppure ha una performance, rispetto agli standard definiti dall'Organizzazione Mondiale della Salute, di gran lunga superiore. Basta questo dato per dimostrare che occorre difendere la

biodiversità economica e, soprattutto, per affermare che l'ostilità nei confronti delle mutue è ingiustificata e irricoscente» (83).

Attualmente in Italia le SMS sono meno diffuse rispetto agli altri paesi europei (Francia *in primis*) (84) ma, la crisi della sanità pubblica, evidenziata e nota, proseguirà sicuramente nel creare una situazione congiunturale favorevole per i prodotti ed i servizi che le SMS offrono ad integrazione del servizio sanitario pubblico. Principali ostacoli a questa politica espansiva sono rappresentati dalla concorrenza delle assicurazioni e dalla grave frammentazione del settore. A questo proposito l'Italia vanta numerose società di mutuo soccorso con caratteristiche diverse ma, finché non sapranno compattarsi e fare rete, non raggiungeranno la massa critica necessaria per concorrere con realtà orientate al profitto né essere efficaci nei confronti dei decisori politici.

ALLEGATO 1

I prodotti offerti da FARE MUTUA sono i seguenti:

NOI SALUTE BASE (quota associativa di € 10 l'anno) prevede una serie di servizi:

- domiciliari di assistenza medica, infermieristica riabilitativa farmaceutica (per 7 giorni post dimissione e tramite la propria rete convenzionata) dopo un ricovero per malattia e infortunio;
- rimborso dei ticket per esami di alta specializzazione;
- consulenza organizzativa per gestire la non auto-sufficienza ed accedere ai servizi socio sanitari adeguati;
- consulenza medica telefonica 24/24 ore;
- medico a domicilio durante le ore di guardia medica.

NOI SALUTE MEDIO (con tariffa di € 120 l'anno): oltre le prestazioni offerte dal piano NOI SALUTE BASE comprende anche:

- una indennità giornaliera (€ 85 al giorno e fino a 30 giorni di ricovero) per grandi interventi chirurgici;
- fisioterapia a seguito di infortunio (max € 250 per persona);
- tariffe agevolate su prestazioni non previste dal piano sanitario;
- diagnosi comparativa per avere un secondo parere medico rispetto alla patologia in atto (solo per alcune patologie).

NOI SALUTE PIÙ (con un costo annuo di € 220): è il piano sanitario più completo che offre oltre alle prestazioni del piano Base e Medio, tariffe agevolate con sconti per odontoiatria ed un piano assistenziale individuale per persone non autosufficienti. Per tutte queste prestazioni si può accedere in tempi rapidi alla vasta rete di strutture gestite da UNISALUTE Altra attività in corso di FARE MUTUA è il PIANO ASSISTENZIALE COME TE, condiviso con altre mutue e cooperative sociali, con l'obiettivo di integrare il PIANO NOI SALUTE con prestazioni socio assistenziali specializzate, proponendo una risposta personalizzata che parte dall'assistente di base a domicilio all'accoglienza in struttura, dai percorsi educativi individualizzati a consulenze professionali specialistiche, supportando la persona durante tutto il percorso di cura. Si tratta di servizi presenti solo in Emilia Romagna, Marche, Abruzzo, Veneto, Friuli Venezia Giulia. L'acquisto del pacchetto COME TE BASE consente di poter accedere anche ai pacchetti successivi.

COME TE BASE (costo € 35):

- servizio informazioni e di orientamento alla rete dei servizi ed alle possibili soluzioni per i bisogni di cura e di assistenza alla persona;
- cura ed assistenza: definizione di un programma assistito individuale concordato con l'assistenza di un Care-manager (85).

COME TE CURA: 20 interventi a domicilio (con costo di € 400) per prestazioni di cura dell'igiene, alzata, riordino della stanza, preparazione ed assistenza durante la colazione, verifica dell'assunzione farmaci. La durata del singolo intervento è di un'ora ma, a seconda delle esigenze della persona e in base a quanto pianificato, è possibile fruire del servizio anche sommando più di un intervento;

COME TE INTERVENTO EDUCATIVO INDIVIDUALIZZATO: 15 interventi a domicilio (con costo € 330) per interventi educativi individualizzati, con il coinvolgimento di educatori e guidati dal Care-manager. La durata del singolo intervento è di 1 ora ma, a seconda delle esigenze personali, è possibile fruire del servizio anche sommando più di 1 intervento;

COME TE AIUTO COMPITI: 20 interventi a domicilio (costo € 425) a supporto del minore nello svolgimento dei compiti. In caso di problematiche (per disturbi specifici di apprendimento) è possibile usufruire di educatori con specifiche competenze;

COME TE CONSEGNA PASTO: 15 consegne pasto a domicilio (costo € 157,50);

COME TE ASSISTENZA BAGNO: 10 bagni comprensivi della cura alla persona (costo € 170);
COME TE SOGGIORNO SOLLIEVO: 1 soggiorno di 7 giorni (costo € 770) presso una Residenza assistita per 24 ore (Parco del Navile di Bologna).

FAREFAMILY: progetto condiviso con alcune importanti cooperative sociali emiliane ed alcune strutture sanitarie al fine di individuare ulteriori servizi da proporre alle famiglie nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria.

WELFARE AZIENDALE: è stata avviata una collaborazione con una società di consulenza di welfare aziendale al fine di fornire pacchetti di assistenza sanitaria integrativa all'interno delle piattaforme Welfare gestite per conto dei clienti e condivise con le associazioni di categoria Legacoop, da mettere al servizio delle società interessate a fornire servizi di welfare ai propri collaboratori.

Altri progetti sono in corso per poter allargare la base sociale con l'adesione di soci di altre diverse categorie lavorative e sociali, al fine di garantire la possibilità di accedere alla mutualità delle assistenze territoriali.

ALLEGATO 2

I prodotti di NUOVA MUTUA SANITÀ sono i seguenti:

Tessera MNS base acquistata con un contributo di base: il socio e la sua famiglia possono usufruire di sconti presso strutture convenzionate per visite ed esami diagnostici strumentali, senza liste di attesa. La tessera, inoltre, attraverso IMA ASSISTANCE offre servizi di consulenza medica, di infermiere o fisioterapista a domicilio, di collaboratrice domestica oltre a consigli medici telefonici ed informazioni sanitarie. Aggiungendo alla quota base un contributo associativo si possono ottenere i seguenti ulteriori servizi sanitari:

- rimborso del ticket per visite specialistiche e diagnostica strumentale per prestazioni erogate dal SSN e da un centro convenzionato (col pagamento di una franchigia);
- rimborso delle spese sostenute presso strutture convenzionate con REALE MUTUA per grandi interventi chirurgici;

- assistenza ad anziani ed ai non autosufficienti: la Mutua Nuova Sanità ha costituito, assieme ad altre cooperative sociali, la FONDAZIONE EASY CARE per interventi socio assistenziali a domicilio;
- prestazioni di odontoiatria con la rete odontoiatrica convenzionata con BLUE Assistance.

ALLEGATO 3

Il Programma di prevenzione (2013) dell'Ente mutua Sanit.as, da cui sono esclusi alcolisti, malati di AIDS, tossicodipendenti e malati mentali, prevede l'iscrizione fino ai 65 anni di età e il mantenimento fino ai 70 anni. Il programma riconosce ai soci la prevenzione gratuita, con check-up annuale presso centri convenzionati e copertura in caso di:

- invalidità permanente da infortunio (€ 10.000,00);
- indennità giornaliera per ricovero da infortunio e malattia (€ 50,00 giornaliere per un massimo di 30 giorni x anno);
- indennità da convalescenza infortunio o malattia post ricovero (€ 50,00) per un periodo non superiore a due volte i giorni di degenza ospedaliera (con un massimo di 30 giorni x anno);
- indennità da immobilizzazione gessata (€ 50,00 giornalieri per un massimo di 30 giorni x anno);
- assistenza infermieristica domiciliare (€ 30,00 per un massimo di 60 giorni per ciascun ricovero);
- rimborso spese di cura per infortunio (per un massimo di € 2.000,00).

Il Programma infortuni: alfa, beta, gamma con costi progressivamente crescenti e diversi per commercianti ed artigiani prevede due tipi di garanzie prestate per invalidità permanente (con franchigia del 3%) e rendita vitalizia per invalidità uguali o superiori al 66%. Il programma vale per gli infortuni accorsi nello svolgimento delle attività professionali ed extra professionali. Sono esclusi gli infarti di ogni tipo nonché le ernie (escluse quelle da trauma esterno e/o da sforzo).

Il Programma infortuni plus integra il programma infortuni, poiché in caso di morte del socio per infortunio, garantisce un capitale ai familiari.

Note

- (1) Il Rapporto CENSIS è stato presentato in occasione del Welfare Day 2017 (organizzato da Rbm Assicurazione Salute), una giornata di confronto tra istituzioni, esponenti delle forze politiche, sindacati, associazioni dei consumatori, esperti della sanità e componenti del Comitato scientifico Welfare Day per capire come coniugare sostenibilità, equità e capacità assistenziale.
- (2) In particolare 7,8 milioni di italiani hanno dovuto spendere i loro risparmi per le spese sanitarie o sono stati costretti a indebitarsi con parenti, amici o con banche e istituti di credito vari.
- (3) Tra gli 1,8 milioni di persone entrate nell'area della povertà a seguito delle spese sanitarie (i cd. "salute impoveriti"), si ritrovano persone a basso reddito (9%), i non autosufficienti (7,8%), i residenti al Centro (4,7%) e al Sud-Isole (4,1%). In questo target rientra anche il 3,7% di persone con reddito medio, a testimonianza del fatto che la malattia può generare flussi di spesa tali da mettere in difficoltà anche chi si posiziona nei livelli non bassi della piramide sociale.
- (4) Per approfondimenti *cfr.* MBS Consulting, novembre 2017.
- (5) Per approfondimenti *cfr.* Welfare Day 2018, dall'VIII Rapporto CENSIS-Rbm Assicurazioni Salute, presentato a Roma.
- (6) Per la Corte dei Conti l'Italia ha superato il record europeo di riduzione del valore pro-capite della spesa sanitaria pubblica: 1,1% all'anno rispetto al PIL in meno dal 2009 al 2015. In Francia tale spesa è invece aumentata dello 0,8% all'anno e in Germania del 2%.
- (7) Per una visita cardiologica l'attesa media è pari a 67 giorni (con un'oscillazione tra i 51 giorni del Nord-Est ed i 79 giorni del Centro); per una visita ginecologica 47 giorni (passando dai 32 giorni del Nord Est ai 72 del Centro); per la visita oculistica 87 giorni (con 74 giorni al Sud-Isole e 104 giorni al Nord-Est); per la visita ortopedica 66 giorni (53 giorni al Nord-Ovest ed un picco di 77 giorni al Sud-Isole); per una colonscopia si attendono 93 giorni (da un minimo di 50 giorni al Nord-Est ad un massimo di 109 giorni al Centro); per una mammografia 122 giorni (dagli 89 giorni al Nord-Ovest ai 142 al Sud); per una ecografia 62 giorni (dai 42 giorni al Nord-Ovest a 81 giorni al Centro); per una risonanza magnetica 80 giorni (dai 50 giorni al Nord-Ovest ai 111 al Sud).
- (8) È accaduto al 72,9% dei residenti nel Sud-Isole, al 68,9% del Centro, al 54,3% del Nord-Est ed al 50,8% del Nord-Ovest; ed è successo anche al 64,7% dei non autosufficienti e al 72,6% delle famiglie con figli fino ai 3 anni.
- (9) Per una mammografia i 122 giorni in media sono raddoppiati (erano 60 nel 2014) e al Sud si arriva a 142 giorni; per la colonscopia sono 6 in più rispetto al 2014; per la risonanza magnetica si sale a 111 nel Sud e per la visita ginecologica bisogna attendere 8 giorni in più rispetto all'indagine CENSIS del 2014.
- (10) Per approfondimenti *cfr.* MBS Consulting, 2017.
- (11) Dall'indagine risulta che sono 17,6 milioni gli italiani che l'ultima volta che hanno avuto un piccolo disturbo hanno preso un farmaco da banco per poter continuare a svolgere la loro normale attività quotidiana e 15,4 milioni i lavoratori che hanno continuato a lavorare grazie all'effetto dei farmaci di banco in presenza di piccoli disturbi.
- (12) Per approfondimenti *cfr.* Vecchietti M., 2018.
- (13) Tratto da Progetto "La salute nelle città", intervista a Stefano Zamagni (a cura di B. Sfo-gliarini), 2016.
- (14) Se le persone mangiano troppo cibo spazzatura (*junk food*) tenderanno di più a diventare obese, con tutte le conseguenze che questo comporta per il sistema sanitario.
- (15) In città inquinate come Pechino o Shangai il rischio di malattie cardiocircolatorie e respiratorie è molto elevato, con un forte impatto sulla salute dei cittadini.
- (16) Per fare un esempio, facciamo ricorso ad una notizia di poco tempo fa: le statistiche dicono che, per la prima volta, nel Sud Italia c'è stata un'inversione di tendenza e la curva dell'aspettativa di vita ha cominciato a scendere. Come mai? Al Sud non mancano le strutture sanitarie, gli ospedali, le medicine ma aumenta la disoccupazione con le conseguenze che questo comporta nel medio-lungo termine.
- (17) Come noto in letteratura, siamo nell'ambito della *corporate governance* necessaria per il rispetto degli obblighi normativi e regolamentari nonché per garantire la correttezza dei

comportamenti aziendali e dei suoi amministratori, focalizzando la gestione sui valori e sulla missione sociale ed individuando, di conseguenza, le *best practices* da attuare per stabilire un'efficace metodologia di controllo e di gestione dei rischi.

- (18) Si tratta del programma regionale "Verso il Nuovo Piano Sociale e Sanitario Regionale" (11 maggio 2016) che la Regione Emilia Romagna ha voluto condividere con tutti i soggetti coinvolti nel welfare sanitario e sociale.
- (19) Si tratta del concetto di sussidiarietà circolare inteso nel senso di Zamagni: "vuol dire che attorno al tavolo, in senso metaforico, devono sedere i rappresentanti dei diversi mondi vitali che operano nella città, che sono tipicamente gli enti pubblici, il mondo profit (della comunità degli affari e delle imprese), il mondo vitale della società civile organizzata. Questi tre vertici del triangolo devono interagire fra di loro, sulla base di precisi protocolli ed accordi, per definire le priorità di intervento sulla città, sia in ambito dei servizi sociali e sanitari che per la progettazione o programmazione del territorio e poi per definire le modalità ottimali di *governance*. Questo è il segreto del successo della sussidiarietà circolare. In alcune realtà italiane questo approccio al mercato si sta applicando e se ne vedono i risultati".
- (20) Da uno stralcio del documento di lavoro regionale si legge: "il territorio dell'Emilia Romagna è il luogo di vita di una comunità composta innanzitutto da persone, ma anche da amministrazioni pubbliche, da associazioni di imprese, da formazioni sociali, etc. che ha in sé un grande potenziale di idee, di risorse materiali ed immateriali, di volontà e di creatività. Questo patrimonio ha consentito nel tempo di costruire servizi e opportunità, di accogliere persone, di affrontare momenti di difficoltà economica e sociale. Tutto questo costituisce di fatto il sistema emiliano-romagnolo di welfare territoriale e comunitario, la risorsa maggiore di cui la Regione dispone".
- (21) Le linee d'intervento previste sono state le seguenti:
- 1) Case della salute e Medicina d'iniziativa
 - 2) Riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale integrata

- 3) Cure intermedie e sviluppo degli Ospedali di comunità
- 4) Budget di salute
- 5) Riconoscimento del ruolo del caregiver familiare nel sistema di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari
- 6) Progetto di vita, Vita indipendente e Dopo di noi
- 7) Presa in carico del paziente e della sua famiglia nell'ambito della Rete di cure palliative
- 8) Promozione della salute in carcere, umanizzazione della pena e reinserimento delle persone in esecuzione penale
- 9) Medicina di genere
- 10) Azioni di contrasto dell'esclusione sociale delle persone in condizione di povertà estrema o a rischio di marginalità
- 11) Equità in tutte le politiche: metodologie e strumenti
- 12) Sostegno all'inclusione delle persone straniere neo-arrivate
- 13) Fondi integrativi per prestazioni non coperte dai LEA
- 14) Promozione delle pari opportunità e valorizzazione delle differenze di genere, intergenerazionali, interculturali e delle abilità
- 15) Potenziamento degli interventi nei primi 1000 giorni di vita, in particolare nei contesti di accudimento familiare e nei servizi
- 16) Sostegno alla genitorialità
- 17) Progetto Adolescenza: interventi integrati per la prevenzione, promozione del benessere, cura di pre-adolescenti e adolescenti
- 18) Promozione della salute sessuale e riproduttiva in età fertile e prevenzione della sterilità
- 19) Prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico
- 20) Azioni per l'invecchiamento attivo e in salute e di tutela della fragilità dell'anziano
- 21) Innovazione della rete dei servizi per anziani nell'ambito del Fondo regionale per la non autosufficienza (FRNA)
- 22) Misure a contrasto della povertà (SIA/REI, RES)
- 23) Avvicinamento al lavoro per le persone fragili e vulnerabili (L.R. 14/2015)
- 24) La casa come fattore di inclusione e benessere sociale
- 25) Contrasto alla violenza di genere

- 26) Metodi per favorire l'empowerment e la partecipazione di comunità
- 27) Capirsi fa bene alla salute (Health Literacy)
- 28) Valorizzazione delle conoscenze esperienziali e dell'aiuto tra pari
- 29) Partecipazione civica e collaborazione tra sistema pubblico ed Enti del terzo settore
- 30) Aggiornamento di strumenti e procedure relative ai servizi sociosanitari
- 31) Riorganizzazione dell'assistenza alla nascita per migliorare la qualità delle cure e aumentare la sicurezza per i cittadini/professionisti
- 32) Promozione dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie
- 33) Miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza urgenza
- 34) Metodologie per innovare le organizzazioni e le pratiche professionali
- 35) L'ICT (tecnologie dell'informazione e della comunicazione) come strumento per un nuovo modello di e-welfare
- 36) Consolidamento e sviluppo dei Servizi sociali territoriali (SST)
- 37) Qualificazione del sistema di accoglienza e cura rivolto a bambini, adolescenti e neo-maggiorenni con bisogni socio-sanitari complessi nell'ambito della protezione e tutela
- 38) Nuovo calendario vaccinale regionale e attività di supporto e miglioramento delle coperture vaccinali
- 39) Livelli essenziali delle prestazioni sociali nella Regione Emilia Romagna.
- (22) Con atto della Giunta Regionale sarà, infatti, costituito un Tavolo permanente di monitoraggio con il compito di verificare periodicamente lo stato di attuazione degli interventi, anche attraverso gli indicatori previsti per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi.
- (23) Per Distretto, concretamente, si intende oltre all'Azienda sanitaria anche i Comuni o le Unioni dei comuni.
- (24) Il tasso di occupazione femminile in Emilia Romagna è del 61,3% nel 2012, al di sopra della soglia fissata dal Consiglio Europeo di Lisbona (60%).
- (25) Per approfondimenti *cfr.* Indagine multi-scopo ISTAT, 2013.
- (26) Per approfondimenti *cfr.* Regione Emilia Romagna, Popolazione per età e sesso, 2016.
- (27) Per approfondimenti *cfr.* Regione Emilia Romagna, *op.cit.*
- (28) Per approfondimenti *cfr.* Certificati di assistenza al parto (CedAP), Nati da parti avvenuti in Emilia Romagna da parte delle residenti, in Regione Emilia Romagna, 2012.
- (29) La stima dell'incidenza della povertà relativa (percentuale di famiglie e persone povere) viene calcolata sulla base di una soglia convenzionale (linea di povertà), che individua il valore di spesa per consumi al di sotto del quale una famiglia viene definita povera in termini relativi. La soglia di povertà per una famiglia di due componenti è pari alla spesa media mensile pro-capite nel Paese che, nel 2016, è risultata di € 1.061,50 (+1,0% rispetto al valore della soglia nel 2015, pari a € 1.050,95). Le famiglie composte da due persone che hanno una spesa mensile pari o inferiore a tale valore vengono classificate povere. Per famiglie di ampiezza diversa questo valore si ottiene applicando un'opportuna scala di equivalenza, che tiene conto delle economie di scala realizzabili all'aumentare del numero dei componenti. Come quella assoluta, in Italia la povertà relativa risulta stabile ed ha coinvolto, nel 2016, il 10,6% delle famiglie italiane residenti (10,4% nel 2015), per un totale di 2 milioni 734mila ed 8 milioni 465mila individui, pari al 14% dei residenti (13,7% l'anno precedente). Analogamente a quanto registrato per la povertà assoluta, nel 2016 la povertà relativa è più diffusa tra le famiglie con 4 componenti (17,1%) o 5 componenti e più (30,9%) e colpisce di più le famiglie giovani: raggiunge il 14,6% se la persona di riferimento è un under35 mentre scende al 7,9% nel caso di un ultra sessantatreenne L'incidenza di povertà relativa si mantiene elevata per gli operai e assimilati (18,7%) e per le famiglie con persona di riferimento in cerca di occupazione (31,0%). Per approfondimenti *cfr.* ISTAT, Report, 2016.
- (30) Per approfondimenti *cfr.* Il profilo della Salute in Emilia Romagna 2014-2018, Documenti Regione Emilia Romagna, 2016.
- (31) A sua volta, il contesto politico ed economico esercita le sue influenze attraverso la qualità dell'ambiente esterno ed altri diversi livelli di tutela, realizzati attraverso l'istruzione, la ricerca, l'innovazione, la

- cultura, l'assistenza sanitaria e la qualità dei servizi.
- (32) Inoltre dal 2006 fino al 2012 i pazienti dei servizi di psichiatria in Emilia Romagna sono aumentati del 30%, con una forte incidenza della neuropsichiatria infantile. I suicidi sembrano crescere dal 2008, mentre calano le morti per incidenti stradali. Per approfondimenti *cfr.* Banca dati Sistema Informativo Salute Mentale (SISM), Regione Emilia Romagna, 2016.
- (33) Secondo un'indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana ISTAT (del 2010) il consumo di alcool e di fumo sembrano essere in leggero calo sia in Emilia Romagna che a livello nazionale, mentre è in aumento il gioco d'azzardo (altra forma di dipendenza) in particolare tra le donne.
- (34) Per approfondimenti *cfr.* Banca Dati INPS, 2016.
- (35) Oltre l'80% dei servizi sono costituiti da asili-nido (di cui il 75% è pubblico).
- (36) Per approfondimenti *cfr.* Regione Emilia Romagna, Assessorato alle Politiche Sociali, Il sistema informativo regionale SISAM-ER: utenti dell'area minori e famiglie dei Servizi sociali territoriali, Rilevazioni integrative, 2014.
- (37) Per approfondimenti *cfr.* Regione Emilia Romagna, Report Fotografia del Sociale Emilia Romagna, 2014.
- (38) Le Comunità per minori definite dalla DGR n. 1904 del 2011 ("Direttiva in materia di affidamento familiare, accoglienza in comunità e sostegno alle responsabilità familiari" integrato con le modifiche apportate dalla DGR n. 1106/2014) sono le seguenti:
- 1) Strutture di tipo familiare-comunità familiare (residenziale, caratterizzata dalla convivenza continuativa e stabile di due o più adulti che offrono ai minori un rapporto di tipo genitoriale)
 - 2) comunità casa-famiglia multi-utenza (residenziale socio-educativa personale, composta da due persone, preferibilmente figura maschile e femminile, adeguatamente formate con funzioni genitoriali, che accolgono minori con caratteristiche diverse (dai 0-17 anni)
 - 3) Strutture educative-comunità educativa residenziale, semi-residenziale (solo diurna), integrata (funzione solo riparativa di sostegno), integrata semi-residenziale (prevede il rientro serale dei ragazzi in famiglia)
 - 4) Strutture di pronta accoglienza: per l'immediata ospitalità e tutela dei minori che devono essere allontanati urgentemente dal proprio nucleo familiare
 - 5) Strutture per l'autonomia: gruppo appartamento (responsabilità diretta nella convivenza ed autogestione sulla base di regole concordate con gli educatori), comunità per l'autonomia (impegno degli educatori focalizzato sul percorso esterno di inserimento lavorativo e formativo di sviluppo relazionale)
 - 6) Strutture per gestanti e madri con bambino.
- (39) Accordo firmato nel 2017 tra il Garante dei minori della Regione Emilia Romagna (Clede Maria Garavini) e il Presidente del Tribunale dei minorenni di Bologna (Giuseppe Spadaro).
- (40) Attualmente in Emilia Romagna sono 1.160 i minori stranieri non accompagnati: il 90% ha tra i 16 e i 17 anni, l'8,3% 15 anni, il 3,7% tra i 7 e i 14 anni. La maggior parte arriva dall'Albania (40,6%), dal Gambia (12,5%) e dalla Nigeria (7,3%).
- (41) Per approfondimenti *cfr.* Cinzia Ioppi, 2016.
- (42) Per approfondimenti *cfr.* Sistema informativo Sportelli Sociali, Regione Emilia Romagna, 2017.
- (43) Per approfondimenti *cfr.* Francesco Longo, 2016.
- (44) Presentazione dell'indagine sulle Società di Mutuo Soccorso in Italia, Sala Aldo Moro della Camera dei Deputati Roma, 4 luglio 2016.
- (45) Per approfondimenti *cfr.* Lippi Bruni M., Rago S., Ugolini C., 2012.
- (46) In Emilia Romagna i trasferimenti finanziari alle famiglie per assistenza erogati dall'INPS, per condizioni di non autosufficienza, rappresentano il 64% del totale; la spesa dei Comuni per i servizi sociali il 16%; le risorse che le ASL allocano per i servizi socio-sanitari (strutture residenziali per anziani, centri diurni integrati, ADI) sono invece il 13%. Nonostante queste risorse siano di origine pubblica, prevalendo la distribuzione diretta di moneta, le famiglie gestiscono il 70% di questi fondi per il welfare. Per approfondimenti *cfr.* Longo F., 2014.
- (47) Il protocollo di Bologna, firmato esattamente due anni fa, va in questa direzione ed è stato il primo in Italia: un protocollo tra amministrazione comunale e società civile organizzata

- per la gestione dei beni comuni ed i risultati si stanno vedendo. Cinquanta altri comuni hanno adottato il regolamento di Bologna.
- (48) “Il benessere del cittadino non è solo di natura monetaria ma anche sociale. Oltre al soddisfacimento dei beni di prima necessità aspira anche al soddisfacimento dei beni relazionali (soddisfazione e gratificazione dal lavoro, tempo libero, famiglia, ecc.) fattori che contribuiscono al suo benessere e quindi alla felicità”, S. Zamagni, 2016.
- (49) Le informazioni contenute in questo capitolo sono state elaborate dalla Dr.ssa Giannina Raggiotto, medico di Medicina generale e consulente sanitaria della mutua CAMPA e sono state oggetto della tesi svolta dalla medesima nell’ambito del Master in Mutualità e sanità integrativa presso l’Università di Siena.
- (50) Le informazioni sulla società CAMPA contenute nell’articolo sono state fornite dal Dr. Massimo Piermattei, direttore della società.
- (51) Tale principio si applica anche al Fondo Sanitario Pluri-aziendale istituito da CAMPA.
- (52) CAMPA garantisce spese mediche legate alla prevenzione, al mantenimento della salute, ed all’assistenza sanitaria: in caso di malattia, di infortunio, di ricovero (in accreditamento con il SSN o per diaria per ricoveri a totale carico del SSN) per interventi chirurgici, per parto, per differenza della retta per maggior comfort, di prestazioni specialistiche ambulatoriali di analisi e diagnostica strumentale, di interventi ambulatoriali, di visite mediche, terapie fisiche, di rimborso integrale dei ticket (comprese le cure odontoiatriche, cure termali e protesi acustiche), di assistenza infermieristica (domiciliare ed ospedaliera), di trasporto in ambulanza, trasporto dell’assistito da/per l’estero e rimpatrio della salma, di servizio di assistenza medica telefonica, di trasporto sanitario ed assistenza viaggio (quest’ultimo in forma diretta con IMA Assistance).
- (53) Spetta all’assemblea generale approvare i bilanci, nominare il Consiglio di Amministrazione, il Collegio Sindacale (che esercita funzioni di controllo sulla gestione amministrativa e finanziaria), il Collegio dei Proviviri (che ha il compito di risolvere le controversie tra gli iscritti e CAMPA in materia di iscrizioni e prestazioni, di ratificare il Regolamento, di stabilire gli emolumenti da corrispondere al Presidente, al Vice Presidente, ai Sindaci e di deliberare su ogni altro argomento).
- (54) In teoria economica, nel mercato dei servizi sanitari, alcuni operatori hanno maggiori informazioni rispetto ad altri e da ciò potrebbero trarne vantaggio, conducendo persino al fallimento del mercato ed a condizioni di selezione avversa (o di azzardo morale).
- (55) Il rischio morale in microeconomia è una forma di opportunismo post-contrattuale, che può portare gli individui a perseguire i propri interessi a spese della controparte, confidando nella impossibilità, per quest’ultima, di verificare la presenza di dolo o negligenza.
- (56) Infatti, come dice Zamagni (1998), l’atto di adesione ad una organizzazione senza scopo di lucro, non è mai in prima istanza, un atto di convenienza economica, ma il segno dell’accettazione di una qualche visione del mondo: in questo senso si tratta di un vero e proprio “atto morale”.
- (57) CAMPA, proprio per la sua cultura solidaristica non mira a creare capitali finanziari, ma capitale sociale umano, beni relazionali per la promozione del bene comune della società.
- (58) Le informazioni contenute nell’articolo per FARE MUTUA sono state fornite dal Dr. Cosimo Greco, responsabile operativo di FARE MUTUA.
- (59) FARE MUTUA è stata fondata da 36 persone fisiche, da Legacoop Emilia Romagna regionale, da tutte le Legacoop provinciali della Regione Emilia Romagna, dalle Cooperative di consumo Coop Adriatica, Coop Consumatori Nord Est e successivamente da Coop Reno. Nel 2014 ha incorporato altre due SMS (Insieme Salute Romagna di Forlì e Mutua Futura di Ravenna) e successivamente Mutua Più di Bologna.
- (60) Il principio della mutualità mediata nasce e si sviluppa con l’obiettivo di sostenere le piccole società di mutuo soccorso con interventi finanziari, patrimoniali ed organizzativi, mediante la creazione di reti e di collaborazioni con SMS di più grandi dimensioni, con una gestione diretta e mantenendo la loro autonomia.

- (61) I Soci Ordinari possono essere organizzati in Sezioni Soci di almeno 40 aderenti, in relazione alla comune residenza territoriale o per il lavoro dipendente o professionale.
- (62) I Soci Sostenitori sono: l'Associazione Coop Adriatica (con sede a Bologna) e a macchia di leopardo un po' in tutta Italia, la Coop Nord Est, la Coop Estense di Modena e Puglia. I Soci Sostenitori non hanno diritto di voto nelle assemblee sociali né diritto ad usufruire delle prestazioni erogate dalla Società.
- (63) Per approfondimenti *cfr.* Marco Gaiba, Relazione di Missione al bilancio chiuso al 31 dicembre 2015.
- (64) La società nasce nel 1860 come associazione di operai fondata dal marchese Livio Zambecari (Presidente) che aveva per scopo il mutuo soccorso tra gli operai, promuovendo l'emancipazione della classe lavoratrice ed il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro degli operai.
- (65) La generosità dei ricchi si esprimeva a Bologna nell'organizzazione dei balli di beneficenza, mentre la speranza dei poveri si affidava benevolmente al gioco del lotto oppure al conseguimento della "licenza di questua" che la Questura rilasciava a chi potesse dimostrare il proprio stato di povertà.
- (66) Dallo Statuto (Titolo II "doveri e diritti degli associati" articoli 6 e 7): gli associati promettono all'Associazione sul loro onore di osservare il Regolamento, di condurre una vita operosa e da buoni cittadini, di astenersi da tutti i giochi d'azzardo e, principalmente, dal Regio Lotto, come anche dall'abuso del vino, dei liquori e da qualunque altro disordine. Per approfondimenti *cfr.* Mario Maragi, 1970.
- (67) Gli antichi sodalizi mutualistici di umili origini furono la prima grande palestra di istruzione e di educazione per i lavoratori, i quali appresero così a diventare coscienti delle loro prerogative morali, sociali e politiche, a diventar capaci di amministrare le loro economie ed a diventare classe autonoma. Inoltre, queste Società di mutuo soccorso, attraverso la loro azione sprigionavano una grande carica umana.
- (68) Giuseppe Garibaldi fu il Presidente Onorario della Società Operaia perché propugnatore di libertà ed emancipazione dei popoli.
- (69) Farmacia Cooperativa e Cassa Cooperativa formarono idealmente un gruppo solo e l'iscrizione all'Operaia rappresenta la porta di ingresso alla Farmacia e alla Cassa. Nel 1953 i Soci erano circa 1.000.
- (70) Per il raggiungimento dei suoi fini la società può svolgere le seguenti attività:
- 1) favorire la scuola professionale (allo scopo di qualificare il socio con aiuti concreti) ed istituire corsi di insegnamento e di formazione nelle varie discipline culturali e professionali
 - 2) promuovere manifestazioni artistiche culturali, scientifiche e sportive
 - 3) istituire borse di studio
 - 4) facilitare il piccolo credito presso la Banca Agricola Mantovana (derivante dalla Banca Operaia)
 - 5) assegnare ai soci anziani e malati un piccolo contributo
 - 6) intervenire finanziariamente a favore dei soci in casi di particolare gravità (eccezionalmente)
 - 7) promuovere, istituire, partecipare a case di riposo per i soci anziani.
- (71) Le attività erogate sono le seguenti:
- 1) ai soci che abbiano raggiunto i 65 anni, un'indennità fissa vitalizia (una piccola pensione)
 - 2) indennità in caso di invalidità temporanea o permanente
 - 3) alle donne che abbiano un figlio entro il primo anno di vita e socie da almeno 6 mesi, € 250,00
 - 4) Borse di Studio per i figli dei soci meritevoli dalla 4° elementare alla Laurea
 - 5) un Archivio Storico informatizzato degli operai di Carpi dal 1860
 - 6) beneficenza ad associazioni ed enti locali.
- (72) Le attività socio-sanitarie attualmente prevedono:
- 1) erogazione di trattamenti e prestazioni ai soci in caso di infortunio, malattia, invalidità dal lavoro nonché in presenza di inabilità temporanea o permanente
 - 2) sussidi in caso di spese sanitarie sostenute dai soci per la diagnosi e la cura delle malattie e degli infortuni
 - 3) servizi di assistenza familiare o di contributi economici ai familiari dei soci deceduti
 - 4) contributi economici e servizi di assistenza ai soci in condizioni di grave disagio economico, a seguito della perdita di entrate reddituali personali e familiari

- 5) attività di carattere educativo e culturale per realizzare finalità di prevenzione sanitaria
- 6) assistenza in caso di ricoveri ospedalieri, una diaria minima, un sussidio alla famiglia in caso di morte del socio, un contributo pratico in caso di nascita, un sussidio annuale ai soci dichiarati inabili al 100% dall'INPS)
- 7) premi agli studenti migliori delle scuole secondarie, medie e superiori (con media del 7) ed uno Spazio Giovani con premi di incoraggiamento scolastici per saggi sulla prevenzione sanitaria (redatti dai giovani delle scuole medie superiori).
- (73) Per approfondimenti *cfr.* Statuto Società Operaia di Modena modificato dall'Assemblea il 6 novembre 2013, art. 4 (<http://www.somsmodena.it>).
- (74) La società è iscritta all'Anagrafe dei fondi sanitari integrativi, dispone di numerose convenzioni sanitarie (in particolare a Modena e provincia) e si avvale della rete dei centri convenzionati con il consorzio MUSA. Per approfondimenti *cfr.* Lippi Bruni-Rago-Ugolini, 2012; Payra B., 2015.
- (75) Per approfondimenti *cfr.* Storie di Impresa-Images Catalogo Zanichelli, 2008.
- (76) Per approfondimenti *cfr.* Payra B. e Lippi Bruni-Rago-Ugolini op.cit.
- (77) Per approfondimenti *cfr.* Lippi Bruni-Rago-Ugolini, op. cit.
- (78) Sono organi della Mutua l'Assemblea generale, il Consiglio di Amministrazione, il Comitato Esecutivo, il Collegio dei Sindaci. Il CA è composto da 5 a 21 membri, La metà più uno dei componenti del CA viene nominata dai Soci promotori la quota restante viene eletta dall'Assemblea (art 18, Statuto Sanitas 2002).
- (79) Per approfondimenti *cfr.* Guida al piano sanitario per il personale dipendente delle aziende a cui si applica il CCNL Telecomunicazioni, 2011.
- (80) Le prestazioni e le contribuzioni per i Soci ordinari dipendenti sono quelle stabilite dagli accordi collettivi di lavoro e/o dai regolamenti. ASSICASSA può anche garantire solo una parte delle prestazioni.
- (81) Le Compagnie assicurative sono UNISALUTE e INA ASSITALIA e le prestazioni vengono gestite ed erogate da UNISALUTE Spa.
- (82) La L. 106/2016 prevedeva che entro 12 mesi dalla sua approvazione, venissero emanati dei decreti legislativi su: revisione del titolo II del

libro primo del codice civile (in particolare, la semplificazione delle procedure per gli enti al fine di ottenere la personalità giuridica, art. 3); riordino e revisione della disciplina del terzo settore e codice del terzo settore (art. 4); riforma dell'impresa sociale (art. 6); revisione delle modalità di vigilanza, monitoraggio e controllo (art. 7); definizione di misure fiscali e di sostegno economico (art. 9).

- (83) Per approfondimenti *cfr.* Zamagni S., 2017.
- (84) Dei 120 milioni di persone che sono coperte da una mutua sanitaria ben 38 milioni (quasi il 30%) sono francesi. Secondo i dati della Mutualité Française, inoltre, risulta che sono 85.000 i soggetti che, a vario titolo, risultano impiegate nel comparto delle mutue (circa il 13% della forza lavoro nazionale ed il 6% del totale lavoratori nell'economia sociale e solidale), di cui 15 mila nel settore della salute.
- (85) Il Care-manager è l'operatore di riferimento che segue la famiglia per tutta la durata dell'intervento e consiglia le soluzioni più appropriate per il bisogno, tra le varie tipologie dei servizi offerti, alle caratteristiche e agli orari richiesti. Avviato il servizio rappresenterà un riferimento costante, svolgendo attività di monitoraggio con colloqui telefonici ed eventualmente ulteriori visite a domicilio.

Bibliografia

- Ioppi C. (2016): *Dall'evoluzione demografica ai possibili scenari sociali 2020*, Progetto MMWD.
- ISTAT (2016): *La povertà in Italia*, Report.
- Lippi Bruni M., Rago S., Ugolini C. (2012): *Il ruolo delle mutue sanitarie integrative*, Il Mulino.
- Longo F. (2014): *Dalle evidenze sulle dinamiche (locali e globali) quali prospettive per il nostro sistema di welfare?*, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS).
- Longo F. (2016): *Obiettivi e forme d'intervento mutualistiche o assicurative in ambito di Long Term Care*.
- Maragi M. (1970): *Storia della Società Operaia di Bologna*.
- MBS Consulting (2017): *Osservatorio sul bilancio di welfare delle famiglie italiane*.
- Payra B. (2015): *La mutualità di territorio: le società di mutuo soccorso nella sanità integrativa*, Secondo Rapporto sul secondo Welfare in Italia del Centro di ricerche e documentazione L. Einaudi.

Vecchietti M. (2018): *Il secondo pilastro sanitario per il Diritto alla salute. Come gestire la spesa sanitaria di tutti*, RBM Assicurazione salute Spa-CENSIS.

Zamagni S. (2016): "Innovazione per il bene comune - Il benessere e la salute in un mondo aperto a tutti", in *Diritto sanitario* (a cura di B. Sfogliarini).

Ringraziamenti

L'Autrice desidera ringraziare - per le informazioni sulle mutue emiliane citate nell'articolo - la Dr.ssa Giannina Raggiotto e il Dr. Massimo Piermattei.

Appropriatezza del Taglio Cesareo secondo i criteri di Robson in centri nascita di II e III livello

ILARIA SCINICARIELLO

C.L. in Ostetricia, Università di Siena

LUCIA KUNDISOVA, GLORIA BOCCI

Scuola Post-Laurea di Igiene e Medicina Preventiva, Università di Siena

NICOLA NANTE

Scuola Post-Laurea di Igiene e Medicina Preventiva, Università di Siena, Dipartimento di Medicina molecolare e dello sviluppo, Università di Siena

LUCIA ALAIMO

Dipartimento di Medicina molecolare e dello sviluppo, Università di Siena

Riassunto: *Il taglio cesareo, eseguito in modo appropriato, secondo una giusta indicazione medica, è una procedura potenzialmente salvavita, ma della quale spesso si abusa. Negli ultimi decenni in tutti i paesi industrializzati, Italia inclusa, si riscontra un elevato tasso di tagli cesarei. Secondo OECD nel 2014 essi riguardavano circa il 35% dei parti; nonostante che per l'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS) non dovrebbero superare il 10-15%.*

Nel presente contributo viene presentato uno studio osservazionale che ha analizzato i tassi di taglio cesareo di due punti nascita a diversa intensità di cura Toscani, usando la classificazione di Robson quale indicatore di appropriatezza dell'intervento assistenziale.

Parole chiave: *taglio cesareo, appropriatezza, classificazione di Robson*

Introduzione

Il taglio cesareo (TC), eseguito in modo appropriato e seguendo una giusta indicazione medica, è una procedura potenzialmente salvavita ed uno tra gli interventi chirurgici più diffusi in tutto il mondo. In Italia e in America è la seconda procedura più comune con rispettivamente 200.000 e 900.000 casi ogni anno.

Questa evidenza si scontra con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale di Sanità, le quali affermano che "Non c'è alcuna giustificazione, per nessuna regione per avere un tasso più

alto del 10-15% di cesarei" (Betran et al., 2016). Oltre questo valore non sembrano esserci evidenti benefici in termini di mortalità materna e infantile, e quindi dei tassi superiori indicherebbero solo un abuso della pratica che porta ad ulteriori rischi per i pazienti.

In Italia il ricorso al TC è in continuo aumento: si è passati dal 11% del 1980 al 38% del 2008, valori ben al di sopra dei quelli rilevati negli altri paesi europei (il cui tasso medio è inferiore al 25%). Sono state espresse molte preoccupazioni riguardo l'aumentata adozione di questa pratica (Fabbri et al., 2008). Secondo i dati del Ministero della Salute del

2015, il 34,1% dei bambini è nato da parto cesareo (1). Si è notata soprattutto una spiccata variabilità su base interregionale, con percentuali più basse in Italia settentrionale e più alte al Sud, dovute probabilmente a dei comportamenti clinico-assistenziali non appropriati. Al primo posto si trova la Campania con la proporzione di TC quasi al 60%, seguita da Sicilia e Puglia. Seguono Lazio, Molise, Sardegna, Basilicata e Calabria, Toscana e Valle d'Aosta. Fino a Trentino, Alto-Adige e Bolzano con 10% di nascite chirurgiche. L'elevato numero di TC eseguiti in alcune regioni non trova corrispondenza nella maggior frequenza di condizioni cliniche che richiedono un ricorso al parto chirurgico.

Come è accaduto che dai rari, eccezionali casi di TC dei primi anni '60, dal cesareo come splendido intervento di salvataggio, si sia arrivati a percentuali del 50% ed oltre alla fine del XX secolo in quasi tutto il mondo?

Michel Odent (2009) attribuisce l'incremento delle percentuali in parte all'evoluzione della tecnica operatoria (dal taglio longitudinale a quello orizzontale sul segmento uterino inferiore, alla tecnica di Stark che utilizza il bisturi solo per cute e utero, separando poi manualmente i tessuti) e in parte ai progressi in ambito anestesilogico (dall'anestesia totale, con effetti negativi sul neonato, alla spinale, in cui la madre è sveglia e può accogliere subito il bambino).

È necessario aggiungere anche un'altra considerazione che ha segnato in maniera determinante la modalità della nascita: una completa "medicalizzazione della gravidanza e del parto, di per sé potenzialmente fisiologici e la conseguente preponderanza della figura del ginecologo rispetto a quella dell'ostetrica, per sua natura esperta e custode della fisiologia (Odent, 2009).

Il conflitto tra l'evidenza clinica e le linee guida, hanno stimolato una più scrupolosa ricerca nella letteratura per capire meglio le ragioni sulla base di questo uso eccessivo del TC. Secondo gli economisti statunitensi, le cause sono radicate nel contesto del *Physician Demand Induction* (PID) (Johnson, 2014), secondo la quale i medici influenzano la domanda dei pazienti in base ai loro interessi, aumentando i costi ma non portando dei miglioramenti alla salute.

Per quanto riguarda l'Italia, le cause di un numero elevato di TC sono diverse, oltre a fattori clinici, vanno considerati anche fattori non clinici legati al sistema assistenziale, alla conoscenza e alle

attitudini degli operatori, nonché al contesto sociale, culturale e sanitario che accompagna la donna durante tutta la gravidanza.

"*Caesarean section on maternal request*", ovvero "Taglio cesareo su richiesta materna", è un TC richiesto dalla donna senza una motivazione medica (Creedy et al., 2007), scelto dalle donne stesse per paura del "trauma" del parto, delle manovre violente di cui hanno sentito parlare, del "taglio" (episiotomia) che viene fatto per favorire l'uscita del bambino, dell'uso del forcipe o della ventosa, di avere danni permanenti dei muscoli del pavimento pelvico, con successiva incontinenza o prollasso, e non ultimo, per la paura di danni irreversibili al bambino in caso di sofferenza fetale.

Fino a poco tempo fa i cesarei elettivi erano eseguiti sulla base di valide motivazioni cliniche, tuttavia, con TC a richiesta materna, viene resa la preferenza della madre il fattore determinante per la modalità di parto, qualsiasi TC che non è un'emergenza può essere classificato come elettivo. I mass media affermano che molte donne preferiscono una modalità di parto "programmata", credendo che questa sia una soluzione pratica, moderna, sicura e garantita. La visione etica che una donna ha il diritto di prendere decisioni riguardo al proprio corpo, ha autorizzato le donne a fare una scelta sulla propria modalità di parto.

Nel 2007 McCourt et al. ha pubblicato un articolo il cui scopo era una revisione critica della letteratura, circa la preferenza delle donne o la richiesta di un TC elettivo. Tuttavia, ad oggi sono poche le evidenze che sostengono che la richiesta materna ha contribuito significativamente alla crescita del tasso dei tagli cesarei.

Oltre i fattori ostetrici e medici, i principali motivi citati sono stati psicologici, riguardanti in particolare, precedenti esperienze negative della nascita, la scarsa cura, le disuguaglianze percepite nell'assistenza, e specifiche paure o preoccupazioni sul parto; in secondo luogo, ragioni relative alla percezione della sicurezza, in particolare credendo o essendo informati che il TC è più sicuro per il bambino o porterebbe minor trauma al proprio corpo.

Sempre nel lavoro di McCourt et al., attraverso alcuni studi retrospettivi, è stato chiesto a due gruppi di donne, chi aveva partorito e chi aveva avuto un cesareo, cosa avrebbero preferito, o cosa preferirebbero per una gravidanza futura. I risultati ottenuti informano che nel quadro di un'alta

prevalenza di tagli cesarei, la maggior parte delle donne avrebbe preferito una nascita vaginale.

La politica del Regno Unito sulla nascita raccomanda di aumentare la possibilità di scelta materna nel processo decisionale ostetrico. In questo modo era stato ipotizzato che con l'aumento del contributo materno, i tassi d'intervento ostetrico sarebbero diminuiti. Al contrario, i tassi dei cesarei sono aumentati con il coinvolgimento delle donne (Mould et al., 1996). Dieci anni fa, è stato chiesto agli ostetrici come risponderebbero alla richiesta, da parte di donne con gravidanze a basso rischio, di TC: la maggioranza rifiutò. Più recentemente, un dottore annunciò in televisione che era disponibile a svolgere tagli cesarei a richiesta, questo ha creato, da parte di mass media e da parte del personale medico, un forte senso di opposizione, sebbene alcuni abbiano addirittura affermato che sarebbe stato negligente dal punto di vista medico-legale, accettare una tale richiesta.

Viene così pubblicato nel 2001, sull'*European Journal of Obstetrics & Gynaecology and Reproductive Biology*, un articolo con lo scopo di determinare la proporzione di ostetrici che sarebbe stata d'accordo sul TC elettivo per "maternal request".

L'articolo termina mostrando un quadro in cui, se una donna ben informata decide di voler accettare tutti i rischi di un TC per il bene del bambino e del suo pavimento pelvico, quasi il 70% dei consulenti in Inghilterra e in Galles, approverebbe la sua scelta (Cotzias et al., 2001).

In risposta l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (2003) ha pubblicato il suo parere affermando che: "il principio di autonomia del paziente avrebbe sostenuto l'ammissibilità di un taglio cesareo elettivo in una gravidanza normale, dopo un adeguato consenso informato. Per assicurarsi che il paziente sia davvero informato, il medico dovrebbe analizzare le preoccupazioni dello stesso. Se il medico crede che il taglio cesareo promuova la salute e il benessere della donna e del suo bambino, più di un parto per via vaginale, lei o lui è eticamente giustificato ad eseguire l'intervento. Allo stesso modo, se il medico ritiene che il taglio cesareo sia dannoso per la salute e il benessere complessivo della donna e del suo feto, lui o lei è eticamente obbligato a non eseguirlo".

Il TC è un intervento per mezzo del quale si estrae il feto dall'utero attraverso una via aperta artificialmente e cioè dopo laparotomia ed isterotomia (Jain, Wapner, 2008). Può essere elettivo, quando eseguito al di fuori del travaglio di parto (a volte definito anche primario); programmato, se

svolto durante il travaglio ma era già deciso prima dell'avvio dello stesso; d'urgenza, se le condizioni materne o fetali sono l'indicazione durante lo svolgimento del parto stesso (Batinelli et al., 2018). Le indicazioni al TC sono riportate nella tab. 1.

Tab. 1 - Indicazioni assolute e parziali per il TC

Indicazioni assolute	Indicazioni parziali
Sofferenza fetale grave, in particolare modo all'inizio del travaglio; Distacco intempestivo di placenta normalmente inserita; Placenta previa, soprattutto marginale o centrale; Sproporzione feto pelvica, dovuta a megalosomia fetale, a presentazione anomala o a viziatura del bacino; Tumori pelvici previ, costituenti un ostacolo meccanico.	Presentazione podalica nella nullipara; Gravidanza protratta, con iniziali segni di sofferenza fetale; Gravidanze multi-fetali con 3 o più feti.

Tra le indicazioni invece non appartengono: pregresso TC, travaglio pre-termine, gravidanza gemellare e infezione da virus dell'epatite B o dell'epatite C.

Rispetto al passato sono aumentate le possibilità di controllo intensivo delle condizioni fetali (cardiotocografia, ossimetria, prelievo di sangue dallo scalpo) (Danti et al., 2010) che hanno reso l'indicazione al taglio cesareo più selettiva, ma nonostante ciò, queste tecniche hanno contribuito ad un aumento notevole della sua frequenza, dovuto anche ai cosiddetti "falsi allarmi". Infatti, sono da considerare una quota di segnalazioni erronee di sofferenza fetale, nel senso di falsi positivi che comportano l'attuazione di interventi inutili, ma anche di falsi negativi che inducono ad un'indebita percezione di sicurezza.

L'*Ethics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* ha analizzato quali sono i rischi di un TC, il rischio maggiore è la mortalità materna superiore a quella associata ad un parto vaginale (5,9 per i TC elettivo vs. 18,2 per il TC di emergenza vs. 2,1 per il parto vaginale, per 100.000 gravidanze a termine) (Hall, Bewley, 1999).

Altri rischi e anche eventuali vantaggi sono riportati nella tab. 2 (Hannah et al., 2000).

Il TC se eseguito sulla base di una specifica indicazione medica, può ridurre la mortalità e la morbilità materna e perinatale. Tuttavia, non ci sono evidenze scientifiche che confermano dei benefici per donne o bambini, nei casi in cui questa

procedura non sia giustificata clinicamente. È pur sempre un intervento chirurgico, che comporta dei rischi a breve e a lungo termine, con conseguenze anche a distanza di molti anni dal parto, e può compromettere la salute di donna e bambino e delle future gravidanze.

Tab. 2 - Rischi e vantaggi del TC

Rischi	Vantaggi
Tempo di recupero più lungo, con possibili complicazioni operatorie, lacerazioni e sanguinamenti; Aumenta il rischio di sanguinamento maggiore in una gravidanza successiva; Aumenta il rischio di disturbi respiratori che richiedono una terapia con ossigeno tra i neonati a termine; Aumenta il rischio di una morte fetale in una seconda gravidanza.	Riduce il rischio di incontinenza urinaria; Riduce il rischio di incontinenza fecale; Comodità e possibilità di poter pianificare la precisa tempistica della nascita.

Il presente studio si pone l'obiettivo di analizzare i tassi di TC di due Centri Nascita di diversa intensità di cura, usando la classificazione di Robson quale indicatore di appropriatezza dell'intervento assistenziale.

Materiali e metodi

Questo è uno studio di tipo osservazionale retrospettivo, i dati analizzati provengono dai Registri di Sala Parto di due strutture ospedaliere: l'Ospedale Misericordia di Grosseto, un centro di II livello e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, un centro di III livello.

I dati sono relativi ad un periodo che va dal gennaio 2015 al giugno 2017 e vi sono state incluse tutte le donne che hanno partorito attraverso un TC.

L'accesso ai Registri è stato possibile in seguito all'autorizzazione concessa da parte degli organi istituzionali responsabili della loro custodia.

Sono stati esclusi dallo studio quei casi che presentavano dati incompleti. Le donne partorienti sono state classificate in 10 classi in base ai criteri di Robson.

I risultati sono stati analizzati utilizzando l'analisi descrittiva e il Test del chi² di Fisher, mettendo

a confronto i TC in entrambi i Punti Nascita per ogni classe di Robson.

Classificazione di Robson (Ten Group Classification System)

La maggior parte degli studi sulla frequenza di TC ha dimostrato che sono quattro le principali indicazioni che comportano la necessità di ricorrere allo stesso: pregresso TC, presentazione fetale anomala, distocia e sofferenza fetale; ma le classificazioni basate su queste caratteristiche presentano un problema molto importante, ovvero la mutualità esclusiva: può capitare che lo stesso parto possa presentarsi in più di una categoria.

L'OMS propone la classificazione di Robson (Bretan, 2016; Robson et al., 1996), che ha creato un nuovo sistema: semplice, solido, riproducibile e clinicamente rilevante, che permette confronti tra strutture diverse, o all'interno della stessa in periodi di tempo differenti; basato sulla divisione delle pazienti sottoposte a TC in 10 classi mutuamente esclusive e totalmente inclusive, definite in base a: parità; numero di feti; presentazione fetale; età gestazionale (EG); decorso del travaglio e del parto (tab. 3).

Tab. 3 - Classificazione di Robson

Classe	
I	Nullipare; Grav. Singola; Pres. Cefalica; EG ≥37 sett.; Travaglio spontaneo.
II	Nullipare; Grav. Singola; Pres. Cefalica; EG ≥37 sett.; Travaglio Indotto o TC prima del travaglio.
III	Multipare (escluse PTC); Grav. Singola; Pres. Cefalica; EG ≥37 sett.; Travaglio spontaneo.
IV	Multipare (escluse PTC); Grav. Singola; Pres. Cefalica; EG ≥37 sett.; Travaglio Indotto o TC prima del travaglio.
V	Pregresso TC; Grav. Singola; Pres. Cefalica; EG ≥37 sett.; Preg. TC Indotte.
VI	Nullipare; Pres. Podalica; Indipendentemente dall'EG.
VII	Pluripare; Pres. Podalica; Indipendentemente dall'EG.
VIII	Grav. Multipla anche con PTC.
IX	Posizioni anomale del feto anche con PTC.
X	Tutte le Grav. Singole; Pres. Cefaliche; inclusi i PTC; EG <36 sett.

Fonte: Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology Vol. 15, No. 1, pp. 179-194, 2001. PTC: pregresso TC

Risultati

In totale sono state incluse nello studio 2.115 donne; il 50,5% proveniva dall’Ospedale di Siena. L’età media era di 34,3±5,7; significativamente più alta nelle partorienti di Punto Nascita di III livello (34,7±5,6 vs. 33,9±5,8).

Per quanto riguarda la distribuzione delle partorienti in base alla Classificazione di Robson, è stato osservato che le classi più numerose erano: Classe V (Progresso TC; Grav. Singola; Pres. Cefalica; EG ≥37 sett.; Preg. TC Indotte.), che rappresentava il 24,2% e la classe II (Nullipare; Grav. Singola; Pres. Cefalica; EG ≥37 sett.; Travaglio Indotto o TC prima del travaglio) con 24%. Quasi la metà di tutte le donne incluse nello studio apparteneva in una di queste due classi. Al terzo posto si trovava la classe I (Nullipare; Grav. Singola; Pres. Cefalica; EG ≥37 sett.; travaglio spontaneo) la quale rappresentava il 11,45%, seguita al quarto posto dalla classe VIII (Grav. multipla anche con PTC) e infine la classe X (Tutte le grav. singole; Pres. Cefaliche; inclusi i PTC; EG <36 sett.); entrambe con quasi 11% delle partorienti (fig. 1).

Si è valutata la distribuzione delle partorienti nelle classi di Robson in base al tipo di Punto Nascita. Sono state osservate le differenze statisticamente significative per le classi I, II, V e VIII (chi-2; p <0,005).

Nel Punto Nascita di III livello (Ospedale Le Scotte a Siena), le classi più rappresentate erano la Classe I (Nullipare; Grav. Singola; Pres. Cefalica; EG ≥37 sett.; Travaglio spontaneo) e la Classe VIII (Grav. Multipla). Dall’altra parte al Punto Nascita di II livello (Ospedale di Grosseto) le classi più rappresentate erano: Classe II (Nullipare; Grav. Singola; Pres. Cefalica; EG ≥37 sett.); e Classe V

Fig. 1 - Distribuzione delle partorienti nelle classi di Robson

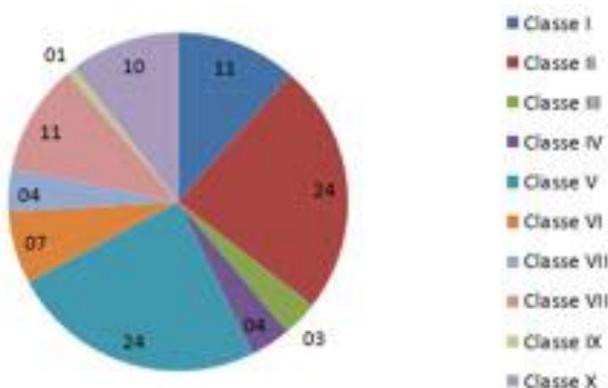
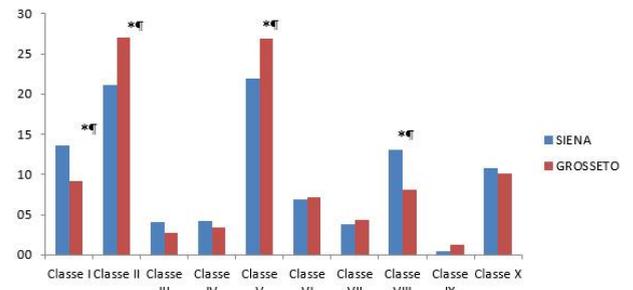
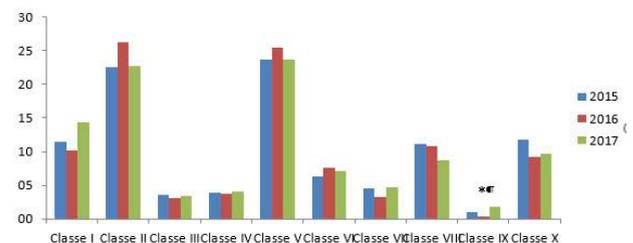


Fig. 2 - Differenze nella distribuzione delle partorienti nelle Classi di Robson in base alla tipologia di Punto Nascita



* chi-2; p <0,001

Fig. 3 - Andamento delle percentuali delle Classi di Robson in base all’anno



* chi-2; p <0,001

(PTC; Grav. Singola; Pres. Cefalica; EG ≥37 sett.; P TC Indotte). I risultati sono riportati nella fig. 2.

La fig. 3 riporta l’andamento delle Classi di Robson in base all’anno dello studio; possiamo osservare non ci sono stati cambiamenti importanti in termini di numerosità di gruppi; tranne il gruppo II e V, dove è stato osservato un leggero aumento nel 2016. Queste differenze non sono risultate statisticamente significative, tranne che per la Classe IX; per la quale è stato osservato un aumento significativo nell’anno 2017 (chi-2; p <0,001).

Eseguendo un’analisi più dettagliata per ogni Punto Nascita, si analizzano le differenze in base all’anno di studio. Per il Punto Nascita di III livello (Ospedale di Siena) non sono state osservate differenze significative (fig. 4). Invece per il Punto Nascita di II livello (Ospedale di Grosseto) sono state osservate le differenze significative in base al l’anno dello studio per le Classi I e VII (chi-2; p <0,005) (fig. 5).

Confrontando due Punti Nascita anno per anno (fig. 6), è stato osservato che nel 2015 le Classi II e VII erano molto più numerose a Grosseto e invece

Fig. 4 - Andamento in base all'anno per il centro nascita di III livello

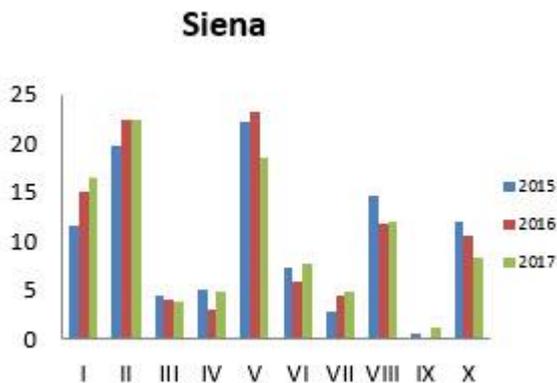
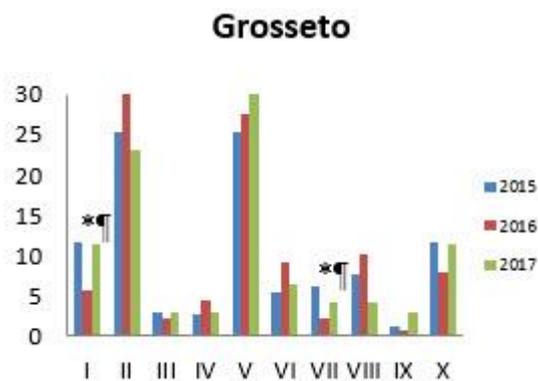
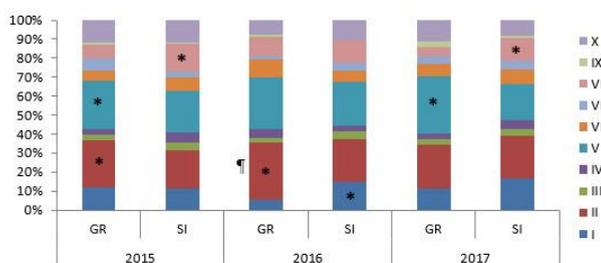


Fig. 5 - Andamento in base all'anno per il centro nascita di II livello



* chi-2; p <0,001

Fig. 6 - Confronto tra Punti Nascita in base all'anno



* chi-2; p <0,001

la Classe VIII a Siena. Queste differenze sono significative (chi-2; p <0,05).

Nel 2016 la Classe I era più numerosa a Siena e invece la Classe II a Grosseto (chi-2; p <0,05). Infine nel 2017 le differenze significative sono state

osservate per le Classi V e VIII; la Classe V più numerosa a Grosseto e la Classe VIII invece a Siena (chi-2; p <0,05).

Come si può osservare dalla fig. 6, la Classe II è stabilmente più numerosa a Grosseto, invece la Classe VIII è più numerosa a Siena, tranne l'anno 2016 quando la differenza non era significativa.

Discussione

Dallo studio è emerso che in entrambi i Punti Nascita, quello di II livello di Grosseto e quello di III livello di Siena, sebbene siano diverse dal punto di vista assistenziale, le classi più popolate sono la II e la V, ovvero le nullipare con la gravidanza singola, presentazione cefalica, a termine con travaglio indotto o TC prima del travaglio e le partorienti con il pregresso TC. Un risultato simile è stato ottenuto anche dallo studio di Roberge et al. del 2017. Secondo l'Autore è necessario tenere sotto controllo questi gruppi mirati, perché spesso nelle gravidanze a basso rischio c'è maggior probabilità di trovare le indicazioni più importanti e più inappropriate per svolgere un cesareo.

L'induzione al travaglio dovrebbe essere usata per intervenire in una gravidanza, quando i rischi nel proseguirla superano i rischi dell'intervento, infatti in letteratura è possibile trovare molti studi che confrontano l'induzione del travaglio con quello spontaneo e dai risultati si nota come i tassi di cesarei dopo l'induzione, siano più alti (Jain, Wapner, 2008).

La classe V è caratterizzata da tutte le donne con un precedente TC. Nonostante le linee guida, le raccomandazioni di *Best Practice* e i numerosi studi a favore del *Vaginal Birth After Caesarean* (VBAC), sono molti gli ostetrici che ancora oggi mettono in discussione questa pratica. Sarebbe necessaria una revisione critica di un approccio diverso, naturalmente il VBAC presenta dei rischi, ma molto spesso i medici non considerano proprio questa possibilità, programmando invece l'ennesimo cesareo, anche esso non privo di rischi. Ovviamente più numerose saranno le Classi I e II, più numerosa diventa la Classe V nel futuro.

È confermato che esistono delle differenze nella composizione di donne che hanno partorito con il TC in base alla tipologia di punto nascita.

Le donne con gravidanza multipla sono gestite più frequentemente dall'Ospedale di III livello, in quanto tali gravidanze, considerate "a rischio" ri-

chiedono una gestione più specializzata e soprattutto la terapia Intensiva Neonatale nel caso frequente di prematurità. Dall'altra parte, le nullipare con gravidanza singola, presentazione cefalica, a termine e le partorienti con il pregresso TC sono risultate più numerose nel punto nascita di II livello a Grosseto.

Bisogna sottolineare che la classificazione di Robson non valuta l'appropriatezza del TC eseguito nel contesto individuale (se è stato appropriato eseguirlo in quel caso concreto), in quanto non prende in considerazione gli indicatori delle condizioni cliniche delle donne. Dal nostro studio non è stato possibile capire quali siano state le vere motivazioni che hanno portato al TC, ma le evidenze ci dimostrano che un così alto numero di TC non può corrispondere ad una effettiva corrispondenza alla necessità clinica.

Robson et al. in un articolo del 1996 propose di utilizzare "*medical audit cycle in labor ward practice*": per identificare e indurre al cambiamento nella gestione del travaglio in un gruppo specifico di donne, con conseguente diminuzione della percentuale di tagli cesarei. L'audit clinico si basa sull'identificazione degli eventi e degli esiti del travaglio, classificandoli, valutandoli e successivamente modificandone la gestione.

Secondo Robson, per definire gli obiettivi, valutare e modificare la gestione, sono necessarie delle riunioni multidisciplinari regolari, attraverso dei meeting giornalieri di circa 30 minuti con medici e ostetriche, per discutere degli eventi rilevanti nelle 24 ore prima. È opinione dell'Autore che, con una continua revisione critica e un confronto frequente anche con altre strutture, la percentuale di TC in ogni singola unità sarebbe ricondotta al suo livello appropriato. In futuro, non ci dovrebbe essere la preoccupazione per cui la percentuale è troppo alta, o troppo bassa, ma piuttosto se quella considerata è appropriata, prendendo in considerazione tutti i fattori di esito rilevanti. Questo, secondo Robson, dovrebbe essere il ragionamento da svolgere in tutte le strutture ospedaliere.

Allora, quale migliore strumento per le donne nell'affrontare la gravidanza ed il parto, di un'assistenza salutogenica fornita da ostetriche "autentiche" che sentano come primario l'obiettivo di proteggere il processo della nascita, di proteggere la donna e il suo bambino. Confronti internazionali confermano le indicazioni che ci vengono dalla fisiologia. I Paesi con colossali tassi di TC sono quelli dove i ginecologi sono molto più numerosi delle

ostetriche, i Paesi con tassi moderati di TC sono quelli nei quali le ostetriche sono più numerose e rimangono il personale di cura primario.

In ultimo, nella gestione politica di un'inversione di rotta verso un'ostetricia meno interventista, l'OMS ritiene che la classificazione di Robson possa aiutare le strutture ospedaliere ad ottimizzare e definire l'efficacia di strategie volte all'utilizzo dei tagli cesarei. Per far ciò è necessario praticare una revisione critica di tutti quegli interventi che rendono necessario il TC e limitare la pratica dell'intervento solo ai casi indicati in modo chiaro e preciso. Forse ripartire dallo studio e dal rispetto della fisiologia potrebbe essere la chiave di volta.

Le motivazioni per cui questa pratica ostetrica conservi una prevalenza così alta, sono complesse e intrecciano fattori istituzionali, demografici e socioculturali. Sebbene in letteratura siano presenti numerosi interventi volti a ridurre i tassi attuali di TC fino a raggiungere i livelli più raccomandati, e l'OMS e le varie Organizzazioni Sanitarie si prodighino nel redigere Linee Guida e raccomandazioni per una *Best Practice*, non si riescono a ridurre i cesarei inutili.

Il taglio cesareo non è più considerato ed utilizzato solo come un intervento salvavita e quindi necessario, ma come una routine, interessando anche donne con gravidanze a basso rischio, che avrebbero tutte le carte per poter partorire spontaneamente.

Conclusione

La nascita è un evento naturale, complesso, biologico e sociale insieme; la concezione di gravidanza e parto quali stati fisiologici della donna, che ha concepito, porta in grembo e dà alla luce il proprio figlio, sembra essere sovrachiesta in maniera sproporzionata, dalla convinzione che l'imponderabile presenza del rischio possa determinare danno, perdita, morte. Ciò ha prodotto negli ultimi decenni, un aumento indiscriminato della medicalizzazione della nascita, non validato da evidenze scientifiche, ma pervasivo degli aspetti culturali e sociali sia degli operatori, che degli utenti, e il ricorso ingiustificato al taglio cesareo ne è un esempio eclatante, nonostante oggi ci siano sufficienti prove che tale aumento non sia correlato a migliori risultati in termini di salute oltre che in termini economici.

Note

- (1) www.ilfattoquotidiano.it/2017/01/26/parto-cesareo-in-italia-e-epidemia-nel-2015-il-34-dei-bambini-e-nato-cosi/3342100/

Bibliografia

- American College of Obstetricians and Gynecologists (2003): Surgery and Patient Choice: The Ethics of Decision Making, *Obstetrics and Gynecology*, 102.
- Betran A.P. et al. (2016): WHO Statement on Caesarean Section Rates, *BJOG*, 123(5): 667-70.
- Batinelli L. et al. (2018): Induction of labour: clinical predictive factors for success and failure, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 38(3): 352-358.
- Cotzias C. et al. (2001): Obstetricians say yes to maternal request for elective caesarean section: A survey of current opinion, *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 97: 15-6.
- Creedy D. et al. (2007): A critique of the literature on women's request for caesarean section, *Birth*, 2007 Dec; 34(4): 331-40.
- Danti L. et al. (2010): *Cardiotocografia, guida pratica*, Edizioni Piccin.
- Fabbri D. et al. (2008): Style of Practice and Assortative Mating: A Recursive Probit Analysis of Caesarean Section Scheduling in Italy, *Applied Economics*, 40: 1411-1423.
- Hall M.H., Bewley S. (1999): Maternal mortality and mode of delivery, *Lancet*, 28; 354(9180): 776.
- Hannah M.E. et al. (2000): Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial, *Lancet*, 21; 356(9239): 1375-83.
- Jain L., Wapner R. (2008): Cesarean delivery: its impact on the mother and newborn, part I. Preface, *Clin Perinatol*, 35(2).
- Johnson E.M. (2014): *Physician-Induced Demand*.
- Mccourt C. et al. (2007): Elective Cesarean Section and Decision Making: A Critical Review of the Literature, *Birth*, 34: 65-79.
- Mould T.A. et al. (1996): Women's involvement with the decision preceding their cesarean section and their degree of satisfaction, *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 103: 1074-1077.
- Odent M. (2009): *Il cesareo*, Blu Edizioni.
- Roberge S. et al. (2017): Reporting Cesarean Delivery in Quebec Using the Robson Classification System, *J Obstet Gynaecol Can*, 39(3): 152-156.
- Robson M.S. et al. (1996): Using the medical audit cycle to reduce cesarean section rates, *Am J Obstet Gynecol*, 174(1 Pt 1): 199-205.

Rassegna di Giurisprudenza

a cura di Mario Greco
Esperto di Legislazione sanitaria

Sommario:

Il chirurgo e la struttura sanitaria rispondono per i danni causati al paziente dall'impianto di una valvola cardiaca difettosa - (Corte di Cassazione, Sezione III civile - Ordinanza 1° dicembre 2018, n. 31966)

Principi di diritto in tema di sequestro preventivo, al fine di confisca, di somme indebitamente incassate da una casa di cura privata convenzionata - (Corte di Cassazione, Sezione V penale - Sentenza 12 dicembre 2018, n. 55921)

Il medico di medicina generale risponde del danno erariale cagionato alla P.A. dal rilascio di certificazioni false che abbiano favorito l'assenteismo di un assistito pubblico impiegato - (Corte dei Conti, Sezione I centrale d'appello - Sentenza 11 novembre 2018, n. 391)

Il chirurgo e la struttura sanitaria rispondono per i danni causati al paziente dall'impianto di una valvola cardiaca difettosa

Corte di Cassazione, Sezione III civile - Ordinanza 1° dicembre 2018, n. 31966

FATTO - La vicenda oggetto della sentenza in esame trae origine da un intervento di sostituzione di una valvola cardiaca, impiantata ad una paziente (CK) nel corso di un intervento chirurgico eseguito presso un'Azienda Ospedaliero-Universitaria da un'équipe composta da tre medici (DS, GF e AV).

Dopo questo primo intervento sostitutivo si manifestarono alcune complicanze che richiesero, nell'arco di un triennio, altri tre interventi chirurgici ed un lungo periodo di riabilitazione, oltre a numerosi accertamenti e ripetuti ricoveri.

Delle complicanze e dei successivi interventi i tre medici furono chiamati a rispondere in giudizio, insieme con l'Azienda O.U., in quanto, ritenuti responsabili di avere impiantato una valvola inadeguata in occasione del primo intervento; la vittima CK, suo marito e i loro due figli ne chiesero la con-

danna al risarcimento del danno biologico, del danno morale ed esistenziale e delle spese mediche, per un totale di oltre quattrocentomila euro.

Nel giudizio di primo grado i due medici DS e GF hanno chiesto il rigetto delle richieste risarcitorie, mentre il dott. AV è rimasto contumace; il dott. DS, inoltre, ha chiamato in manleva la propria compagnia assicuratrice, che eccepì però l'inoperatività della garanzia.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria ha escluso la propria co-responsabilità, adducendo di non essere il datore di lavoro dei sanitari che avevano eseguito l'intervento, dipendenti invece dalla locale Università degli Studi; e, quanto alla difettosità delle valvole, ha chiesto di chiamare in manleva la Ditta produttrice, l'importatrice, la fornitrice in Italia e l'organismo certificatore, nonché il dott. DS in quanto presidente della Commissione tecnica incaricata del loro acquisto.

I soggetti chiamati in causa dall'AOU hanno eccepito a vario titolo la loro estraneità alla vicenda. In particolare, l'Università degli Studi ha dichiarato di non essere la datrice di lavoro dei sanitari convenuti, chiamando in causa, comunque, la propria assicuratrice.

Il Tribunale adito respinse integralmente le richieste di parte attrice, ritenne assorbite le domande di manleva nei confronti dei terzi chiamati in giudizio e compensò le spese di lite tra le parti in causa.

In appello, la Corte territoriale, alla luce di quanto emerso dalla CTU, in parziale riforma della sentenza di primo grado, condannò in solido il chirurgo DS e l'A.O.U. (questa, chiamata a rispondere per inadempimento del contratto di ospedalità) a pagare un consistente risarcimento alla CK per il danno biologico permanente sopportato dalla medesima per effetto dell'intervento ablativo della valvola difettosa; ne escluse però la responsabilità per gli interventi e i ricoveri successivi e per il danno patrimoniale. Respinse, invece, la domanda di risarcimento del danno morale formulata dai congiunti di CK, non essendo parti offese di alcun reato e avendo mancato di provare di avere subito un danno ai propri diritti fondamentali. Accolse, infine, la domanda di manleva avanzata dal DS nei confronti della propria compagnia di assicurazioni. Il Giudice d'appello ha altresì regolato le questioni via via emerse tra gli altri soggetti (Ditte collegabili alle valvole, Compagnie assicuratrici) a vario titolo coinvolti nella complessa controversia giudiziaria.

Per la cassazione di detta sentenza, la paziente CK e i suoi congiunti hanno proposto ricorso, basandolo su quattro vizi di legittimità, al quale hanno resistito il medico GF e l'Azienda O.U.; quest'ultima ha anche proposto ricorso incidentale, fondato su due motivi, mentre nessuna attività difensiva hanno svolto gli altri protagonisti della vicenda: il dottor DS, la locale Università degli Studi, le tre Ditte che producono e/o commercializzano le valvole, nonché le Compagnie assicuratrici chiamate dai medici in manleva.

I supremi Giudici, con la motivazione che segue, hanno accolto due dei quattro motivi del ricorso principale e quelli del ricorso incidentale e, in relazione ad essi, hanno disposto la cassazione della sentenza, con rinvio della controversia alla Corte d'Appello in diversa composizione.

DIRITTO - «Ricorso principale»

1. Con il primo motivo, ai sensi dell'art. 360, comma 1, n. 3 c.p.c., i ricorrenti lamentano la violazione e/o falsa applicazione dell'art. 115 c.p.c., per non essersi il giudice di merito discostato dalle valutazioni del CTU, omettendo di valorizzare le conclusioni del consulente di parte e rifiutando di disporre una nuova CTU.

La Corte d'appello aveva riconosciuto il medico DS responsabile solo dei danni derivanti dal primo intervento chirurgico necessario per sostituire le valvole difettose impiantate dall'équipe da lui diretta, ma non anche di quelli derivanti dai ricoveri e dagli interventi successivi con la seguente motivazione: "gli ulteriori danni ... non sono ascrivibili a colpa del prof. DS che ebbe a porre in essere solo il primo intervento..., il successivo intervento ... è stato infatti determinato dalla necessità di procedere a fissaggio del distacco para-protetico mitro aortico ascrivibile all'intervento del 22 novembre 2002 che ... è un'evenienza possibile in tali casi e non necessariamente presuppone condotte operative improprie poste in essere".

1.1. Il motivo è fondato. Ritiene il Collegio che il decidente abbia fatto malgoverno dei principi che regolano gli oneri probatori in materia di responsabilità sanitaria. E invero, avendo i ricorrenti allegato e provato la ricorrenza di un inadempimento "qualificato" (ossia l'impianto di una valvola difettosa) tale da comportare di per sé, in assenza di fattori alternativi "più probabili", la presunzione della derivazione dei successivi interventi e ricoveri dalla condotta inadempiente, spettava ai convenuti l'onere di fornire una prova idonea a superare tale presunzione secondo il criterio generale di cui all'art. 2697, comma 2, c.c. (Cass. S.U. n. 577/2008 e giurisprudenza successiva).

Sul paziente che agisce per il risarcimento del danno grava l'onere di provare la relazione causale che intercorre tra l'evento di danno e l'azione o l'omissione, mentre spetta alla controparte (medico o struttura sanitaria) dimostrare il sopravvenire di un evento imprevedibile ed inevitabile secondo l'ordinaria diligenza. Nella fattispecie, essendo rimasta oscura la causa degli interventi successivi al primo, spettava ai convenuti dimostrare il verificarsi di una causa imprevedibile ed inevitabile che aveva reso necessari gli ulteriori interventi sulle valvole impiantate alla paziente (Cass. n. 18392/2017, n. 293150/2017, n. 19204/2018).

2. Con il secondo motivo i ricorrenti invocano l'art. 360, comma 1, n. 3 c.p.c. per lamentare la violazione e/o falsa applicazione degli articoli 2697, 2727, 2729 e segg. c.c. e dell'art. 115 c.p.c. da parte del giudice a quo per non avere questi liquidato, disattendendo le risultanze delle prove documentali, delle prove testimoniali e delle consulenze tecniche di parte e d'ufficio, alcunché a

titolo di danno patrimoniale alla CK, nonostante la gravità ed il numero degli interventi subiti ed i trattamenti cui era stata sottoposta.

La Corte territoriale ha ritenuto che mancasse la prova di una permanente e significativa menomazione della capacità di lavoro domestico e pertanto negato il riconoscimento del danno patrimoniale.

I ricorrenti censurano la statuizione imputando alla Corte di merito: *a)* di non avere accolto le istanze istruttorie, in particolare i capitoli di prova 4 e 11 (riportati a p. 9-10 della sentenza impugnata), che avrebbero permesso loro di soddisfare l'onere della prova; *b)* di non avere tenuto conto che dalla consulenza di parte emergeva che "orientativamente" la periziata era stata nell'impossibilità di provvedere alle mansioni domestiche per almeno dieci mesi in modo totale e per i restanti venticinque mesi in modo parziale e che quella d'ufficio aveva evidenziato che per diversi mesi la signora CK non aveva potuto seguire il proprio stile di vita, dovendo ricorrere all'ausilio dei propri familiari per ogni necessità del quotidiano; *c)* di non aver ritenuto provata la circostanza dell'impossibilità di attendere alle normali occupazioni domestiche traendo il proprio convincimento da presunzioni e da nozioni di comune esperienza, stante la prova che alla vittima erano stati riconosciuti due mesi di invalidità totale in regime di ricovero, un mese di invalidità totale non in regime di ricovero, due mesi di invalidità parziale massima e due mesi di invalidità parziale minima.

2.1. Il motivo è inammissibile. Queste le ragioni.

Nella parte in cui la ricorrente si duole del mancato riconoscimento del danno patrimoniale sofferto per la sicura impossibilità di svolgere l'attività di casalinga nei periodi di ricovero, le censure difettano di autosufficienza, posto che esse, a fronte di una decisione che, come detto innanzi, ha negato questa voce di danno per la ritenuta mancanza di prova di una permanente e significativa menomazione della capacità di lavoro domestico, e quindi con riguardo alla compromissione della capacità di lavoro futura, non specificano l'esatto tenore della domanda introduttiva, né i mezzi istruttori articolati al riguardo; invece, nella parte in cui la ricorrente lamenta il mancato riconoscimento del danno patrimoniale connesso alla compromissione della sua capacità di lavoro specifica, le critiche risultano estremamente generiche e volte, in definitiva, a sollecitare

una rivalutazione di merito, preclusa in sede di legittimità.

3. Con il terzo motivo i ricorrenti lamentano che, violando gli articoli 2059, 2697 c.c. e l'art. 115 c.p.c., il giudice d'appello aveva negato la liquidazione del danno morale ai prossimi congiunti di CK, nonostante i gravi effetti negativi sulla loro normale vita di relazione e sulle quotidiane condizioni di vita, provati con perizie medicolegali e per testimoni e comunque presuntivamente.

A prescindere dall'etichetta nominalistica utilizzata per individuarlo, risulta chiaro che i ricorrenti lamentano la mancata liquidazione di un danno da lesione del rapporto parentale temporaneo, di cui infatti la sofferenza interiore per le gravi lesioni subite dal congiunto risulta una componente intrinseca (Cass. 28 settembre 2018, n. 2440). Le critiche sono infondate.

La Corte territoriale ha confutato la spettanza della pretesa risarcitoria azionata tenuto conto delle circostanze di fatto (p. 50 della sentenza): il difetto di prova da parte dei ricorrenti di avere risentito, in conseguenza delle lesioni patite da CK, nel loro ruolo di figli e di coniuge, gravi effetti negativi sulla loro vita di relazione e sulle quotidiane condizioni di vita o una radicale modifica delle concrete condizioni di vita.

Si tratta di una valutazione puntuale e circostanziata - il giudice a quo assume la genericità e quindi, l'inammissibilità dei capitoli di prova testimoniale da 11 a 16 - che non è aggredibile in sede di legittimità, perché la valutazione della sussistenza effettiva e della valenza delle allegazioni delle parti - quanto al senso di permanente angoscia e al timore del reiterarsi della patologia a carico di CK, alla rottura delle relazioni affettive, alla rinuncia di migliori condizioni di lavoro - anche solo quali fatti noti dai quali far discendere la ricorrenza del danno lamentato appartengono alla valutazione di merito.

4. Con il quarto ed ultimo motivo, ricondotto alla categoria logica dell'art. 360, comma 1, n. 3, c.p.c., i ricorrenti deducono l'illogicità e la falsa applicazione degli articoli 1218 e 1228 c.c. e dell'art. 115 c.p.c. da parte del giudice di merito: *a)* per non avere considerato che GF, membro dell'équipe che aveva sostituito le valvole mitraliche, aveva l'onere di provare di non avere consapevolezza della provenienza e della irregolarità dell'acquisto delle valvole; *b)* per averli condannati alla rifusione delle spese di lite sopportate da GF.

La responsabilità di GF è stata esclusa con la seguente motivazione: “pur facendo parte dell'équipe chirurgica, non è dimostrato che avesse consapevolezza della provenienza e delle irregolarità dell'acquisto delle valvole xxx, di talché poteva ragionevolmente confidare nell'idoneità della valvola impiantata” (p. 40 della sentenza impugnata).

4.1. Il motivo è fondato. La decisione impugnata fa malgoverno del disposto dell'art. 1218 c.c., in base al quale il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile.

In sostanza, così come gli altri convenuti, DS e l'Azienda Ospedaliera sono stati ritenuti responsabili per mancato assolvimento dell'onere di provare di avere adempiuto diligentemente alle proprie obbligazioni, non incombeva sulla parte attrice l'onere di dimostrare che GF “avesse consapevolezza della provenienza e della irregolarità dell'acquisto delle valvole”, spettando piuttosto al GF provare di avere esattamente adempiuto alla propria obbligazione ovvero che l'inadempimento era stato determinato da causa a lui non imputabile; con la precisazione che non è qui in contestazione, come sottolinea GF nel suo controricorso, la corretta esecuzione o meno dell'operazione medico-chirurgica di installazione della protesi, ma di quali siano gli obblighi di diligenza e di prudenza esistenti a carico di ciascun componente dell'équipe medica, a fronte della scelta di impiantare quella specifica valvola, risultata difettosa, considerando che la Corte territoriale ha riconosciuto, sulla scorta delle evidenze emerse dalla CTU, che:

- a) il malfunzionamento della valvola fu causato proprio dalle sue caratteristiche;
- b) si trattava di un prodotto innovativo, anche se non sperimentale;
- c) tale sua caratteristica accentuava l'onere di dimostrare di avere adottato tutti gli accorgimenti necessari ad accertare che fosse il prodotto più adatto da impiantare;
- d) non era “impossibile” per gli operatori apprezzare in sede di esecuzione chirurgica la presenza di alterazioni valvolari del tipo di quelle identificate nel caso in esame.

GF, dunque, come componente dell'équipe, in applicazione della consolidata giurisprudenza di legittimità, era tenuto ad un obbligo di diligenza

concernente non solo le specifiche mansioni a lui affidate, ma anche il controllo sull'operato e sugli errori altrui, in quanto tali rilevabili con l'ausilio delle comuni conoscenze del professionista medio. “Dal professionista che faccia parte sia pure in posizione di minor rilievo di una équipe si pretende pur sempre una partecipazione all'intervento chirurgico non da mero spettatore ma consapevole e informata, in modo che egli possa dare il suo apporto professionale non solo in relazione alla materiale esecuzione della operazione, ma anche in riferimento al rispetto delle regole di diligenza e prudenza ed alla adozione delle particolari precauzioni imposte dalla condizione specifica del paziente che si sta per operare” (Cass. n. 2060/2018).

Ricorso incidentale

5. Con il primo motivo, ai sensi dell'art. 360, comma 1, n. 3, c.p.c., l'Azienda O.U. lamenta la violazione e falsa applicazione degli articoli 1223, 1226, 2043, 2056, 2079 c.c., per avere la Corte d'Appello liquidato il danno non patrimoniale occorso a CK, con il metodo delle tabelle milanesi, nella misura del 10% (la CTU lo aveva quantificato tra l'8 e il 10 per cento) e con la percentuale di personalizzazione massima del 49%.

6. Con il secondo motivo, ai sensi dell'art. 360, comma 1, n. 4, c.p.c., l'Azienda lamenta la radicale omissione di ogni motivazione circa le ragioni che hanno portato il giudice ad aumentare il danno nella misura del 49%.

I due motivi possono essere esaminati congiuntamente, data la loro evidente connessione.

6.1. Sono entrambi fondati. È consolidato principio giurisprudenziale quello secondo cui è consentito al giudice, solo con motivazione analitica e non stereotipata, incrementare le somme dovute a titolo risarcitorio in sede di personalizzazione della liquidazione (Cass., n. 10912/2018), perché il potere discrezionale conferito al giudice del merito di liquidare il danno in via equitativa ex articoli 1226 e 2056 c.c. non è suscettibile di sindacato in sede di legittimità, solo quando la motivazione della decisione dia adeguatamente conto dell'uso di tale facoltà, indicando il processo logico e valutativo seguito (Cass., n. 24070/2017).

Ne conseguono l'accoglimento del primo e del quarto motivo del ricorso principale, dei due motivi del ricorso incidentale con la cassazione della sentenza in relazione ai motivi accolti con rinvio della controversia alla Corte d'Appello in diversa composizione, anche ai fini della liquidazione delle spese.»

LE MASSIME - Secondo il disposto dell'art. 1218 c.c., il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato dalla impossibilità della prestazione, derivante da causa a lui non imputabile. Pertanto, nel caso di impianto di protesi palesemente inadeguata e/o difettosa, grava sul paziente che agisce per il risarcimento del danno l'onere di provare la relazione causale che intercorre tra l'evento di danno e l'azione o l'omissione dei convenuti, mentre spetta alla controparte (medico o struttura sanitaria) dimostrare il sopravvenire di un evento imprevedibile ed inevitabile secondo l'ordinaria diligenza che ha impedito l'esatto adempimento.

Il medico chirurgo componente, anche se in posizione di minor rilievo, di una équipe operatoria è tenuto pur sempre ad assicurare una partecipazione all'intervento chirurgico non da mero spettatore, ma consapevole e informata, in modo che egli possa dare il suo apporto professionale non solo in relazione alla materiale esecuzione dell'operazione, ma anche in riferimento al rispetto delle regole di diligenza e prudenza ed alla adozione delle particolari precauzioni imposte dalla condizione specifica del paziente che si sta per operare.

Il potere discrezionale conferito al giudice del merito di liquidare il danno in via equitativa ex articoli 1226 e 2056 c.c., incrementando le somme dovute a titolo risarcitorio nel caso in questione, non è suscettibile di sindacato in sede di legittimità, sempreché la motivazione della decisione dia conto dell'uso di tale facoltà in modo analitico e non stereotipato, vale a dire indicando il processo logico e valutativo seguito.

Principi di diritto in tema di sequestro preventivo, al fine di confisca, di somme indebitamente incassate da una casa di cura privata convenzionata.

Corte di Cassazione, Sezione V penale - Sentenza 12 dicembre 2018, n. 55921

FATTO - Il legale rappresentante e socio unico (WD) di una società, gerente di una casa di cura convenzionata con la locale Azienda Sanitaria, viene accusato, insieme a due suoi collaboratori, dei reati di associazione per delinquere, truffa e falso ai danni del SSN, per avere indotto la ASL a rimborsare alla struttura spettanze relative a prestazioni sanitarie in realtà mai eseguite, mediante la falsificazione delle cartelle cliniche e l'indicazione, nei documenti di liquidazione, di codici non pertinenti alle prestazioni effettivamente erogate.

Il GIP del Tribunale, con proprio decreto, aveva disposto, tra l'altro, in via preventiva, il sequestro, finalizzato alla confisca per equivalente ai sensi dell'art. 322-ter c.p., delle quote proprietarie e di partecipazione della società esercente, a fronte degli importi incassati negli ultimi due anni dalla struttura per effetto dei reati posti in essere, in quanto costituenti il vantaggio economico indebitamente conseguito dal predetto proprietario.

Il Tribunale per il riesame, per confermando la misura adottata dal GIP, aveva, in parziale riforma di detto provvedimento, rideterminato l'importo delle somme sottoposte a sequestro preventivo correlandolo, invece, all'esito delle verifiche effettuate da un'apposita commissione tecnica, nominata dal direttore generale della ASL, per il controllo analitico delle cartelle cliniche e relative schede di dimissioni ospedaliere riferite al periodo in contestazione.

Avverso l'ordinanza del Tribunale, il WD ha proposto ricorso per cassazione, basato su tre motivi con i quali deduce altrettante violazioni e falsa applicazione della legge penale e correlati vizi di motivazione.

In particolare, con i primi due motivi l'indagato lamenta che il Tribunale abbia impropriamente ritenuta la sussistenza degli elementi soggettivo e oggettivo del reato di truffa aggravata, senza considerare le risultanze processuali, dalle quali, a suo dire, era emerso: a) sotto il primo profilo, che la sua compartecipazione al delitto di truffa era avvenuta senza la personale consapevolezza dei costi effettivamente sostenuti, delle codifiche attribuite e dei procedimenti finalizzati al rimborso, per cui non poteva essergli neanche attribuita la responsabilità per le falsificazioni strumentali alla condotta fraudolenta; b) sotto il secondo profilo, che l'errata attribuzione di codifica delle prestazioni sanitarie, accompagnata dalla allegazione del verbale operatorio nel quale era compiutamente descritta la prestazione effettuata, non era idonea ad integrare l'elemento del raggirio o dell'artificio ai sensi dell'art. 640 c.p.

Con il terzo motivo, deduce che l'ordinanza dà un'interpretazione non corretta della nozione di profitto ex art. 322-ter c.p., in forza della quale il Tribunale ha disatteso il principio di diritto enunciato dalle Sezioni Unite della stessa Corte, con conseguente erronea determinazione per eccesso delle somme confiscabili.

La Suprema Corte non ha condiviso tali doglianze ed ha quindi dichiarato inammissibile il

ricorso, condannando il ricorrente al pagamento delle spese del procedimento e di una somma in favore della Cassa delle ammende.

DIRITTO - «1. Il ricorso è inammissibile.

2. Devesi, in primo luogo, rilevare l'inammissibilità dei motivi di ricorso attinenti il vizio di motivazione, tenuto conto dei limiti posti dall'art. 325 c.p.c. alla ricorribilità delle ordinanze in materia cautelare reale, ammessa solo per violazione di legge ovvero per censurare "errores in iudicando" o "errores in procedendo" [art. 606, lettere b) e c), c.p.c.]. E perché effettivamente ricorra l'ipotesi di cui all'art. 606, lett. c), c.p.c. in relazione all'art. 125, comma terzo, è necessario che l'apparato giustificativo del provvedimento impugnato risulti o del tutto mancante o, quanto meno, privo dei requisiti minimi di coerenza, completezza e ragionevolezza e, quindi, inidoneo a rendere comprensibile l'itinerario logico seguito dal giudice (S.U. n. 25932/2008, e n. 5876/2004; vedi anche Sez. VI, n. 6589/2013; Sez. V, n. 43068/2009). Ne consegue che, in tema di sindacato sulla motivazione, è esclusa dal novero dei vizi deducibili in sede di legittimità l'ipotesi dell'illogicità manifesta di cui all'art. 606, lett. e), c.p.c.

2.1. Va, ulteriormente, premesso, allo scopo di delineare il perimetro della verifica deputata all'organo del riesame, che, in caso di sequestro preventivo, detta verifica, ancorché non debba tradursi nel sindacato sulla concreta fondatezza dell'accusa, deve avere ad oggetto la possibilità di sussumere il fatto in una determinata ipotesi di reato, con la conseguenza che, ai fini dell'individuazione del *fumus commissi delicti*, non è sufficiente la mera postulazione dell'astratta configurabilità del reato da parte del pubblico ministero, dovendo il giudice del riesame rappresentare nella motivazione dell'ordinanza, in modo puntuale e coerente, le concrete risultanze processuali e la situazione emergente dagli elementi forniti dalle parti che dimostrano indiziariamente la congruenza dell'ipotesi di reato prospettata rispetto ai fatti cui si riferisce la misura cautelare reale (Cass. 15448/2012, 26197/2010).

2.2. L'indirizzo giurisprudenziale in tema di compiti demandati al tribunale del riesame, di cui sopra, va quindi coordinato con quello secondo il quale tale organo deve limitare il proprio sindacato alle deduzioni difensive che abbiano una oggettiva incidenza sul *fumus*, senza doversi pronunciare su qualsiasi allegazione che si risolva in

una mera negazione degli addebiti o in una diversa lettura degli elementi probatori già acquisiti (Cass., Sez. IV, 13938/2013). Il ricorso per cassazione con il quale si lamenti l'insussistenza dei gravi indizi di colpevolezza e delle esigenze cautelari è, pertanto, ammissibile soltanto ove denunci la violazione di specifiche norme di legge, ovvero la manifesta illogicità della motivazione del provvedimento, secondo i canoni della logica ed i principi di diritto, ma non anche quando propone e sviluppa censure che riguardano la ricostruzione dei fatti, ovvero che si risolvono in una diversa valutazione delle circostanze esaminate dal giudice di merito (Sez. IV, n. 18795/2017).

3. Nel quadro così delineato, le censure articolate dal ricorrente, pur formalmente enunciate nell'alveo dell'art. 606, lett. b) e 325 c.p.c., finiscono per proporre una lettura degli elementi di fatto che rimanda ad una rivalutazione "contenutistica" delle argomentazioni del giudice della cautela, con ciò ponendo la doglianza al di fuori del perimetro di cognizione del giudizio di legittimità.

3.1. L'ordinanza impugnata - dato atto della qualificazione del reato *sub b)* nella forma del tentativo, effettuata all'esito del riesame della misura cautelare personale e dell'annullamento parziale del sequestro in conseguenza disposto - ha ricostruito i fatti sulla base delle risultanze investigative, supportate tecnicamente dalle verifiche dei consulenti del pubblico ministero e della apposita commissione nominata dall'ASL ed ha fornito adeguata motivazione della gravità indiziaria dell'esistenza dell'associazione di cui al capo a), al cui vertice figura la posizione del WD grazie alla sua qualifica di proprietario e amministratore unico della casa di cura, finalizzata alla falsificazione di numerose cartelle cliniche, con specifico riferimento alla documentazione SDO (schede di dimissione ospedaliera, alterate con modifiche ed aggiunte a penna nella prima pagina della cartella clinica e la redazione di nuove SDO relative anche ad interventi mai eseguiti) trasmessa dalla casa di cura, operante in regime di convenzione, all'ASL ai fini del pagamento delle prestazioni per gli anni 2014-2016, in particolare operando la (ri)classificazione dei DRG (codici diagnosi) sui quali si procede alla liquidazione. In particolare, siffatta modalità di abnorme classificazione ha riguardato la somministrazione del prodotto di derivazione ematica PRP in regime di ricovero ordinario (codificato con l'attribuzione della sigla

DGR1), anziché - come dovuto - mediante prestazione ambulatoriale (che la medesima clinica non avrebbe potuto effettuare, secondo la convenzione in atto), con conseguente rideterminazione - per gli anni verificati - delle somme a tale diverso ed illegittimo titolo corrisposte alla clinica a titolo di rimborso.

3.2. Il Tribunale ha infatti ricostruito l'assetto proprietario e societario della casa di cura, riconducibile all'indagato attraverso le società titolari delle relative partecipazioni e dal medesimo amministratore, evidenziando la partecipazione del WD alla complessa operazione fraudolenta, finalizzata alla percezione di rimborsi in misura incongrua rispetto alle prestazioni effettivamente erogate, attraverso il contenuto di numerose intercettazioni, ambientali e telefoniche, che dimostrano la piena condivisione dell'indagato dei meccanismi attuati per l'illecita locupletazione, allo scopo di massimizzare i profitti della società.

3.3. A fronte del percorso giustificativo reso dal tribunale, direttamente confutativo dei motivi di riesame dedotti al riguardo, la violazione di legge sotto il profilo della totale mancanza di motivazione, dedotta dall'impugnante quanto all'esistenza del *fumus* dei reati oggetto di provvisoria incolpazione, si profila come del tutto generica, mentre il rilievo, mosso al tribunale, di aver risolto la dimostrazione del dolo nell'interesse al guadagno appare del tutto riduttiva dinanzi alla più che plausibile ricostruzione dell'organo del riesame, che ha evidenziato indicatori specifici di conoscenza e di volontarietà della fraudolenta codificazione del PRP in capo al WD, al quale risultano correttamente attribuiti - secondo il giudizio prognostico di verosimiglianza che la delibazione delle condizioni della cautela reale impone - tanto i reati di truffa, consumata e tentata, che - diversamente da quanto affermato in ricorso - le connesse fattispecie di falso.

3.4. Sussiste, pertanto, un'adeguata giustificazione della sussistenza del *fumus* di tutti i reati contestati, alla stregua della delibazione necessaria al fine della conferma della misura cautelare reale oggetto di impugnazione.

4. Sono, del pari, inammissibili, in quanto manifestamente infondate, le censure articolate in punto di proporzionalità della misura.

4.1. Va, sul punto, premesso come nella nozione di violazione di legge rientri la individuazione delle coordinate ermeneutiche attraverso le quali il giudice perviene alla ricostruzione della nozione giuridica del profitto del reato ai fini di confi-

sca che, secondo la corretta prospettiva posta a fondamento del provvedimento impugnato, avuto riguardo alle concrete modalità degli illeciti contestati al WD, deve interessare l'effettivo incremento del patrimonio conseguito dalla condotta illecita, mentre non potranno esservi ricompresi i "vantaggi" che costituiscono diretta derivazione delle prestazioni effettivamente svolte a favore dell'ASL, nell'ambito del rapporto sinallagmatico disciplinato dalla convenzione e, dunque, l'*utilitas* di cui quest'ultima si sia giovata in forza delle prestazioni effettivamente eseguite.

4.2. Nella delineata prospettiva, la nozione di profitto del reato si identifica con il vantaggio economico derivante in via diretta ed immediata dalla commissione dell'illecito (S.U. n. 31617/2015), con la precisazione per cui qualora il prezzo o il profitto c.d. accrescitivo derivante dal reato sia costituito da denaro, la confisca delle somme depositate su conto corrente bancario, di cui il soggetto abbia la disponibilità, deve essere qualificata come confisca diretta e, in considerazione della natura del bene, non necessita della prova del nesso di derivazione diretta tra la somma materialmente oggetto della ablazione e il reato (S.U. n. 10561/2014), mentre nel caso in cui il reato venga consumato nell'ambito di un rapporto sinallagmatico, non può essere considerato tale anche l'utilità eventualmente conseguita dal danneggiato in ragione dell'esecuzione da parte dell'agente delle prestazioni che il contratto gli impone (S.U. n. 26654/2008).

4.3. Nel caso in esame, il giudice del riesame ha già rideterminato l'entità del profitto confiscabile, in conseguenza della qualificazione giuridica, in termini di tentativo, del delitto di truffa, respingendo le deduzioni della difesa che - al fine di un'ulteriore ridimensionamento - hanno introdotto la questione relativa all'annullamento della delibera adottata dalla Regione per la determinazione del tetto di spesa assegnato alla casa di cura per l'anno 2015, disposta con sentenza del TAR (...), con conseguente riconsiderazione delle prestazioni rimborsabili e, dunque, del profitto conseguente al reato.

Siffatta prospettazione (...) non appare idonea a qualificare sproporzionato il sequestro rispetto al profitto confiscabile, in presenza di una pronuncia soggetta ad impugnazione, le cui ricadute sui rapporti di dare-avere tra la casa di cura e la Regione (...) sono state unilateralmente tratte dal ricorrente e che, pertanto, non consentono di ritenere palesemente non proporzionato, allo stato, il

rapporto tra somme sottoposte a sequestro e profitto del reato.

4.4. Va, invero, rilevato come in tema di sequestro preventivo finalizzato alla confisca per equivalente, il tribunale del riesame non è - al di fuori dei casi di manifesta sproporzione tra il valore dei beni e l'ammontare del sequestro corrispondente al profitto del reato - titolare del potere di compiere mirati accertamenti per verificare il rispetto del principio di proporzionalità, con la conseguenza che il destinatario del provvedimento di coercizione reale può presentare apposita istanza di riduzione della garanzia al pubblico ministero e, in caso di provvedimento negativo del giudice per le indagini preliminari, può impugnare l'eventuale decisione sfavorevole con l'appello cautelare (Cass. Sez. II, n. 26340/2018, n. 36464/2015, n. 37848/2014). Di guisa che s'appalesa del tutto inconferente il rilievo del ricorrente, in assenza della palese sproporzione, evincibile dagli atti, tra le somme in sequestro (ri)determinate ed il profitto del reato.

5. Alla inammissibilità del ricorso consegua, ex art. 616 c.p.c., la condanna del ricorrente al pagamento delle spese del procedimento ed al versamento, in favore della cassa delle ammende, di una somma che appare equo determinare in € 2000.»

LE MASSIME - Secondo consolidata giurisprudenza, la verifica deputata al giudice del riesame, nel caso di sequestro preventivo, non concerne la concreta fondatezza dell'accusa mossa all'indagato, quanto piuttosto la possibilità che il fatto rientri in una determinata ipotesi di reato; pertanto, ai fini dell'individuazione del *fumus commissi delicti*, la motivazione dell'ordinanza deve indicare, in modo puntuale, le risultanze processuali e gli elementi forniti dalle parti, traendone indizi sufficienti a dimostrare la congruenza dell'ipotesi di reato prospettata rispetto ai fatti cui si riferisce la misura cautelare disposta dal GIP.

Il ricorso avverso un'ordinanza del Tribunale del riesame in materia cautelare non è ammissibile in sede di legittimità, quando le censure riguardino la ricostruzione dei fatti e comportino una diversa valutazione delle circostanze esaminate dal giudice di merito.

Secondo il principio di diritto fissato dalle Sezioni Unite, quando la condotta illecita avvenga nell'ambito di un rapporto sinallagmatico, il profitto del reato sequestrabile in via cautelare a fine di confisca è costituito dal vantaggio economico derivato direttamente dal reato, al netto dell'utilità eventualmente conseguita dal danneggiato per effetto di prestazioni, da lui accettate, correttamente eseguite dal responsabile del reato. Tuttavia, il Tribunale del riesame non ha il potere,

salvo il caso di manifesta sproporzione, di compiere accertamenti mirati per verificare il rispetto del principio di proporzionalità tra il valore dei beni e l'ammontare del sequestro disposto dal GIP.

Il medico di medicina generale risponde del danno erariale cagionato alla P.A. dal rilascio di certificazioni false che abbiano favorito l'assenteismo di un assistito pubblico impiegato.

Corte dei Conti, Sezione I centrale d'appello - Sentenza 11 novembre 2018, n. 391

FATTO - Un medico di medicina generale (ZK) - tratto a giudizio, in primo grado innanzi alla Corte dei Conti, è stato ritenuto responsabile dalla Sezione giurisdizionale della propria Regione - di avere, per colpa grave, agevolato il comportamento assenteista di un proprio assistito (PY), dipendente pubblico, rilasciandogli otto certificazioni di inesistenti stati di malattia, sulla base delle quali il medesimo si era assentato dal servizio per ben 133 giorni, usufruendo indebitamente delle relative retribuzioni.

La Sezione aveva accertato, infatti, che le ripetute certificazioni non erano state precedute da approfondimenti diagnostici adeguati al caso, omesse dal medico con ingiustificabile superficialità professionale. Conseguentemente, il primo giudice aveva condannato il sanitario al risarcimento in via sussidiaria di una quota del danno erariale, che la sua colpevole condotta aveva concorso a cagionare, determinandola in circa settemila euro, oltre rivalutazione monetaria ed interessi legali.

È da notare che la stessa Sezione, in primo grado, aveva contestualmente condannato il PY per assenteismo fraudolento (art. 55-*quinquies*, comma 2, D.Lgs. n. 165/2001), con il quale aveva cagionato alla sua amministrazione un danno erariale - patrimoniale e non patrimoniale all'immagine - valutato in oltre 30.000,00 euro; costui, infatti, aveva anche posto in essere azioni truffaldine sue personali (tra cui vari certificati medici falsi da lui stesso redatti con firma e timbro di sanitari ignari e della locale azienda ospedaliera, per i quali era stato già condannato in sede penale (a seguito di patteggiamento) e disciplinare; tali azioni, insieme ai certificati rilasciatigli dal suo medico di base, avevano portato, nell'arco di un triennio, le assenze dal servizio a complessivi 270 giorni di malattia, senza alcuna perdita della retribuzione.

Avverso la sentenza della Sezione regionale hanno proposto ricorso in appello entrambi i condannati. Il responsabile principale PY ha censurato la pronuncia di primo grado per un motivo di procedura, nonché, in punto di merito, per non aver tenuto conto delle certificazioni mediche circa la sussistenza della patologia psichiatrica da cui è affetto il PY, che escluderebbe di conseguenza l'elemento soggettivo dell'illecito erariale.

Il medico censura a sua volta la sentenza per i seguenti motivi:

1) manifesta illogicità e contraddittorietà della motivazione, per avere la sentenza di primo grado affermato il contributo agevolativo colposo del medesimo, alla realizzazione dell'assenteismo fraudolento dell'assistito, nonostante dal tenore delle intercettazioni telefoniche si evincesse il livello di accuratezza con il quale il paziente indusse in errore il proprio medico;

2) erroneità, superficialità ed arbitrarietà della sentenza, per errata valutazione dei fatti, avendo il giudice di primo grado fondato la propria decisione di condanna sugli esiti delle indagini del procedimento penale, allorché gli esiti delle numerose verifiche mediche, cui invece avrebbe sottoposto il PY., nonché anche l'osservazione diretta del paziente, rendevano perfettamente fondata la sua diagnosi, sulla scorta delle consolidate nozioni mediche note e/o acquisite;

3) violazione e falsa applicazione dell'art. 112 c.p.c., per mancanza di corrispondenza fra chiesto e pronunciato, in quanto mentre la Procura regionale aveva chiesto la condanna del dottor XK, per avere, quale medico di base redatto n. 8 certificati, attestanti lo stato di malattia, poi risultato inesistente, il giudice di prime cure avrebbe imputato alla convenuta il consapevole rilascio delle certificazioni di cui si discute.

La Sezione d'appello della Corte - dopo aver respinto l'eccezione della Procura generale della stessa Corte circa l'inammissibilità per vizi procedurali degli appelli del dipendente e del medico - li ha giudicati entrambi infondati nel merito e li ha pertanto rigettati, confermando l'impugnata sentenza e condannando in solido gli appellanti al pagamento delle spese del giudizio.

DIRITTO - «(Omissis). Nel merito, gli appelli sono infondati e non meritano accoglimento, per i motivi che seguono.

1. (Omissis) Per questi motivi l'appello del signor PY va rigettato per infondatezza.

2. Quanto all'appello del dottor ZK, il Collegio ritiene pienamente condivisibili le motivazioni tutte della sentenza di primo grado, che lo ha condannato in via sussidiaria, per avere, con comportamento gravemente superficiale, attestato lo stato di malattia del PY su un numero di 133 giorni lavorativi continuativi, con la redazione di 8 diversi certificati, stilati, peraltro, ogni 15 giorni, tutti rilasciati in continuazione di uno stato morboso, attestato, ma che non risulta accertato in concreto, attraverso la sottoposizione a visita ambulatoriale e ad altri accertamenti medici.

Trattandosi del medico di base del sig. PY, cui competeva gestire le patologie acute del medesimo, attivando all'uopo appositi controlli medici e clinici, anche con specialisti e monitorandone i risultati, il dottor ZK, non può negare la propria colpa grave, semplicemente deducendo di essere stato "tratto in inganno" dal suo assistito, come se fosse un semplice impiegato addetto al mero rilascio dei certificati medici, essendo viceversa un medico del SSN, tenuto prima di tutto a verificare lo stato di malattia che gli veniva comunicato dal paziente. Egli, a quanto consta dagli atti, si limitò a prendere atto della sintomatologia affermata dal paziente e dei certificati medici che lui esibiva (alcuni dei quali peraltro rivelatisi falsi), mentre invece si richiedeva al medico di base una maggiore attenzione, tipica della diligenza professionale.

Ciò anche in ragione del fatto che ci si trovava in un momento storico in cui i mass-media veicolavano spesso la capillare diffusione del fenomeno dell'assenteismo fraudolento; quindi, lo scopo delle visite ambulatoriali non poteva essere unicamente finalizzato ad ottenere dei certificati medici che giustificassero l'assenza dal lavoro, ma il medico del SSN avrebbe dovuto acclarare l'effettivo stato di salute del paziente e assicurarsi che le patologie vantate fossero effettivamente sussistenti e oltretutto valutare se si trattava di patologie incompatibili con l'attività lavorativa.

Quanto al motivo di appello con cui il dottor ZK, lamenta l'erroneità, la superficialità e l'arbitrarietà della sentenza, per errata valutazione dei fatti, avendo il giudice di primo grado fondato la propria decisione di condanna sugli esiti delle indagini del procedimento penale, corre l'obbligo di ribadire quanto già fatto palese più sopra e cioè che il giudice giuscontabile è facoltizzato ad utilizzare tutte le risultanze processuali in atti, comprese quelle emergenti dal procedimento penale, onde formarsi un suo autonomo

convincimento; in particolare, va altresì ribadito che c'è un'assoluta idoneità della sentenza di patteggiamento a fondare la decisione del giudice giuscontabile in ambito di giudizio per danno all'erario dello Stato. Il motivo è perciò del tutto pretestuoso ed infondato.

Per quanto riguarda infine la dedotta violazione dell'art. 112 c.p.c., per mancata corrispondenza fra chiesto e pronunciato, essa non ha pregio, in quanto è ben evidente che il Collegio giudicante di prime cure non ha imputato al medico il concorso doloso nell'illecito erariale - che avrebbe portato anche per lui ad una condanna per dolo in via principale e per l'intero danno - ma gli ha imputato, solamente, in via sussidiaria e per grave colpa, una parte del danno, la parte relativa alla redazione degli 8 certificati medici, di cui si è già detto. Né è vero che la condanna sia stata relativa alla ritenuta compatibilità del PY con l'attività lavorativa, benché psichicamente malato, in quanto la base della condanna sussidiaria riposa sulla estrema negligenza e superficialità del ZK, nella redazione degli 8 certificati medici emessi senza gli opportuni accertamenti del caso.

Per quanto poi riguarda la somma imputata al sanitario a titolo di responsabilità sussidiaria, essa appare congrua e sembra a questo Collegio che detta somma sia stata indicata secondo giustizia e che non meriti di essere rivista in diminuzione. Pertanto, va confermata la condanna in via sussi-

diaria della dottor ZK alla somma di cui al giudizio di condanna di prime cure.

Conclusivamente, anche questo appello deve essere rigettato per infondatezza. Le spese di giudizio seguono la soccombenza e si liquidano in solido, come da dispositivo; ferme e comunque dovute le spese del primo grado di giudizio. *(Omissis)*»

LA MASSIMA - *Il medico di m.g., in quanto medico del SSN, ha il dovere - contrariamente a quanto avvenuto nella fattispecie - di verificare con attenzione e diligenza professionale l'esistenza della sintomatologia (di natura psichica) accusata dall'assistito e valutare, sulla base degli opportuni approfondimenti clinici del caso, le sue condizioni fisiche e la loro concreta incompatibilità con l'attività svolta dall'interessato.*

In presenza di un pubblico dipendente nella veste di debitore principale verso l'erario, la responsabilità erariale del medico di m.g. - il cui operato, gravemente colposo ma non doloso, abbia concorso a cagionare il danno patito dalla P.A. - assume natura sussidiaria, come tale perseguibile solo dopo l'inutile escussione del patrimonio del dipendente.

Secondo consolidata giurisprudenza, quando sia stato accertato che il medico ha tenuto, per colpa grave, una condotta negligente e imprudente non è applicabile la causa di non punibilità ex art. 6 L. n. 24/2017 (cd. legge Gelli-Bianco), che concerne solo la colpa per "imperizia", né l'art. 3 L. 189/2012 (cd. legge Balduzzi) che ha depenalizzato soltanto la colpa lieve.

NORME PER GLI AUTORI

Mondo Sanitario pubblica esclusivamente articoli originali. La responsabilità del contenuto è esclusivamente dell'Autore. La proprietà degli articoli viene ceduta alla Casa Editrice e ne è vietata la riproduzione non autorizzata, anche parziale, in qualsiasi forma e con qualunque mezzo.

Gli articoli vengono valutati dal Comitato Scientifico e dai Revisori.

I manoscritti accettati possono andare incontro ad una revisione editoriale e, se necessario, a riduzioni della lunghezza, comunque concordate con l'Autore. L'Autore riceverà una risposta sull'accettazione o meno del manoscritto entro quattro settimane.

Ogni articolo viene valutato da almeno due Revisori indipendenti. In caso di accettazione, l'Autore riceverà le bozze di stampa in formato pdf tramite posta elettronica. Eventuali correzioni dovranno essere comunicate entro la data indicata nel modulo di accompagnamento che contiene anche l'autorizzazione alla stampa e che deve essere sottoscritta dall'Autore.

A stampa avvenuta, l'Autore riceverà una copia in pdf del fascicolo nel quale compare l'articolo a sua firma.

Norme generali per l'elaborazione dei manoscritti

Il manoscritto, realizzato in word, deve pervenire tramite e-mail all'indirizzo di posta elettronica info@frgeditore.it e deve essere strutturato come segue:

1) *la prima pagina* deve contenere:

- a) titolo
- b) nome e cognome dell'Autore/i
- c) istituzione di appartenenza e qualifica rivestita
- d) parole chiave (non più di 5)
- e) indirizzo per la corrispondenza con: nome dell'Autore a cui inviare la corrispondenza; indirizzo; telefono; e-mail;

2) *riassunto strutturato* (obiettivi, metodi, risultati, conclusioni) di massimo 250 parole;

- 3) *testo*, suddiviso in:
 - a) introduzione

b) materiali e metodi

c) risultati

d) conclusioni

4) *ringraziamenti* (eventuali);

5) *bibliografia*, limitata alle voci essenziali.

I riferimenti devono venire identificati nel testo con l'indicazione del cognome dell'autore seguito dall'anno di pubblicazione. In caso di più di due autori si indicherà il cognome del primo seguito dalla dizione "et al."

Gli autori vanno indicati con il cognome, seguito dall'iniziale del nome e, tra parentesi, l'anno di pubblicazione. All'interno dell'ordine alfabetico vale l'ordine cronologico; in caso di pubblicazioni relative allo stesso autore e allo stesso anno si utilizzano le lettere (es. 2018a, 2018b).

Di seguito si riportano alcuni esempi di citazione:

- *rivista*: Mastrobuono L., Mayr M. (2018): *L'assistenza sanitaria e sociale ai pazienti affetti da patologie croniche in Provincia autonoma di Bolzano: il Master Plan Chronic Care, Organizzazione Sanitaria*, XLII, 4: 13-74, FRG Editore, Roma.

- *libro*: Monteduro F. (2006): *Le aziende sanitarie non profit. Rilevanza, ruolo e collaborazione con il settore pubblico*, McGraw-Hill, Milano.

- *capitolo di libro*: Caruso B. (1997): "L'Europa, il diritto alla salute e l'ambiente di lavoro", in Montuschi L. (a cura di): *Ambiente, salute e sicurezza: per una gestione integrata dei rischi da lavoro*, Ed. Giappichelli.

Tabelle/figure, con didascalie adeguate ed eventuale citazione della fonte, numerate con numeri arabi. Dovranno essere realizzate tenendo conto del formato della rivista. Andranno citate nel testo come segue (tab. 1/fig. 1).

Acronimi e riferimenti legislativi. Si utilizzino le formule più semplici. Per gli acronimi, ad esempio: SSN, PSN, ASL, AO, DRG, ROD, FSN. Per le norme, ad esempio: L. 833/1978; D.Lgs. 29/1999; D.M. 15 aprile 1994, L.R. 4 agosto 1997, n. 42.

MONDO SANITARIO

Fondatore
Mario Greco

Direttore responsabile
Nicola Nante

Comitato Scientifico
Roberto Cursano, Marinella D'innocenzo, Cosimo Maiorino, Isabella Mastrobuono, Gabriele Messina, Marino Nonis

Comitato di Redazione
Maria Carmen Agnello, Giovanna Borromeo, Francesco Colavita, Roberto Grinta,
Pier Luigi Impedovo, Alessia Marino, Gennaro Sosto, Gianmarco Troiano, Maria Vella, Alessio Vitullo

LISTINO ABBONAMENTI 2019

(importi comprensivi di IVA 4% come previsto dal comma 637, art. 1, L. 28 dicembre 2015, n. 208)

Rivista	ISSN	Abbonamenti Italia/Estero	Fascicolo in pdf	Articolo in pdf
ORGANIZZAZIONE SANITARIA (Vol. XLIII - trimestrale)	1827-9724	150,00	40,00	20,00
ORGANIZZAZIONE SANITARIA (accesso annate precedenti) (*)		90,00		
MONDO SANITARIO (Vol. XXVI - mensile 11 fascicoli)	1970-9374	210,00	30,00	20,00
MONDO SANITARIO (accesso annate precedenti) (*)		130,00		
ORGANIZZAZIONE SANITARIA + MONDO SANITARIO on line		270,00		
ORGANIZZAZIONE SANITARIA + MONDO SANITARIO cartaceo + on line		410,00		
ORGANIZZAZIONE SANITARIA + MONDO SANITARIO (accesso annate precedenti) (*)		160,00		
CODICE DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA (Vol. XXIX)	1970-9722	260,00		

(*) Solo per i nuovi abbonati.

COME ABBONARSI:

BONIFICO BANCARIO - Banca Popolare di Sondrio (IBAN IT 34 Z 05696 03209 000010918X94) intestato a **FRG Editore**, indicando nella causale il titolo della rivista e inviando copia del pagamento alla e mail info@frgeditore.it o al fax 06.50932756 segnalando un indirizzo email valido. Per l'acquisto del Codice dell'Ospedalità Privata verrà inviata una scheda di sottoscrizione da compilare e sottoscrivere. Trattandosi di abbonamenti on line, in mancanza di pagamento anticipato, non verranno attivati i codici di accesso alle pubblicazioni.

ACCESSO ON LINE - Per gli Abbonati dotati di apposito *IP statico*, l'accesso potrà avvenire tramite identificazione e riconoscimento della rete autorizzata. In assenza di detta comunicazione, entro 24-48 ore dalla ricezione del pagamento verranno comunicate user e password per l'accesso on line alle Riviste acquistate.

FATTURAZIONE - Per ricevere la fattura è indispensabile comunicare codice fiscale, partita iva e codice univoco contestualmente al pagamento.