AUPI notizie

Associazione Unitaria Psicologi Italiani

2014 n. 4

- ESERCITO DI RISERVA
- Bozza decreto RC Professionale
- Giornata Mondiale della Salute Mentale
- Problemi psicologici della disoccupazione e suoi effetti sul comportamento
- Riforma sanitaria Lombardia accordo sindacale
- Sussistenza Responsabilità Contrattuale

Poste Italiane SpA - Spedizione in abbonamento postale - 70% - C/RM/DCB - Registraz. del Tribunale di Roma n. 551 del 28/12/2000
Direttore Responsabile: Mario Sellini • Redazione: Sede Centrale AUPI Via Arenula, 16 - tel. 06.6873819 - fax 06.68803822 • Stampa: Tipografia Poligraf srl - tel. 06.5814154

Notizie

SOMMARIO

1

ESERCITO DI RISERVA - M. Sellini

7

Bozza
decreto RC Professionale

22

Giornata Mondiale
della Salute Mentale

23

Problemi psicologici
della disoccupazione e suoi effetti sul
comportamento - G. Cavadi

35

Riforma sanitaria Lombardia
accordo sindacale

45

Sussistenza
Responsabilità Contrattuale

62

Schede d'iscrizione

In copertina: Fregene, Gabbiani.
Opera gentilmente concessa dalla Pittrice BIANCA GANDOLFO. **http://digilander.libero.it/biancagandolfo/**

ESERCITO DI RISERVA

Mario Sellini
Segretario Generale

Dal 2008, anno di inizio della "Grande Crisi", ad oggi, A.D. 2014, il mondo della Finanza, una volta tanto, alleato con quello industriale, ha ottenuto un grande, enorme, risultato: la creazione di un immenso "***ESERCITO DI RISERVA***".
Una riserva, pronta e arrabbiata, disposta a sopportare qualsiasi condizione e vessazione, pur di andare in prima linea.
Questo grande Esercito di Riserva è formato da milioni di disoccupati, precari, sottoccupati e lavoratori in nero.
Le dimensioni sono enormi, pari o superiori all'Esercito degli Occupati. Ed è un esercito costituito essenzialmente da giovani. Non a caso la disoccupazione giovanile è pari al 50% della forza lavoro. Per un giovane che lavora ce n'è uno disoccupato e quello che lavora, spesso, è un precario, un lavoratore part-time, spesso laureato. Quasi sempre diplomato.
Questi sei anni di crisi, che non finiscono qui, visto che la fine della crisi non si intravede neppure un lontananza, nonostante Monti nel 2011, Letta subito dopo e Renzi fino a qualche giorno fa, collocassero la fine della crisi e l'inizio della ripresa economica e fine 2012, spostata poi al 2013, quindi al 2014 e adesso di ripresa non se ne parla proprio più, hanno visto realizzarsi una sperimentazione economica e politica di portata internazionale.

Ecco il primo, paradossale, risultato/obiettivo di questa crisi: il Contratto di Lavoro condizione necessaria e minima, diritto, indisponibile e non alienabile, per tutti i lavoratori, è diventato una sorta di privilegio del quale "vergognarsi" e contro il quale oramai si scagliano i Soldati dell'ESERCITO DI RISERVA.

Sono stati coinvolti centinaia di milioni di cittadini europei e non solo.
Questa immensa sperimentazione ha colpito la carne viva di una componente del sistema produttivo: i lavoratori. E non si è fermata ai lavoratori. Ha colpito e colpisce, duramente, tutti i cittadini delle fasce deboli e della piccola e media borghesia.
I lavoratori, quelli contrattualizzati, hanno subito di tutto, in nome e per conto della crisi. Cassa integrazione, licenziamenti, peggioramento delle condizioni di lavoro, riduzioni stipendiali, blocco della contrattazione, rischi crescenti per la salute, ritmi da fine ottocento e lotta tra poveri.
Il risultato che è sotto i nostri occhi ci mostra lavoratori a 1.300,00 euro al mese, molto al di sotto della soglia di povertà, che devono essere contenti perché un lavoro ce l'hanno.
Devono essere contenti perché sono "GARANTITI": hanno un contratto di lavoro.
Ecco il primo, paradossale, risultato/obiettivo di questa crisi: il Contratto di Lavoro condizione necessaria e minima, diritto, indisponibile e non alienabile, per tutti i lavoratori, è diventato una sorta di privilegio del quale "vergognarsi" e contro il quale oramai si scagliano i Soldati dell'ESERCITO DI RISERVA. Milioni di giovani e meno giovani, disoccupati

e sottoccupati ai quali è stata inculcata l'idea che il Contratto di lavoro è un privilegio e che lavorare non richiede un contratto di lavoro.
Poco ci manca che i lavoratori contrattualizzati, oggi considerati PRIVILEGIATI perché GARANTITI da un Contratto, siano considerati una vera e propria CASTA.
I lavoratori, Contrattualizzati, sono considerati privilegiati perché l'art. 18 dello Statuto dei Lavoratori, non consentirebbe, al datore di lavoro, il loro licenziamento.
Non esiste BUGIA più spudorata. Se così fosse come mai i licenziamenti sono all'ordine del giorno? Come mai quelli che perdono lavoro sono in continuo aumento? Ogni anno, il sistema produttivo e industriale del Paese perde centinaia di migliaia di lavoratori alla faccia dell'art. 18 dello Statuto dei lavoratori.
Perché è diventato così difficile raccontare la verità? La verità è che in Italia non è difficile licenziare, anzi. È impossibile assumere perché manca il lavoro.
Nessuno racconta la verità perché è scomoda. Qualche tempo fa, un paio d'anni, su queste stesse pagine, ebbi a scrivere che uno degli effetti della cd "globalizzazione" sarebbe stato l'arretramento generalizzato delle condizioni lavorative. La concorrenza "cinese", i bassi costi della produzione e della manodopera avrebbero influenzato, negativamente, il mondo del lavoro anche il Italia. Ed è ciò che sta accadendo.
Non solo i prodotti, a basso costo di manodopera, provenienti dalla Cina, hanno invaso i mercati occidentali, ma è soprattutto il loro modello di organizzazione del lavoro che ci sta invadendo e che fa paura.
L'obiettivo primo della crisi finanziaria era quello di riportare indietro (medioevo) le lancette dell'orologio dei diritti civili e dei lavoratori. Ma bisognava trovare un alleato.
Il prezioso alleato è stato creato con pazienza certosina: l'ESERCITO DI RISERVA. Fu il Ministro del lavoro TIZIANO TREU che introdusse nell'ordinamento le fattispecie del "lavoro a progetto", "co.co.co." e "co.co.pro." È da quella legge che nasce l'ESERCITO DI RISERVA.
È un Esercito presente in tutti gli ambiti produttivi; dal mondo del lavoro dipendente (senza distinzione tra pubblico e privato), al terziario (commercio e servizi), alle Professioni.
Dove c'è da ridurre diritti, e prima di ridurli, è necessario creare l'ESERCITO DI RISERVA.
Il Pubblico Impiego non sfugge a questa regola. Dall'inizio della crisi i lavoratori della PA sono diminuiti del 10%, mentre sono aumentati, a dismisura, i lavoratori, compresi i Professionisti, non contrattualizzati. Il Precariato più bieco è diventata la regola.
Professionisti in possesso di titolo di Specializzazione pagati ad ore, a cifre irrisorie, inferiori a quelle dei collaboratori domestici. Con buona pace per la qualità dei Servizi offerti ai cittadini.

Il Pubblico Impiego non sfugge a questa regola. Dall'inizio della crisi i lavoratori della PA sono diminuiti del 10%, mentre sono aumentati, a dismisura, i lavoratori, compresi i Professionisti, non contrattualizzati. Il Precariato più bieco è diventata la regola. Professionisti in possesso di titolo di Specializzazione pagati ad ore, a cifre irrisorie, inferiori a quelle dei collaboratori domestici. Con buona pace per la qualità dei Servizi offerti ai cittadini.

C'è sempre qualcuno che, dalle parti del Governo, si ostina a pensare che le riforme possano creare ricchezza e occupazione.
Alcune riforme sono necessarie: eliminare i vincoli che impediscono la creazione di imprese; le troppe, inutili regole che ingabbiamo le iniziative produttive, la drastica riduzione delle miriadi di autorizzazioni ecc. possono aiutare lo sviluppo e la crescita.
Ma ciò che fa ripartire l'economia sono gli investimenti e la capacità di attrazione dei finanziamenti. Dalla grande crisi del '29 si uscì con massicci investimenti pubblici. Oggi si pensa di uscire dalla crisi eliminando l'art. 18, riformando la P.A., tagliando le prerogative sindacali, riformando la legge elettorale e la Costituzione. Niente di tutto ciò farà ripartire l'economia.
L'art. 18 dello Statuto dei lavoratori, considerato da alcuni

un Totem da abbattere, diventa la "chiave di volta" capace di legare, indissolubilmente, l'Esercito di Riserva, gli attuali lavoratori a tempo indeterminato con la volontà di ridurre i diritti dei lavoratori e la dignità del lavoro.
Perché l'Esercito di Riserva è la "chiave di volta" di tutto il progetto di restaurazione?
Immaginiamo, per attimo, ad un mercato del lavoro, senza l'art. 18. Tutti i nuovi assunti a "tempo indeterminato" senza più il diritto al "reintegro" sul posto di lavoro in caso di licenziamento, immotivato, e con la prospettiva di essere licenziati.
Quale sarà lo stato d'animo di questi lavoratori consapevoli che, da un momento all'altro, possono essere licenziati perché non accettano condizioni di lavoro inumane, o perché si ammalano? Questi lavoratori, con la spada di Damocle (il licenziamento) sulla testa potranno mai protestare, fare sciopero, o chiedere aumenti contrattuali e migliori condizioni di lavoro? E si iscriveranno mai ad un sindacato sapendo che il datore di lavoro, potrebbe "non gradire" la presenza del sindacato o di un sindacato in azienda?
Quello delineato non è uno scenario fantascientifico. No. È solo la cronaca di quanto è già avvenuto nello stabilimento Fiat di Melfi con alcuni operai e rappresentanti sindacali della FIOM. Sol perché avevano indetto uno sciopero e chiedevano agli operai di aderire, sono stati licenziati. Dopo i ricorsi, le cause e le sentenze che hanno obbligato l'azienda al reintegro dei lavoratori licenziati, l'azienda ha ritenuto di aggirare la sentenza: ha comunicato agli operai che sarebbero stati pagati ma, non dovevano mettere piede in fabbrica.
E quando un'altra sentenza ha obbligato la Fiat a farli lavorare, cosa accade? Alla prima occasione l'azienda mette in cassa integrazione alcune centinaia di lavoratori e, caso strano (sic!!!), tra i "cassaintegrati" ci sono gli operai prima licenziati e poi reintegrati. A questo punto per loro non c'è più niente da fare. A casa.
Tutto ciò accade con l'art. 18 che tutela i lavoratori dallo strapotere del datore di lavoro. Cosa accadrebbe senza più la tutela di questa norma?
Questa è sola una delle numerose, nefaste, conseguenze della cancellazione dell'art. 18 non accompagnata da reali e solide tutele. Il Governo è disposto ad accompagnare l'abrogazione dell'art. 18 eliminando qualsiasi ipotesi di rapporti di lavoro non a tempo indeterminato? a cancellare le finte partite iva, i co.co.co., i co.co.pro. ecc.?
Perché se non cancella ogni possibilità di rapporto di lavoro diverso dal tempo indeterminato, i datori di lavoro avranno la libertà di licenziare i dipendenti a assumerli a progetto, con finte partite iva, come co.co.co., co.co.pro. ecc.
Allora si che avremmo eliminato definitivamente i lavoratori dipendenti, sostituiti, TUTTI, da manodopera a bassissimo costo e senza più alcuna pretesa.
E qui si chiuderebbe definitivamente il cerchio: l'Esercito di Riserva sarebbe l'Unico Esercito di lavoratori. Non esisterebbero più lavoratori "garantiti" v/s "precari". Tutti precari, tutti a basso costo, tutti allineati e disponibili ad accettare qualsiasi condizione di lavoro.
L'art. 18 si può discutere. Certo. Ma con garanzie non finte ma "vere" del tipo: a) il posto di un lavoratore licenziato non può essere ricoperto, in nessun modo per 3/5 anni; b) indennità di disoccupazione per tutti; c) accompagnamento al reimpiego ecc.
La cancellazione dell'art. 18 serve a ridurre gli spazi di democrazia e di agibilità politica, a incidere sulla sfera dei diritti e delle tutele sociali. In ultima analisi a indebolire, prima, a distruggere, poi, lo stato sociale e a "normalizzare" il mondo del lavoro.
Quello che è oggi un diritto, diventerebbe una gentile concessione del datore di lavoro (pubblico e privato).
Per rendere realizzabile ed effica-

La cancellazione dell'art. 18 serve a ridurre gli spazi di democrazia e di agibilità politica, a incidere sulla sfera dei diritti e delle tutele sociali. In ultima analisi a indebolire, prima, a distruggere, poi, lo stato sociale e a "normalizzare" il mondo del lavoro. Quello che è oggi un diritto, diventerebbe una gentile concessione del datore di lavoro (pubblico e privato).

ce questo progetto serve l'ESERCITO DI RISERVA. Serve illudere questo ESERCITO con il miraggio che una riduzione della spesa sociale possa creare lavoro per questo ESERCITO. Ma non sarà così.
La prospettiva è quella già riscontrabile in larghe zone degli Stati Uniti. La compressione dei salari coniugata con l'aumento dei costi dei servizi, dalla casa alla salute, fa si che con due lavori, entrambi full time (negli USA è possibile), una famiglia non riesca a sopravvivere.
La scure viene calata sui servizi ma resta ben lontana dagli sprechi che sono tanti e che nessuno tocca.
I mass media, a inizio anno, ci hanno riversato addosso, migliaia di articoli e servizi sull'inutilità delle Province, sulla necessità di eliminarle e sugli sprechi che comportavano.
Si bloccano gli stipendi e si riducono le tutele di chi lavora ma l'elusione e l'evasione fiscale resta immutata. Si riduce il personale, si tagliano e si chiudono i servizi ma nessuno interviene, nessuna legge obbliga gli amministratori e le amministrazioni, soprattutto quelle territoriali (comuni, province, regioni e enti intermedi) ad acquistare beni e servizi a costi standard.
Dietro il finto rispetto delle autonomie, si nasconde il più bieco affarismo e gli sprechi più vergognosi.
Non solo non si capisce perché una Amministrazione Pubblica debba pagare una matita 5 euro e un'altra la possa pagare 50 centesimi, 20 volte di meno, ma soprattutto non si capisce perché non si possa intervenire su questi sprechi.

Si bloccano gli stipendi e si riducono le tutele di chi lavora ma l'elusione e l'evasione fiscale resta immutata. Si riduce il personale, si tagliano e si chiudono i servizi ma nessuno interviene, nessuna legge obbliga gli amministratori e le amministrazioni, soprattutto quelle territoriali (comuni, province, regioni e enti intermedi) ad acquistare beni e servizi a costi standard.
Dietro il finto rispetto delle autonomie, si nasconde il più bieco affarismo e gli sprechi più vergognosi.

Un anno fa viene nominato un esperto, Cottarelli, per la spanding review. A distanza di 10 mesi, si ritorna ai tagli lineari di "tremontiana" memoria.
Cambiano i Governi, cambia il Parlamento, Destra o Sinistra, la ricetta è sempre la stessa: tagli lineari e i dipendenti pubblici restano fannulloni.
Qualcuno, timidamente, comincia a dire: "*aridatece er Brunetta*".
La Politica si è, gattopardescamente, trasformata. Tutto si muove affinché nulla cambi. Ed è ciò che sta accadendo all'Italia.
In Italia ci sono circa 8.000 Comuni con oltre 10.000 società partecipate. "Cimiteri degli elefanti" dove collocare i politici "trombati". Nessuno ha osato toccarle. Cottarelli ha scritto che il numero di queste società si può tranquillamente ridurre da 10.000 a 1.000 senza che i cittadini risentano in alcun modo della riduzione.
Risultato? Cottarelli va via. Le società partecipate restano.
Non si possono chiudere migliaia di inutili carrozzoni mentre si chiudono i servizi sanitari. Ma in che Paese viviamo?
Quali sono i valori fondanti il viver civile? La Salute è diventato un prodotto da acquistare? C'è chi lo acquista in una boutique di lusso (sanità privata), chi deve accontentarsi del discount (sanità pubblica) e chi ne deve fare a meno. Si. Perché oramai sono tanti i cittadini che rinunciano a curarsi.
Non si eliminano le Province, non si chiudono inutili e costosi carrozzo-

Non si possono chiudere migliaia di inutili carrozzoni mentre si chiudono i servizi sanitari. Ma in che Paese viviamo?
Quali sono i valori fondanti il viver civile? La Salute è diventato un prodotto da acquistare? C'è chi lo acquista in una boutique di lusso (sanità privata), chi deve accontentarsi del discount (sanità pubblica) e chi ne deve fare a meno. Si. Perché oramai sono tanti i cittadini che rinunciano a curarsi.

ni, non si eliminano migliaia di inutili società partecipate dalla Pubblica Amministrazione, non si eliminano gli sprechi in Regioni, Comuni e Enti Locali, ma si taglia la Sanità Pubblica.
Dal 2011, anno di inizio dei tagli economici nella PA, la Sanità pubblica ha contribuito al risanamento economico del paese, secondo i dati forniti e resi pubblici dalla Corte dei Conti, per oltre 30 miliardi di euro (2011-2014). Può un sistema complesso com'è il Servizio Sanitario Pubblico, reggere un taglio così forte, uscire indenne e continuare a garantire i servizi e la tutela della Salute? La risposta è NO.
La riduzione delle attività, la chiusura dei servizi diventa una tappa obbligata. Strutture obsolete e riduzione della qualità rischiano di portare il nostro Sistema Sanitario Nazionale, ancora tra i migliori al mondo, al livello della Sanità pubblica degli Stati Uniti. Un servizio scadente, riservato ai "poveracci" che non si possono permettere una polizza assicurativa sanitaria privata e costosa.
Se non si pone un freno a questo continuo depauperamento del Servizio Sanitario si condanna la Sanità pubblica, destinata ad essere spazzata via, sostituita da tutele legate esclusivamente al reddito (assicurazioni). Ciò inciderà, sempre più, sul grado di civiltà nel nostro paese.
Il degrado sarà ancora più profondo se non si comprende che per conservare un Sistema Sanitario equo, universalistico e solidale è necessario che i Professionisti siano coinvolti nei processi decisionali, che non siano marginalizzati né umiliati.

Se non si pone un freno a questo continuo depauperamento del Servizio Sanitario si condanna la Sanità pubblica, destinata ad essere spazzata via, sostituita da tutele legate esclusivamente al reddito (assicurazioni). Ciò inciderà, sempre più, sul grado di civiltà nel nostro paese.

Stabilizzazione Precari

L'Europa, la Commissione, la Troika, la BCE e tutte le altre Istituzioni europee sono sempre presenti nel dibattito politico-economico nazionale. Chissà perché, questi stessi soggetti, diventati oramai dei Totem per la nostra classe politica, spariscono dal panorama italiano quando assumono decisioni che non piacciono ai nostri "politici".
È il caso del PRECARIATO. L'Alta Corte di Giustizia Europea ha sancito che un precario al quale non viene rinnovato il rapporto di lavoro, ha diritto a un congruo risarcimento economico. Banalmente significa che il datore di lavoro, se vuole sbarazzarsi di un lavoratore precario deve pagare.
Sulla base di questa Sentenza, la Commissione Europea ha chiesto/ordinato all'Italia di porre un freno ai rapporti di lavoro precari, specificando che non può definirsi "lavoro precario" quello che viene svolto per sopperire a carenze di organico e/o ad attività e servizi continuativi. Ha, inoltre, chiarito quali sono le caratteristiche che deve possedere un lavoro per essere definito, correttamente, precario: sono essenzialmente quelli stagionali o collegati ad emergenze produttive contingenti.
Su queste basi, a dicembre del 2013 la Commissione inviò all'Italia una lettera con la quale si anticipava l'apertura di una procedura di "infrazione" delle norme europee. Di questa lettera nessuno ne parla. I giornali sono pieni di notizie su ciò che Draghi e la BCE chiedono all'Italia per il risanamento; su ciò che dicono i vari Commissari europei, il Fondo Monetario Internazionale e

Sulla base di questa Sentenza, la Commissione Europea ha chiesto/ordinato all'Italia di porre un freno ai rapporti di lavoro precari, specificando che non può definirsi "lavoro precario" quello che viene svolto per sopperire a carenze di organico e/o ad attività e servizi continuativi. Ha, inoltre, chiarito quali sono le caratteristiche che deve possedere un lavoro per essere definito, correttamente, precario: sono essenzialmente quelli stagionali o collegati ad emergenze produttive contingenti.

via di seguito. Nessuno, ma proprio nessuno, che dica una parola sul rispetto dei diritti dei lavoratori più indifesi: i PRECARI.
L'Europa chiede di cancellare l'art. 18 dello Statuto dei lavoratori e ridurre i diritti e le tutele, ma non dice che l'Italia è l'unico paese dell'Europa a sfruttare, con sistemi ottocenteschi, milioni di lavoratori precari. La percentuale di lavoratori precari presente in Italia è la più alta d'Europa. Ma questo nessuno lo dice. Ci vuole davvero una gran faccia tosta chiedere maggiore flessibilità quando in Italia ci sono oltre sei (6.000.000) milioni di lavoratori precari, come in nessun altro paese europeo.
In un recente incontro al Ministero, il Governo ha dimostrato di avere fretta di emanare un DPCM che stabilizza, qualche decina, forse qualche centinaio di precari nella Sanità, solo per poter dire alla Commissione europea: "*vedete come siamo bravi. Stiamo risolvendo il problema dei precari nella PA per come ci avete chiesto*".

Chiediamo che si avvii, davvero, e senza trucchi, il processo di STABILIZZAZIONE. Il primo passo deve essere: la PROROGA di TUTTI i contratti precari oggi in essere. La proroga dei contratti precari NON COSTA NULLA. È A COSTO ZERO. Perché? Perché si continueranno a spendere gli stessi soldi che si spendono oggi. È solo il primo passo, ma se il Governo non fa questo primo passo che, tra l'altro, non gli costa nulla, vuol dire che non ha assolutamente intenzione di risolvere il problema.

A questo ovviamente noi non ci stiamo.
I precari nella Sanità sono oltre 35.000; alcune migliaia sono Psicologi. Molti di meno dei precari della scuola che sono 150.000.
Noi non chiediamo di risolvere immediatamente e con un colpo di bacchetta magica il problema, immettendo, subito, tutti in ruolo.
Chiediamo che si avvii, davvero, e senza trucchi, il processo di STABILIZZAZIONE. Il primo passo deve essere: la PROROGA di TUTTI i contratti precari oggi in essere. La proroga dei contratti precari NON COSTA NULLA. È A COSTO ZERO. Perché? Perché si continueranno a spendere gli stessi soldi che si spendono oggi. È solo il primo passo, ma se il Governo non fa questo primo passo che, tra l'altro, non gli costa nulla, vuol dire che non ha assolutamente intenzione di risolvere il problema.
Se non sarà così non ci resta altro che partire con i ricorsi indirizzati direttamente alla Corte di Giustizia europea. Di certo non demordiamo.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'articolo 87, quinto comma, della Costituzione;

Visto l'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Visto l' articolo 3, comma 5, lettera *e*), del decreto legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, recante "*Ulteriori misure urgenti per la stabilizzazione finanziaria e per lo sviluppo. Delega al Governo per la riorganizzazione della distribuzione sul territorio degli uffici giudiziari*";

Visto l' articolo 3 del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, recante "*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*", come modificato l'articolo 27, comma 1, del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114;

Visto, in particolare, l'articolo 3, comma 2, del citato decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n.189, che prevede l'emanazione di un decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dello sviluppo economico e dell'economia e delle finanze, sentite l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici, la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, al fine di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie;

Sentita l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA);

Sentite le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate;

Sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del .....;

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'Adunanza del .....;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del.....;

Sulla proposta del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dello sviluppo economico e dell'economia e delle finanze;

emana

il seguente regolamento:

Art. 1

Ambito di applicazione

1. **Il presente regolamento si applica agli esercenti le professioni sanitarie sia nell'esercizio dell'attività svolta in ambito libero professionale, ivi compreso l'esercizio dell'attività resa in rapporto di convenzione con il Servizio sanitario nazionale, nonché nell'esercizio dell'attività svolta come dipendente, ivi compresa l'attività' libero-professionale intramuraria.**
2. Resta ferma l'applicazione dell'obbligo assicurativo di cui all'articolo 3, comma 5, lett. e) del decreto legge 13 agosto 2011 n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011 n. 148, **esclusivamente ai liberi professionisti.**

Art. 2

Definizioni

1. Ai sensi e per gli effetti del presente decreto si applicano le seguenti definizioni:

a) assicurato: l'assicurato è il titolare dell'interesse assicurato;

b) contraente: contraente è colui che stipula il contratto di assicurazione e si obbliga a pagare il premio;

c) assicuratore: impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa nel ramo responsabilità civile generale ai sensi del codice delle assicurazioni private di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005 n. 209;

d) contratto di assicurazione: contratto di cui all'articolo 1882 e ss. c.c. stipulato dall'esercente la professione sanitaria contro i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale;

e) esercente le professioni sanitarie: il professionista che, in forza di un titolo abilitante, svolge attività negli ambiti delle rispettive competenze, di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione. In tale ambito rientrano **in particolare:** medico-chirurgo, odontoiatra, **biologo, chimico,** farmacista, veterinario, psicologo, infermiere, ostetrica, infermiere pediatrico, podologo, fisioterapista, logopedista, ortottista-assistente di oftalmologia, terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnico riabilitazione psichiatrica, terapista occupazionale, educatore professionale, tecnico audiometrista, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico sanitario di radiologia medica, tecnico di neuro fisiopatologia, tecnico ortopedico, tecnico audioprotesista, tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, igienista dentale, dietista, tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, assistente sanitario;

f) franchigia: rappresenta l'ammontare dell'importo risarcito che rimane a carico dell'assicurato. La franchigia può essere assoluta o relativa ed è espressa in cifra fissa;

g) franchigia assoluta: la franchigia assoluta rimane a carico dell'assicurato qualunque sia l'entità del danno risarcito;

h) franchigia relativa: l'applicazione o meno della franchigia dipende dall'entità dell'importo risarcito, nel senso che se lo stesso è inferiore alla franchigia l'assicuratore non è tenuto ad alcun indennizzo, ma se l'importo è superiore alla franchigia, l'assicuratore risarcisce il danno senza tener conto della franchigia. La franchigia si differenzia dallo scoperto in quanto quest'ultimo viene espresso e applicato sempre come percentuale del danno e la sua entità varia quindi secondo l'entità del danno subito dall'assicurato;

i) massimale: somma massima liquidabile dall'assicuratore a titolo di risarcimento del danno in seguito al verificarsi di un sinistro;

l) premio: il premio è il prezzo che il contraente paga per acquistare la garanzia offerta dall'assicuratore;

m) sinistro: qualsiasi richiesta formale di risarcimento avanzata da terzi all'assicurato o all'ente di appartenenza, in cui il terzo richieda all'assicurato il risarcimento dei danni subiti come conseguenza dell'attività professionale; qualsiasi atto giudiziario, compresi avvisi di garanzia o comunicazioni inviate all'ente di appartenenza, di cui l'assicurato venga a conoscenza che possa dare origine a una richiesta di risarcimento nei confronti dell'assicurato;

n) legge: legge 8 novembre 2012, n. 189, di conversione, con modificazioni, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute;

o) reddito: reddito complessivo determinato ai sensi dell'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni.

Art. 3

Categorie di rischio professionale: i requisiti di accesso al fondo

1. L'accesso al fondo di cui all'articolo 5 è consentito agli esercenti le professioni sanitarie che, in base al reddito, non sono in grado di sostenere i costi per stipulare idonea copertura assicurativa ovvero che sono rifiutati dal mercato assicurativo. Al fine di agevolare l'ingresso dei professionisti al mercato del lavoro l'accesso al Fondo è assicurato con priorità ai professionisti più giovani di età anagrafica.

Art. 4
Requisiti minimi ed uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione.

1. Il massimale minimo della copertura assicurativa dei contratti di cui al presente regolamento è fissato in misura non inferiore a € 1.000.000,00 per ciascun sinistro e per ciascun anno, fatta salva la possibilità di reintegrare il massimale secondo le condizioni previste dal contratto.

2. Nei contratti di assicurazione stipulati a decorrere dal termine di cui all'articolo 5, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 7 agosto 2012, n. 137, qualora la garanzia sia riferita alle richieste di risarcimento per fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura assicurativa previsto dal contratto, presentate per la prima volta all'assicurato e denunciate all'assicuratore entro il periodo di efficacia del contratto stesso, la copertura deve prevedere un periodo di retroattività esteso almeno al suddetto termine. In caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa deve essere previsto un periodo di ultrattività della copertura per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i dieci anni successivi e riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura. L'ultrattività è estesa agli eredi e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

3. Le polizze sottoscritte prima del termine di cui al comma 2, se non conformi ai requisiti minimi di cui al presente articolo, restano in vigore e sono

considerate idonee fino alla prima scadenza e comunque non oltre la ricorrenza annuale.

4. Ad ogni scadenza contrattuale deve essere prevista la variazione in aumento o in diminuzione del premio di tariffa in vigore all'atto dell'eventuale nuova stipulazione, in relazione al verificarsi o meno di sinistri nel corso della durata contrattuale. Le variazioni del premio di tariffa devono essere in ogni caso coerenti e proporzionate alla variazione dei parametri adottati per la definizione del premio stesso. Le Assicurazioni possono recedere dal contratto solo in caso di condotta colposa reiterata del professionista accertata con sentenza definitiva che abbia comportato il pagamento di un risarcimento del danno.

5. In caso di richiesta di risarcimento presentate all'Azienda sanitaria, la stessa è tenuta a dare formale comunicazione dell'apertura del sinistro al professionista sanitario **interessato**.

6. L'esercente la professione sanitaria può stipulare idonea copertura assicurativa professionale anche tramite convenzioni collettive o polizze collettive per il tramite delle rappresentanze istituzionali esponenziali delle professioni sanitarie. Le imprese o gli intermediari che commercializzano l'assicurazione per danni derivanti dall'attività sanitaria prevedono nei propri siti internet aree nelle quali sia possibile consultare le condizioni contrattuali, le modalità di acquisto della copertura e le informazioni da fornire all'impresa per l'eventuale sottoscrizione del contratto in conformità con la normativa prevista dall'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS).

7. La franchigia non è opponibile dall'esercente la professione sanitaria al terzo danneggiato.

8. I contratti di assicurazione di cui al presente regolamento prevedono:

a) che l'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro dieci giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro;

b) che per fatti noti o circostanze deve intendersi qualsiasi elemento o fatto suscettibile di causare una richiesta di risarcimento da parte di un terzo venuto a conoscenza dell'assicurato mediante comunicazione formale con mezzo idoneo a garantire la certezza della data e la conservabilità della documentazione.

9. I contratti di assicurazione non prevedono lo scoperto.

Art. 5
Fondo rischi sanitari

1. Al fine di garantire una idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie è costituito presso Consap S.p.A. il Fondo previsto dall'articolo 3, comma 2, lettera a), della legge, cosiddetto Fondo rischi sanitari, di seguito denominato "Fondo".

2. La gestione e l'amministrazione del Fondo, sotto la vigilanza del Ministero dello sviluppo economico e del Ministero della salute, sono attribuite a Consap S.p.A., con l'assistenza del Comitato di cui all'articolo 10.

3. La rappresentanza legale del Fondo è attribuita a Consap S.p.A..

Art. 6
Accesso al Fondo

1. Nel caso venga richiesto un premio che sia superiore ai parametri definiti dal Comitato integrato di cui all'articolo 11, tenendo conto dei requisiti minimi di cui al presente regolamento, ovvero, il mercato assicurativo rifiuti espressamente la relativa copertura, gli esercenti le professioni sanitarie di cui all'articolo 3, comma 1, possono richiedere l'intervento del Fondo.

2. Le condizioni, i limiti e le modalità di accesso al Fondo sono determinate dal Comitato di cui all'articolo 10 tenuto conto di quanto previsto dal presente regolamento e, in particolare, dall'articolo 3.

Art. 7
Intervento del Fondo

1. Il Fondo garantisce l'accesso ad un'idonea copertura assicurativa secondo i requisiti minimi di cui all'articolo 4 del presente regolamento nei limiti delle effettive disponibilità finanziarie del Fondo stesso, nei casi e con le modalità di seguito indicate:

a) nel caso in cui l'esercente le professioni sanitarie dimostri di aver corrisposto un premio assicurativo il cui importo sia superiore ai parametri di cui all'articolo 6, comma 1, e tenendo conto del reddito del professionista, dopo apposita istruttoria del Comitato di cui all'articolo 10, il Fondo provvede al rimborso all'assicurato dell'integrazione del premio versato nei limiti e nei termini definiti dal Comitato medesimo.

b) qualora l'esercente le professioni sanitarie dimostri di aver ricevuto tre rifiuti sul mercato assicurativo, provenienti da altrettanti gruppi assicurativi,

anche attraverso i propri intermediari, ovvero mediatori di assicurazioni di cui all'articolo 82 del d.Lgs. n.209/2005, dopo apposita istruttoria del Comitato, volta ad accertare tale circostanza, il Fondo provvede alla ricerca di idonea polizza il cui premio sarà corrisposto dall'esercente le professioni sanitarie con l'eventuale contributo del Fondo di cui alla lettera a).

2. Il Fondo e il Gestore non rispondono dell'esito della ricerca di cui al comma 1, lettera b).

Art. 8
Contributi da corrispondere al Fondo

1. Entro il 31 dicembre di ciascun anno vengono determinati ai sensi dell'articolo 3, comma 2, lettera a) della legge, la misura, i termini e le modalità di versamento del contributo, relativo all'anno successivo, che l'assicuratore deve al Fondo.

2. Il Fondo è altresì alimentato dal contributo dell'esercente la professione sanitaria che richieda l'intervento del Fondo, nella misura, nei termini e con le modalità di versamento determinate dal Comitato del Fondo, per un periodo pari alla durata del contratto.

Art. 9
Ritardato o mancato versamento del contributo

1. In caso di ritardato versamento del contributo di cui all'articolo 8, sono dovuti gli interessi di mora, al tasso legale a decorrere dal giorno successivo a quello di scadenza del versamento stesso.

2. In caso di mancato pagamento del contributo il Fondo provvede al recupero della somma, anche mediante il ricorso alla procedura di iscrizione a ruolo, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 29 settembre 1973, n. 602 e del decreto legislativo 26 febbraio 1999, n. 46.

Art. 10
Comitato del Fondo

1. E' istituito, entro **60** giorni dalla data di entrata in vigore del presente regolamento, presso Consap S.p.A. il Comitato del Fondo , che delibera, tra l'altro, all'esito dell'istruttoria, sulle richieste di accesso al Fondo nonché provvede alla valutazione del rischio. A tal fine il Comitato adotta entro 45 giorni dall'insediamento un apposito regolamento. Il Comitato provvede, inoltre, sulle questioni ad esso demandate da Consap S.p.A.

2. Il Comitato è presieduto da un rappresentante designato da Consap S.p.A..

3. Fanno altresì parte del Comitato di cui al comma 1:

a) n. 1 rappresentante designato dall'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA);
b) n. 1 rappresentante dei mediatori di assicurazione o di riassicurazione;
c) n. 1 rappresentante designato del Ministero della Salute;
d) n. 1 rappresentante designato dal Ministero dello Sviluppo Economico;
e) n. 1 rappresentante designato del Ministero dell'economia e delle finanze;
f) n. 4 rappresentanti delle Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie, i quali dovranno acquisire preventivamente il parere della federazione di appartenenza del professionista richiedente l'accesso al fondo.

4. I componenti del Comitato sono nominati con provvedimento del Ministro dello sviluppo economico, sentito il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze per la durata di un triennio. Le funzioni di segreteria sono tenute da Consap S.p.A..

5. Le riunioni del Comitato sono valide quando interviene la maggioranza dei suoi componenti. Le deliberazioni sono adottate a maggioranza degli intervenuti. In caso di parità dei voti prevale il voto del Presidente.

6. Laddove sia previsto dalla normativa vigente ovvero ne ravvisi l'opportunità, il Comitato delibera sentito il parere dei professionisti indicati all'articolo 11.

7. Ai componenti del Comitato non spettano compensi, gettoni o emolumenti comunque denominati. Eventuali rimborsi spese, a carico del Fondo, potranno essere riconosciuti secondo le modalità stabilite dal Consiglio di Amministrazione di Consap S.p.A.

Art. 11
Comitato integrato

1. Al fine di definire i parametri e le condizioni standard di cui all'articolo 6, comma 1, il Comitato è assistito da tre professionisti, individuati da Consap S.p.A. tra gli Attuari iscritti all'Ordine nazionale degli attuari, a cui è rimessa la determinazione tecnica dei suddetti parametri e condizioni standard.

Art. 12
Modalità di gestione del Fondo

1. Il Fondo è soggetto patrimoniale autonomo e separato.

2. Consap S.p.A. tiene contabilità e scritture separate per le operazioni attinenti alla gestione autonoma del Fondo nonché una separata amministrazione dei beni ad essa pertinenti, in modo che risulti identificato il patrimonio destinato a rispondere delle obbligazioni del Fondo stesso.

3.Il Consiglio di amministrazione di Consap S.p.A., nel deliberare sull'impiego delle somme disponibili, tiene conto delle esigenze di liquidità del Fondo. Le somme disponibili sono investite esclusivamente in titoli emessi o garantiti dallo Stato Italiano.

Art. 13
Rendiconto della gestione del Fondo

1. Il rendiconto della gestione del Fondo, predisposto dal Gestore ed approvato dal Consiglio di Amministrazione di Consap S.p.A., è trasmesso unitamente ad una relazione dello stesso Consiglio al Ministero dello Sviluppo Economico entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello a cui esso si riferisce.

2. Il rendiconto deve comprendere, tra l'altro, le seguenti voci:

a) in entrata:

1) contributi di competenza dell'esercizio;
2) redditi ricavati dall'impiego delle somme disponibili;
3) interessi attivi diversi;
4) altre entrate da indicare analiticamente;
5) eventuale disavanzo;

b)in uscita:

1) i rimborsi all'esercente assicurato dell'integrazione del premio versato, nei limiti e con i termini definiti con provvedimento del comitato;
2) spese sostenute per la gestione del Fondo;
3) altre uscite da indicare analiticamente;
4) oneri relativi all'impiego delle somme disponibili;
5) eventuale avanzo.

Art. 14
Situazione patrimoniale del Fondo

1. Il rendiconto di cui all'articolo 13 è accompagnato da una situazione patrimoniale dalla quale, tra l'altro, risultino alla fine dell'esercizio:

a) nell'attivo:

1) depositi presso istituti bancari;
2) attività mobiliari da indicare analiticamente;
3) altre partite creditorie da indicare analiticamente;

b) nel passivo:

1) partite debitorie da indicare analiticamente;
2) patrimonio netto comprensivo dell'avanzo/disavanzo dell'esercizio;

2. Nei conti d'ordine vengono indicate eventuali voci che, pur non influendo quantitativamente sul patrimonio e sul risultato economico al momento della loro iscrizione, possono produrre effetto in futuro.

Art. 15
Vigilanza governativa del Fondo

1. Il Ministero dello sviluppo economico e il Ministero della salute possono chiedere in qualunque momento al gestore del Fondo notizie e dati relativi alla gestione e disporre accertamenti ove lo ritengano necessario.

Art. 16
Obbligo per le Imprese assicurative di fornire al Fondo dati ed elementi sulla copertura dei sinistri

1. Il Fondo può chiedere alle imprese autorizzate all'esercizio dell'assicurazione per danni derivanti dall'attività professionale **sanitaria** i dati relativi alla gestione dei sinistri, le quali sono tenute a fornirli.

Art. 17
Spese di funzionamento e oneri di gestione del Fondo

1. Le spese e gli oneri di gestione del Fondo sono integralmente a carico del Fondo stesso.

Art.18
Norme finali

1. Per quanto non espressamente previsto dal presente regolamento si fa rinvio agli articoli 1882 e seguenti del codice civile.

2. Entro **4** mesi dall'entrata in vigore del presente regolamento, le imprese assicuratrici autorizzate all'esercizio dell'assicurazione per danni derivanti dall'attività professionale **sanitaria**, adeguano i contratti di assicurazione ai

requisiti minimi di cui al presente regolamento nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia.

3. Il fondo di cui all'articolo 5 è costituito entro **2** mesi dall'adozione del regolamento di cui all'articolo 10, comma 1.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

RELAZIONE ILLUSTRATIVA

Il presente schema di decreto, in attuazione dell'articolo art. 3, comma 2, del D.L. 13 settembre 2012 n. 158, convertito con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, così come modificato dall'articolo 27 del decreto legge n. 90 del 24 giugno 2014, convertito, con modificazioni, nella legge 11 agosto 2014 n. 114, disciplina le procedure e i requisisti minimi e uniformi per l'idoneità dei contratti di assicurazione stipulati dagli esercenti le professioni sanitarie contro i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale.

Il legislatore, consapevole delle difficoltà riscontrate da molti esercenti le professioni sanitarie di trovare sul mercato assicurativo un'adeguata polizza contro i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale, anche in considerazione dell'obbligo di copertura assicurativa imposto a tutti i professionisti dall'articolo 3 comma 5, lett. e) della legge n. 148 del 2011, ha dettato specifici criteri per l'emanazione del predetto decreto.

In particolare, al fine di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa ai professionisti in parola, il provvedimento deve prevedere e disciplinare:

a) la costituzione di un apposito Fondo che garantisca, nei limiti delle disponibilità del Fondo stesso, un'idonea copertura assicurativa ai professionisti nei casi determinati dal medesimo decreto. Il Fondo è alimentato da un contributo posto a carico del professionista che faccia richiesta di accesso e da un contributo di solidarietà posto a carico di tute le imprese di assicurazione autorizzate all'esercizio dell'assicurazione per danni derivanti dall'attività medico professionale;
b) il soggetto gestore del fondo e le sue competenze;
c) la revisione in aumento o in diminuzione del premio in relazione al verificarsi o meno di sinistri subordinando la disdetta della polizza alla reiterazione di una condotta colposa da parte del sanitario accertata con sentenza definitiva.

Nel merito l'articolato prevede:

- l'art. 1 individua l'ambito applicativo del regolamento. In particolare si chiarisce che, fermo restano l'obbligo assicurativo esclusivamente in capo ai liberi professionisti - ai sensi dell'articolo 3, comma 5, lett. e) della legge n. 148 del 2011 - il regolamento si applica agli esercenti le professioni sanitarie sia

nell'esercizio dell'attività svolta in ambito libero professionale, ivi compreso l'esercizio dell'attività resa in rapporto di convenzione con il Servizio sanitario nazionale, nonché nell'esercizio dell'attività svolta come dipendente, ivi compresa l'attività libero-professionale intramuraria, tendendo conto di quanto disposto dall'articolo 3, comma 4, della legge;

- l'art. 2 individua le definizioni utilizzate nel testo;

- l'art. 3 definisce i requisiti di accesso al Fondo. Al riguardo il legislatore, nella consapevolezza che il Fondo opera con risorse limitate, al fine di definirne i criteri ed i requisiti di accesso ha previsto che il decreto determini "i casi nei quali, sulla base di definite categorie di rischio professionale, è previsto l'obbligo in capo al Fondo di garantire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie". In tal senso si è ritenuto (anche in ragione del fatto che all'interno della medesima categoria professionale è possibile che il professionista si trovi esposto a rischi diversi in considerazione del contesto nel quale esercita la propria attività) che questo debba operare quale Fondo di garanzia e solidarietà a favore dei professionisti che - in considerazione del rischio derivante dall'attività professionale in concreto svolta - non riescono a trovare una adeguata copertura assicurativa ovvero che siano stati rifiutati dal mercato;
  Si prevedono pertanto due ipotesi di accesso al fondo rispettivamente per:
  a)gli esercenti le professioni sanitarie che, in base al proprio reddito, non sono in grado di sostenere i costi per stipulare idoneo contratto di assicurazione;
  b)gli esercenti le professioni sanitarie che sono stati rifiutati dal mercato assicurativo.
  A parità di condizioni, ai fini dell'accesso al fondo, è stata data priorità ai professionisti più giovani di età per agevolare loro l'ingresso sul mercato del lavoro.
- l'art. 4 disciplina i requisiti minimi ed uniformi dei contratti di assicurazione. E' stato previsto un massimale minimo di euro 1.000.000,00 per ciascuna anno e per ciascun sinistro. Per i contratti stipulati a decorrere dal termine di cui all'art. 5, comma 3 del D.P.R. n. 137/2012 si prevede che devono prevedere un periodo di retroattività della copertura pari almeno al predetto termine ed un periodo di ultrattività della copertura assicurativa per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta entro i 10 anni successivi che decorrono dalla cessazione definitiva dell'attività professionale, sempreché siano riferite a fatti generatori della responsabilità verificatisi nel periodo di operatività della copertura. Il

premio di tariffa deve essere rimodulato, in aumento o in diminuzione, ad ogni scadenza contrattuale a seguito del verificarsi o meno del sinistro. Ogni esercente la professione sanitaria ha la possibilità di poter stipulare idonea copertura assicurativa anche tramite convenzioni collettive o polizze collettive per il tramite delle rappresentanze delle professioni sanitarie. I contratti di assicurazione devono inoltre prevedere che: la franchigia non è opponibile dall'esercente la professione sanitaria al terzo danneggiato, l'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore, per fatto noto si intende qualsiasi elemento o fatto suscettibile di causare una richiesta di risarcimento da parte di un terzo venuto a conoscenza dell'assicurato mediante comunicazione formale con mezzo idoneo a garantire la certezza e la conservabilità della documentazione. E' altresì previsto che i contratti di assicurazione non devono prevedere lo scoperto.

- gli artt. 5 e seguenti disciplinano la costituzione del fondo ed il suo funzionamento. In particolare all'articolo 5 si prevede che questo è costituito presso Consap SPA ed è da questa gestito ed amministrato, attraverso un apposito Comitato, sotto la vigilanza del Ministero dello Sviluppo economico e del Ministero della salute;
- l'art. 6 demanda al Comitato la disciplina delle modalità di accesso al Fondo, nel rispetto dei requisiti d'accesso previsti dall'art. 3; in particolare il Comitato, nella sua veste integrata ai sensi dell'art. 11, nell'ambito dei medesimi requisiti, definisce i parametri di congruità del premio;

- all'art. 7 si disciplinano le modalità con cui il Fondo interviene. Si prevede che nel caso in cui il professionista dimostri di aver corrisposto un premio assicurativo il cui importo sia superiore ai parametri definiti dal comitato il Fondo provvede a rimborsare all'assicurato il surplus rispetto al premio definito congruo ai sensi dell'art.6 (lett.a), nel caso in cui il professionista (lett.b) dimostri di aver ricevuto tre rifiuti sul mercato assicurativo il fondo provvede alla ricerca di idonea polizza, assicurando il cui premio sarà corrisposto dall'esercente le professioni sanitarie con l'eventuale contributo del fondo ai sensi della precedente lett. a);
- l'art. 8 disciplina il sistema di contribuzione del Fondo nel rispetto di quanto previsto dalla norma primaria;
- l'art. 9 prevede che nel caso di ritardato versamento del contributo al fondo sono dovuti gli interessi di mora al tasso legale con decorrenza dal giorno successivo a quello di scadenza del versamento. Nel caso, invece, di mancato pagamento del contribuito è previsto il recupero della somma tramite la procedura di iscrizione a ruolo ai sensi del D.P.R. n. 602/1973 e D.lgs. n. 46/1999;
- l'art. 10 individua la composizione del Comitato del fondo;

- l'art. 11 prevede che il comitato è integrato con l'aggiunta di tre professionisti individuati da Consap tra gli attuari iscritti all'Ordine Nazionale degli attuari al fine di determinare i parametri e le condizioni standard del premio ai sensi dell'art.6 comma 1;
- gli artt. 12, 13, 14, 15, 16, 17 e 18 definiscono la modalità di gestione del fondo da parte di Consap, il rendiconto della gestione, la situazione patrimoniale del fondo, la vigilanza del Fondo, l'obbligo per le imprese assicurative di fornire al fondo i dati ed elementi sulla copertura dei sinistri, le spese di funzionamento e gli oneri di gestione del fondo.

European Federation of Psychologists' Associations EFPA
Grasmarkt 105/39 – Agora Galerij – B-1000 Brussels – Belgium – www.efpa.eu

Comunicato stampa

Brussels, October 10, 2014

'Dobbiamo permettere agli psicologi di intervenire per tempo se si vuole ridurre Il rischio di sviluppare la schizofrenia!'
Oggi, Giornata Mondiale della Salute Mentale, l'attenzione è rivolta alle condizioni di vita del malato di schizofrenia. L'EFPA, European Federation of Psychologists Associations, sottolinea con forza la necessità di individuare e affrontare precocemente la malattia nei pazienti a rischio. 'Grazie alla ricerca ora abbiamo strumenti più efficaci per individuare precocemente la malattia e protocolli di cura preventiva. Ci serve solo il coraggio di investire,' afferma il Dr Robert Roe, presidente dell'EFPA.

La schizofrenia è uno dei più gravi disturbi mentali: con sintomi come deliri, allucinazioni e disturbi del linguaggio, delle abilità motorie, ecc. può essere una esperienza spaventosa sia per il paziente che per i familiari. La schizofrenia colpisce circa il 7 per mille della popolazione adulta. Sebbene sia considerata un grave disturbo mentale, è possibile curarla e Il paziente può vivere una vita produttiva, pienamente integrata nella nostra società. Detto questo, è di estrema importanza che il trattamento inizi il più presto possibile. Gli psicologi clinici hanno un ruolo cruciale in questo processo.

"Grazie ai risultati delle ricerche in campo psicologico, è ora possibile individuare I pazienti che hanno margini elevati di rischio di sviluppare un primo episodio psicotico, che spesso segna l'inizio della schizofrenia. Importanti ricerche, per esempio quella svolta dal Dr.Dorien Nieman, uno psicologo clinico olandese (AMC_University of Amsterdam) hanno mostrato come, individuando deficit nell'elaborazione delle informazioni con specifici patterns delle onde cerebrali, noi possiamo predire con una certa sicurezza l'inizio di una psicosi in soggetti con sintomi a rischio, come lieve paranoia. Con questo metodo gli psicologi sono stati in grado di determinare un gruppo a rischio con la probabilità fino al 75% di sviluppare un primo episodio psicotico" spiega il Dr Roe.
Il passo successivo sarebbe quello di iniziare un trattamento psicologico preventivo rivolto a quel gruppo specifico. Il Dr Roe fornisce un esempio per chiarire la sua affermazione: 'Uno degli aspetti essenziali è il modo in cui i pazienti interpretano i sintomi, come per esempio sentire voci. E' possibile insegnare ai pazienti a re-interpretare questi sintomi in modo meno dannoso. Per esempio, si può insegnare ai pazienti a non interpretare quelle voci come appartenenti a un processo diabolico, a considerarle un fenomeno innocuo sperimentato da molte persone a un certo punto della loro vita, e ad imparare ad ignorarle. I protocolli del trattamento psicologico utilizzato in questo gruppo a rischio riducono la probabilità di esordio di un primo episodio psicotico fin del 50%.

Aiutare i pazienti con sintomi a rischio a ridurre la probabilità di sviluppare la schizofrenia potrebbe costare molto, per un intervento efficace, ma questo si potrà realizzare solo se i governi dedicheranno maggiore attenzione alle competenze specifiche degli psicologi e abbasseranno le barriere che ostacolano l'accesso all'intervento psicologico. "Vediamo in molti paesi che I pazienti che decidono di consultare uno psicologo spesso si trovano a doversi confrontare con diverse barriere (nessun rimborso, lunghe liste d'attesa, riferimento al medico della mutua). I governi dovrebbero facilitare l'accesso agli psicologi da parte dei loro pazienti".

Contatti:
Koen Lowet – BFP Managing Director, +32 476383454, koen.lowet (at)bfp-fbp.be
Pauline Adair – EFPA Standing Committee Psychology and Health- pauline.adair(at)strath.ac.uk

http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2014/en/

To be released: October 9, 2014

European Federation of Psychologists' Associations EFPA
Grasmarkt 105/39 – Agora Galerij – B-1000 Brussels – Belgium – www.efpa.eu

Problemi psicologici della disoccupazione e suoi effetti sul comportamento

Giovanni Cavadi
(Docente di Psicologia del lavoro,
Facoltà di Medicina,Università di Brescia)

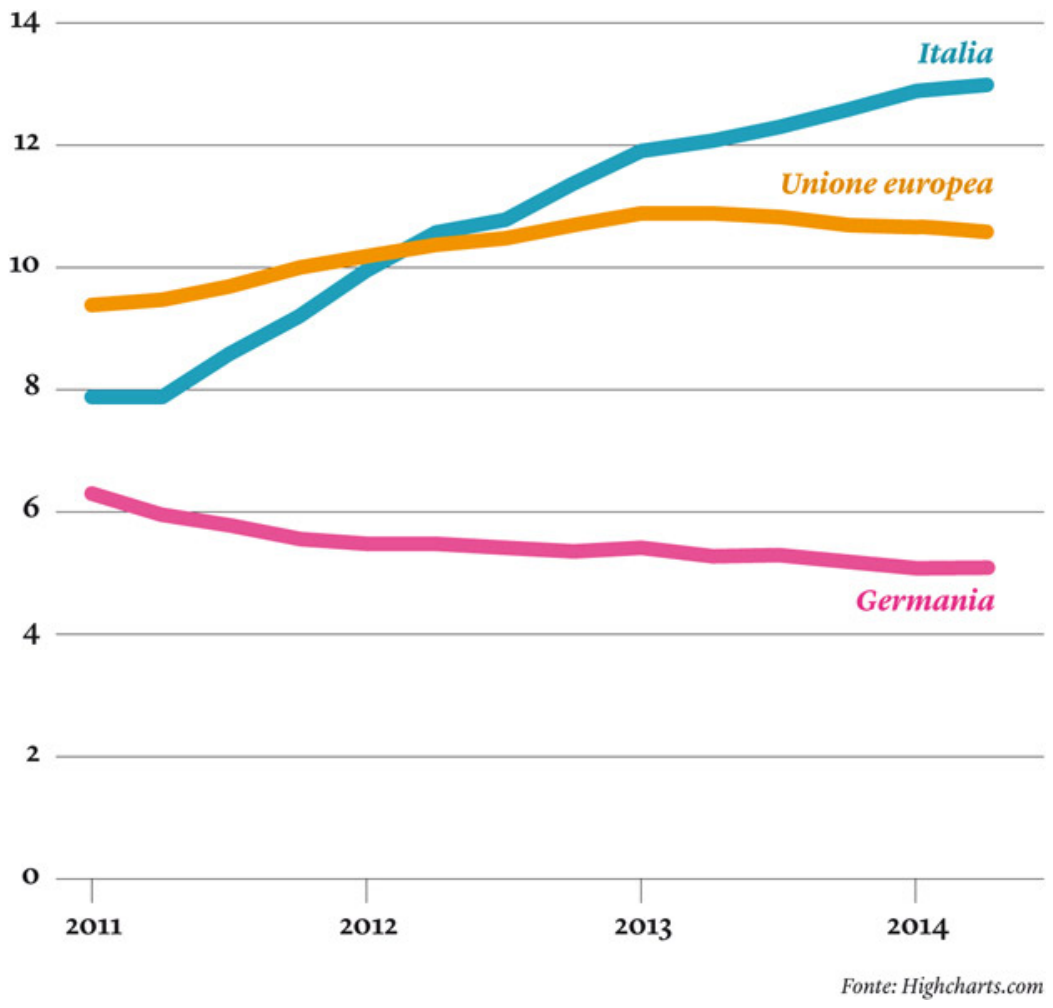
Il rapporto ISTAT 2014 sulla situazione del Paese fornisce un ritratto dell'occupazione in Italia che parte dall'enorme numero di «senza lavoro»: tra disoccupati e persone che vorrebbero lavorare in Italia si contano ben 6,3 milioni di senza posto. Nel 2013 ai 3 milioni 113mila di disoccupati si aggiungono 3 milioni 205 mila forze lavoro potenziali, ovvero gli inattivi più vicini al mercato del lavoro. Si arriva così a oltre 6 milioni di individui che l'ISTAT definisce «potenzialmente impiegabili»; il rapporto fa anche sapere che aumentano gli scoraggiati (1 milione 427 mila), cioè quelli che non cercano più un lavoro.
Il 1 maggio c.a. il quotidiano *Il Sole 24 Ore* pubblica la seguente tabella:

Tasso di occupazione	15-64 anni	55.6%
Tasso di disoccupazione		12.7%
Tasso di disoccupazione	15-24 anni	42.7%
Tasso di inattività	15-64 anni	36.2%

Il 3 giugno i media riferiscono che, secondo dati ISTAT, la disoccupazione in Italia riguarda 3.487.000 persone, come nel 1977, anno delle rilevazioni, pari al 13% della popolazione attiva; desta allarme quella giovanile (15-24 anni) che tocca il record del 46%: la disoccupazione è "ancora drammaticamente elevata,soprattutto fra i giovani" ricorda l'attuale ministro del lavoro. Ricordiamo che l'età minima per essere ammessi al lavoro, come specificato dalla legge 296/06, non può essere inferiore ai 16 anni compiuti, salvo l'assolvimento dell'obbligo scolastico, che termina entro il compimento del 18° anno. Va precisato inoltre che il tasso di disoccupazione giovanile non si calcola sul totale dei giovani (cioè di chi ha tra i 15 e i 24 anni), ma soltanto sui giovani attivi, cioè la somma dei giovani con un lavoro e dei giovani che lo cercano attivamente. I giovani attivi però sono piuttosto pochi: la scuola dell'obbligo in Italia dura fino al sedicesimo anno compreso. Questo significa che tutti i giovani fino a 17 anni sono automaticamente fuori dal conteggio. A questi vanno aggiunti tutti quelli che completano la scuola superiore, quelli che proseguono gli studi all'università e tutti quelli che per qualsiasi motivo non cercano attivamente un lavoro. Quindi sul totale dei giovani quanti sono i disoccupati? L'11,5%, dice l'ISTAT, cioè uno su dieci e non uno su due. Da due anni a questa parte la disoccupazione giovanile è aumentata perché numerosi giovani hanno perso il loro posto di lavoro, andando ad aumentare il numero degli inattivi e dei disoccupati. Intanto 100.000 giovani,per lo più laureati, hanno lasciato il Paese nel 2012 per trovare una collocazione lavorativa o nei paesi dell'Unione Europea o negli USA e Australia.
Secondo gli ultimi dati pubblicati ad aprile dall'istituto europeo di statistica Eurostat, relativi a febbraio 2014, l'Italia è uno dei paesi dell'Unione europea dove il tasso di disoccupazione è cresciuto di più rispetto al 2013. In Italia il tasso di disoccupazione a febbraio 2014 è al 13 per cento. Il dato medio della disoccupazione nell'Unione euro-

pea, nello stesso periodo, è del 10,6 per cento, quello della zona euro è dell'11,9 per cento. Nel 2011 il tasso di disoccupazione italiano era sotto all'8 per cento, inferiore a quello della media europea a più del 9 per cento e vicino a quello della Germania al 6 per cento. A febbraio 2014 il tasso di disoccupati nella zona euro è rimasto stabile rispetto a gennaio, mentre nell'Unione europea è sceso dello 0,1 per cento rispetto al mese precedente. Nel medesimo mese nella zona euro c'erano 166.000 disoccupati in meno rispetto a febbraio 2013. Una buona notizia per l'Europa, ma l'Italia è in controtendenza. In undici stati membri dell'Unione (Belgio, Bulgaria, Cipro, Croazia, Finlandia, Francia, Grecia, Italia, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi) il tasso di disoccupazione è aumentato rispetto al 2013. Gli stati con l'aumento annuale della disoccupazione più rilevante sono stati l'Italia (+1,2 per cento), la Grecia (+1,2 per cento) e Cipro (+2 per cento). In un anno in Italia si sono persi 273.000 posti di lavoro e i disoccupati sono arrivati a essere 3.307.000. D'altra parte, spiega l'Istat, il numero dei disoccupati in Italia è raddoppiato dall'inizio della crisi. E in quasi 7 casi su 10 l'incremento è dovuto a quanti hanno perso il lavoro. Cresce anche la disoccupazione di lunga durata che raggiunge il 56,4% del totale (dal 45,1% del 2008). Nel nostro paese nel 1988 la disoccupazione totale era del 12,0% (ISTAT,1990).

Nella tab. 1 riportiamo il grafico pubblicato da EUROSTAT.



La disoccupazione

La disoccupazione è una situazione che esiste quando componenti delle forze di lavoro desiderano lavorare, ma non possono ottenere un'occupazione (il termine viene usato col significato di disoccupazione involontaria). La stessa disoccupazione può rivelarsi volontaria, risultante dall'attesa di un posto di lavoro gradito e dal rifiuto di occasioni giudicate inadeguate. Gli economisti parlano di disoccupazione strutturale, cioè non volontaria, non dovuta all'offerta, bensì da essa subita perché dovuta alla carenza di domanda, e disoccupazione vera e propria, cioè la ricerca di un lavoro senza successo da parte di chi ne ha perso uno. Gli economisti, inoltre, hanno classificato varie forme di disoccupazione: ciclica, frizionale, nascosta, stagionale, strutturale (Bannock et alii, 1974). Il BIT, Bureau International du Travail, ha proposto un definizione, comune a tutti i paesi, per cui una persona, per essere ritenuta disoccupata, è necessario che risponda a quattro requisiti: essere priva di lavoro, essere in grado di lavorare, ricercare un lavoro remunerato, essere effettivamente alla ricerca di un lavoro (Echaudemaison,1993).

La disoccupazione non è un prodotto inevitabile di determinate evoluzioni dell'economia (debole crescita, ristrutturazioni industriali, cambiamenti tecnologici, ecc.) ma essa è legata al contesto socio-economico in cui tali evoluzioni si iscrivono: "la disoccupazione non è una fatalità, ma il frutto di un consenso implicito tra gli attori dell'oligopolio sociali ineguali, che invece di adottare regole del gioco adatte al nuovo contesto tecnico ed economico, difendono ad oltranza le regole superate dalle quali traggono ancora vantaggi... La disoccupazione è il prezzo che bisogna pagare per mantenere le rigidità e le situazioni acquisite in un mondo in rapida evoluzione... Il paradigma dell'impiego unico retribuito e a tempo pieno garantito (con la rigidità del mercato del lavoro), non potrà che far aumentare la disoccupazione e questo avrà certamente delle ripercussioni sulle tensioni sociali prevedibili" (Godet,1990). Anche di recente il premier ed economista Mario Monti, in un messaggio rivolto ai giovani rivolgeva questo invito "Si abituino all'idea di non avere più il posto fisso a vita. E poi,diciamolo, che monotonia!" (2012). Un modo per mascherare la disoccupazione strisciante, attraverso l'elemento ponte della flessibilità, che si manifesta con la gravità del fenomeno diffusissimo del precariato.

Le donne «capofamiglia»

Il 12,2 % delle famiglie ha oggi nel nostro paese donne «breadwinner» (persone che si guadagnano da vivere per la famiglia) ovvero quelle in cui la donna è l'unica ad essere occupata:nel 2009 erano il 9,4%. Le famiglie con breadwinner uomo sono il 26,5%, un dato stabile rispetto a cinque anni fa. La quota di madri che non lavora più, a due anni di distanza dalla nascita dei figli, è passata al 22,3% nel 2012 dal 18,4% del 2005 (ISTAT).

Le cause della disoccupazione

Secondo alcuni ricercatori l'automazione e la de-industrializzazione generano disoccupazione. La destabilizzazione caratterizzata dalla fine degli impieghi permanenti, dalle trasformazioni tecnologiche che espellono manodopera senza sostituirla e dalla crisi di ogni sicurezza inducono negli individui nuovi processi di adattamento e di apprendimento. Anche i processi di pre-pensionamento, che anticipano i processi di invecchiamento, pongono l'esigenza per le persone di ricorrere a nuove occasioni di identificazione e di legittimazione. Il sociologo svizzero Jaccard, trattando della sociologia dell'educazione dedica nel suo saggio un capitolo ai disoccupati in occupabili, si riferisce ad un drammatico conflitto tra generazioni "I giovani, infatti meglio preparati dal punto di vista scolastico e professionale, si adattano più facilmente alle accresciute esigenze del lavoro secondario e terziario, mentre i loro genitori, insufficientemente formati e troppo attaccati alla consuetudine delle loro vecchie occupazioni, sono i più sacrificati"(1963). Anche se poi riconosce che più della disoccupazione dei genitori "ciò che si deve temere è l'insufficiente preparazione dei giovani alle carriere future". Questa tematica è stata affrontata anche nel nostro paese, ma la realtà attuale è che non rispecchia la situazione economico-sociale del paese!

Le prime ricerche sugli effetti psicologici della disoccupazione

La prima ricerca fu condotta a Marienthal, una piccola cittadina austriaca in cui la popolazione divenne quasi totalmen-

te disoccupata a causa della depressione del 1929, iniziata nel 1931 e i risultati pubblicati nel 1932 (Jahoda, Lazarsfeld & Zeisel). Una grande quantità della prima edizione del rapporto fu vittima della messa al bando dei libri da parte del regime hitleriano. Nel corso della indagine furono studiate 100 famiglie, su un totale di 478 ridotte alla indigenza, mediante interviste a mogli e/o mariti, conversazioni con il gruppo familiare, osservazioni e descrizioni della casa: il 16 % erano famiglie indomite, il 48% rassegnate, 11% disperate e il 25% indifferenti. La presenza di giovani dai 14 ai 21 anni comprendeva 131 tra maschi e femmine e anche essi vennero pure intervistati. I ricercatori segnalarono il fatto che benché la gente avesse, in quel periodo, molto più tempo a disposizione, prelevava meno libri di prima dalla biblioteca pubblica. Coloro che erano completamente senza lavoro facevano meno sforzi per cercarlo in altre città rispetto a quelli che avevano ancora un lavoro. I figli dei lavoratori disoccupati avevano aspirazioni, sia riguardo al lavoro che ai regali di Natale, più limitate dei figli della gente che lavorava. I ricercatori incontrarono difficoltà di ogni genere perché la gente, spesso non era puntuale o addirittura non si presentava alle interviste. I ricercatori osservarono che la gente camminava lentamente, era molto difficile combinare degli appuntamenti, nella cittadina sembrava che 'niente più funzionasse', ricercatori caratterizzarono la cittadina come la 'comunità stanca': "Benché la gente non avesse niente da fare,appariva stanca e sembrava soffrire di una specie di paralisi generale delle energie mentali". Studiando i disoccupati austriaci Jahoda, Lazarsfeld & Zeisel (1933) notarono in loro dei ritardi di più ore negli appuntamenti con l'intervistatore.

Un'altra importante indagine,condotta in una comunità mineraria, dal Pilgrim Trust, concludeva che: "Se gli operai e le operaie sembrano eccessivamente ansiosi di fare dei loro figli degli impiegati, la ragione non sta nel desiderio di maggiori guadagni, ma in quello di una maggiore sicurezza... Il minatore di Durham, che è stato senza lavoro per 5 anni, non manifesta un perpetuo senso di scontento, ma piuttosto – sebbene sia effettivamente più povero del disoccupato del Galles del Sud – la determinazione di cavarsela alla meglio... e sebbene le sue disgrazie fossero tipiche delle aree speciali,uno spirito che sintetizziamo come un risoluto rifiuto di arrendersi... L'ansietà e l'inquietudine pubbliche sono salite ad un grado mai visto prima"(1938).

Kerr et alii, (1957) riscontrarono che la frequenza degli infortuni era maggiore negli stabilimenti con un'alta percentuale di licenziamenti stagionali, ciò dovuto secondo i ricercatori ad una persistente minaccia o un'insidia allo status dell'individuo e alla sua sicurezza.

Negli anni '50 la DOXA ha condotto, in Italia, una serie di inchieste sulle condizioni di vita di 115 operai dell'industria, quando, secondo i dati ISTAT, i disoccupati erano 1.286.200 di cui 608.500 già occupati e 677.700 in cerca di prima occupazione. Alla domanda 12. "Lei conosce il numero di disoccupati?" le risposte andavano da "*Molti, milioni*, il 16%; *da 1,25 a 2.25 milioni*, il 25%; *da 2.25 a 3 milioni* il 10% e *Non so*, il 32%"(1952). Alla domanda 13 "Qual è, secondo Lei, la causa principale della disoccupazione"così rispondevano gli operai intervistati:"*Non c'è abbastanza lavoro per tutti*, il 17%; *Il Governo, i Democristiani*, il 16%; *I padroni, i ricchi, i capitalisti*, l'11% *Troppa popolazione*, l'11%".

Nel 1953 la CISL commissionò una inchiesta su "Opinioni e aspirazioni dei lavoratori" condotta su 2987 operai e braccianti. Alla domanda rivolta ai disoccupati: "Da quanto tempo è disoccupato? il 24% rispose "da oltre un anno"; il 19% da 4 a 6 mesi; il 17% da 6 a 12 mesi; e il 16% da 3 mesi. Scorporando i dati per età risultò che: il 25% da oltre un anno (18-29 anni); il 18% da 4-6 mesi (40-49); e il 24% da oltre un anno (sopra i 50 anni). La durata media della disoccupazione era di 7,9 mesi per gli operai sotto i 29 anni; di 8,3 mesi per quelli tra i 30 ai 50 anni e di 7,8 mesi e per quelli oltre i 50 anni.

Effetti psicofisiologici e psicologici della disoccupazione

Disoccupazione equivale a privazione del lavoro, le cui conseguenze psicologiche sono spesso drammatiche, di solito si assiste allo stabilirsi graduale di uno stato depressivo: "via via che i giorni passano senza lavoro l'individuo si sente svalorizzato e per ottenere un nuovo impiego diminuisce incessantemente le sue pretese. Di fronte ai suoi parenti, si sente più o meno colpevole e in uno stato di inferiorità. Egli sembra fuori dal tempo e indifferente alla propria vita" (Lazarsfeld, 1933) e "La disoccupazione prolungata, allontanando l'individuo dalla comunità, costituisce una grave minaccia alla salute mentale e favorisce la delinquenza" (Sil-

lamy, 1973). Esistono numerose prove del legame tra disoccupazione e cattiva salute fisica: il disoccupato appare più esposto a un'ampia varietà di malattie. Le ricerche hanno dimostrato che i periodi di malattia iniziano frequentemente durante la disoccupazione e che il ritorno al lavoro coincide spesso con un miglioramento dello stato di salute. La disoccupazione agisce negativamente sulla felicità: le persone disoccupate presentano un basso livello di benessere psicologico, minore delle persone occupate; le persone senza lavoro sono annoiate, non sanno come ingannare il loro tempo, frequentemente cominciano a bere e presentano livelli di depressione, i disoccupati presentano una salute fisica e mentale peggiore delle persone che lavorano, tendono a manifestare, rispetto a coloro che lavorano, un maggior numero di sintomi di depressione e di ansia. Non ci deve sorprendere che i principali problemi di queste persone siano di natura economica uniti alla noia nel non sapere come riempire la giornata. Nei disoccupati diminuisce la stima di sé, e così la soddisfazione in vari ambiti della loro vita: si sentono falliti, non guadagnano più denaro, spesso perdono la moglie e i figli, spendono i pochi soldi che hanno per comprare alcolici. La disoccupazione è risaputo produrre una variabilità di risultati che includono la depressione, i sintomi fisici, le malattie fisiche (Kessler et alii, 1987), l'1.9% in più degli occupati muore per disturbi cardiaci, cirrosi epatica (Drummond, 1977), difficoltà a raggiungere una attivazione sessuale (Morokoff,1987) e abusi sessuali verso i bambini (Horwits,1982). È stato dimostrato che la perdita del lavoro ha un impatto maggiore sugli uomini piuttosto che sulle donne, sulle persone di colore piuttosto che sui bianchi, sugli individui che occupano una posizione lavorativa di un certo livello, in quanto l'essere licenziati viene vissuto come un fallimento personale. L'effetto è maggiore sui single, che spesso non hanno un supporto sociale sufficiente e sulle persone disoccupate da diverso tempo.
Si aggiunga il fatto che il rimanere senza lavoro è ancora più devastante per le persone che sono molto coinvolte nelle attività che hanno sempre svolto e che amano ciò che fanno. Lo stigma di disoccupato è un ulteriore fardello che pesa sulla persona che rimane senza lavoro: il disoccupato, oltre a perdere lavoro e soldi, perde anche una certa posizione all'interno della società (status), posizione che viene spesso garantita dalla professione. Per la maggior parte dei disoccupati la perdita del lavoro influisce meno negativamente se non si è subito da soli il licenziamento. Ciò accade perché la stima di sé viene mantenuta in quanto la causa dell'evento non è attribuita a un fallimento personale, ma a cause esterne. In questo modo la stigmatizzazione e la disapprovazione sociale avvengono in modo più blando perché colpiscono altre persone nello stesso momento. Vale il proverbio "mal comune, mezzo gaudio", anche se c'è poco da gioire! Secondo delle ricerche pare che sia più difficile far fronte alla perdita del lavoro nel caso dei colletti blu (qualificati, semiqualificati o non qualificati) che per i colletti bianchi (dirigenti e professionisti).

Stress e disoccupazione

La disoccupazione gioca un ruolo determinante nell'accrescere l'infelicità delle persone. La disoccupazione, quando produce stress, si manifesta in elevate forme di distress e costi di malattia. Lo stress relativo al lavoro riguarda l'impatto della disoccupazione sul distress psicologico e sulla salute. La ricerca testimonia che con l'aumento dell'1% della disoccupazione nazionale, ci sono circa 2% e più di morti per disturbi cardiaci e cirrosi, 4% in più di suicidi, e dal 2 al 4% di aumento di un primo ricovero per gravi disturbi mentali. Holmes & Rahe (1967) hanno valutato utilizzando i metodi della psicofisica, mediante una rating scale, la grandezza degli eventi di vita che possono dare luogo, generalmente in negativo, ad un cambiamento di vita. Alcuni eventi della vita si riferiscono alla disoccupazione, come indicato nella tabella 2.

Ordine	Evento di vita	Valore medio
8	Licenziamento dal lavoro	47
10	Collocamento a riposo	45
16	Cambiamento della condizione finanziaria	38
21	Ipoteca superiore ai 10.000 dollari(13.000€ circa)	31
26	Moglie che inizia o termina il lavoro	26
28	Mutamento delle condizioni di vita	25
22	Cambiamento nel numero di ore o delle condizioni di lavoro	20

In uno studio retrospettivo su un gruppo di 100 soggetti sofferenti di depressione reattiva risultarono i seguenti eventi di vita: 57% il conflitto coniugale; 38% conflitto professionale; 36% perdita di una persona cara; 31% disoccupazione; 15% infortunio sul lavoro (Ferreri & Alby, 1983).
Un altro studio di comunità ad elevata disoccupazione nell'area del Michigan (Kessler et alii,1987) ha accertato che la disoccupazione era associata con una elevato grado di depressione, ansietà, espressione di sintomi e autoriferimento di sintomi fisici. La disoccupazione genera isolamento sociale, accompagnato da una diminuzione del numero dei sostegni alla propria identità e dei rinforzi sociali. Sono state descritte fasi successive delle emozioni provocate negli individui dalla disoccupazione: inizialmente vi sono indignazione e sorpresa, cui segue una fase di relativo ottimismo. Successivamente, via via che la persona continua a cercare lavoro senza trovarlo, essa diviene sempre più depressa ed annoiata. Dopo parecchi mesi, probabilmente, si sarà rassegnata alla disoccupazione: ansia, volontà di lottare e speranza scemano, tutte in eguale misura. Ne risulterebbe un deterioramento generale seguito da un adattamento psicologico alla condizione di disoccupato. Una frequente emozione provata è la rabbia, sentimento fondamentale che avrebbe il compito di preparare l'organismo per la lotta, più che per la fuga (Evans, 2001). Questi effetti sembrerebbero essere considerati in grande misura dall'impatto dello stress finanziario prodotto dalla disoccupazione, che produrrebbe vulnerabilità ad altri eventi di vita, ma i cui effetti erano largamente reversibili dal reimpiego. Uno studio su una industria aereonautica nel corso di dieci anni di disoccupazione sono state riscontrate: aumento della pressione, alcolismo, aumento nel fumo, insonnia, pianto, ansietà, tutti sintomi comuni a una condizione di elevato stress, soprattutto nei lavoratori single (Rayman & Bluestone,1982).
Lo psicologo inglese Warr (1986) ha identificato un certo numero di distress associati alla disoccupazione:
1. il primo e più evidente è il denaro. I disoccupati subiscono una drastica riduzione del reddito e la preoccupazione relativa agli impegni finanziari è un potente fattore di distress. Le preoccupazioni economiche possono costituire un problema più grave per i disoccupati più anziani, che avrebbero impegni finanziari più onerosi rispetto ai più giovani.
2. Per la maggior parte delle persone un lavoro fornisce scopi, ambizioni e obiettivi. La perdita dell'effetto di motivazione offerto dal lavoro può portare a sentirsi senza scopo, e questo può essere molto stressante.
3. Per i disoccuparti, la varietà e la diversità della vita sono di gran lunga ridotte. Le attività e gli interessi si restringono, in parte a causa della mancanza di contatto con i compagni di lavoro e in parte a causa di mancanza di danaro.
4. Con la disoccupazione, le abilità cadono in disuso. Chi resta a lungo disoccupato può 'arrugginirsi' al punto di incontrare difficoltà di reinserimento nel mercato del lavoro, allorché si verifica un'apertura: rispetto a questo 'arrugginirsi' Demetrio(1978) ha individuato una 'perdita' del transfert d'apprendimento in operai disoccupati da lungo tempo.
5. Il senso di libertà personale deriva in gran parte dall'attitudine a prendere decisioni, specialmente se importanti. La disoccupazione riduce le possibilità di scelta, restringe gli orizzonti e limita il senso della scelta personale.
6. La vita sociale di chi è senza lavoro spesso subisce una diminuzione:se anche i disoccupati trascorrono un tempo di socializzazione identico a quello di prima, spesso ciò avviene con una cerchia di amici più ristretta.
7. I disoccupati tendono a provare sentimenti di ansia e insicurezza in rapporto al futuro. Molti aspetti della vita che prima sembravano sicuri finiscono per apparire incerti.
8. Infine, il senso di valore personale e l'autostima cedono agli effetti della disoccupazione. Per i disoccupati è difficile evitare sentimenti di inferiorità e di minore diritto di appartenenza alla società.

Aspetti cognitivi della disoccupazione

Nel 1965 Cattell R.B. segnalava che una serie di indagini, iniziate già da Burt C. , sul livello di intelligenza in gruppi di lavoratori e di disoccupati, per cui i disoccupati cronici ottenevano dei punteggi piuttosto bassi nelle prove di intelligenza! Non avere un lavoro, pur cercandolo, è una

condizione potenzialmente critica sul piano cognitivo per i soggetti che ne sono coinvolti. Depolo (1987) si è interrogato su quali possono essere le *strategie di fronteggiamento* (quelle che oggi includiamo nel concetto di *resilienza*) messe in atto dai soggetti interessati i quali attiverebbero una certa gamma di processi cognitivi e di strategie comportamentali che "li mettano in grado di controbilanciare i rischi di complicazione,sovraccarico o 'pericolosità' della loro esperienza attuale". La ricerca di un lavoro potrebbe essere vista come un *problem solving* di tipo sociale, che interessa dimensioni significative dello spazio di vita quotidiano delle persone. Ciò implicherebbe la necessità di distinguere tra le *risorse possedute* dal soggetto e il repertorio di *strategie di fronteggiamento* disponibili. Ma sarà compito del soggetto di articolare le operazioni cognitive in relazione alla semplicità (facilità) o alla complessità (difficoltà) nel risolvere il proprio reinserimento lavorativo. Perché ciò avvenga la persona dovrà ricorrere, secondo Demetrio, alle seguenti strategie: la *pertinenza* (che gli farà supporre che le sue scelte comporteranno la soluzione del problema), la *realizzabilità* (la consapevolezza del possesso di mezzi e condizioni in grado di consentirgli la concretizzazione dell'obiettivo) e la *accettabilità* (dal parte del gruppo familiare o amicale che condivide le strategie fatte al fine della soluzione).

Disoccupazione e mobilità sociale

Nelle società industriali contemporanee, sottolineano i sociologi, c'è un ordinamento gerarchico di status in cui la ricchezza, il potere e la stima aumentano man mano che si sale nella scala gerarchica. Questa ascesa è la mobilità sociale verticale che riguarda il passaggio delle persone da una data posizione sociale ad un'altra generando la necessità nelle medesime di un mutamento di status. La stessa mobilità territoriale, alla quale assistiamo nell'ultimo ventennio, comporta una trasformazione della struttura occupazionale e viene a legarsi ai processi di mobilità verticale. I disoccupati, non essendo competitivi rispetto alla forza lavoro regolarmente occupata, sono esclusi dai meccanismi di mobilità sociale a partire dal posto di lavoro e quindi una condizione di disoccupazione molto prolungata ha influenza sulla mobilità sociale, in particolare nella mobilità professione degli individui. Anzi si assiste al fenomeno di una mobilità sociale discendente coatta, di certo non determinata da scelte libere.

Disoccupazione, scacco e psicopatologia

Se la disoccupazione può essere intesa come uno scacco dall'individuo che la subisce, tale scacco può avere come risultato una "fissazione traumatizzante nel comportamento, oltre che a favorire l'aggressività e la tendenza a produrre comportamenti più primitivi o meno strutturati"(Nuttin). In certi soggetti 'pessimisti' lo scacco genera una deformazione sistematica nella percezione delle riuscite e degli scacchi in funzione del carattere e della personalità: "I pessimisti trasformano la proporzione obiettiva dei loro successi in una prevalenza di scacchi... Più che il mancato soddisfacimento di un bisogno, lo scacco psicologico è un affare privato che raggiungerà gli strati più o meno profondi della personalità (Nuttin, 1970).

La psichiatria clinica degli anni '50 fornisce una analogia tra gli psicopatici instabili e i disoccupati cronici. Mayer-Gross et alii scrivono "che per la sua irresponsabilità e mancanza di fermezza l'instabile è completamente alla mercé del suo ambiente... affrontando debiti e disoccupazione... cadrà nelle mani degli usurai o si troverà in attività illecite. Cadendo in una condizione di ipocondria generale può giungere ad essere considerato un invalido; ma per quanto disperata sia la sua condizione, troverà sempre qualche aiuto... e perciò un rifugio abbastanza soddisfacente in qualche istituzione assistenziale... di fatto egli diventa il soggetto prototipo per avvalorare come 'prova' la dottrina ambientalistica... Lasciato in balia di se stesso, i suoi atti criminali sono quelli che tendono a realizzare denaro con mezzi fraudolenti, o piccoli furti, o l'emissione di assegni a vuoto, la contraffazione, l'appropriazione indebita... difficilmente egli mantiene una tranquilla posizione finanziaria o un buon impiego... spesso peggiora le sue condizioni dandosi all'alcool... Il trattamento di questo stato morboso offre poca speranza, richiede tempo e presenta difficoltà perché il superare ostacoli, il perseverare a lungo sono estranei alla personalità di questi pazienti... Le possibilità offerte dalla psicoterapia sono molto limitate: i maggiori successi si otterranno per mezzo del controllo

sociale ed attraverso tentativi di rieducazione" (1959). Brenner ha segnalato un aumento dei ricoveri negli ospedali psichiatrici per persone disoccupate da un lungo periodo e un aumento degli omicidi del 5.7% (1973).

La disoccupazione come privazione relativa

Il termine fu coniato nel 1942 da Hyman H. nel senso di " privazione tale da comportare un confronto con l'immagine che si ha della situazione di qualche altra persone o di qualche altro gruppo di riferimento comparativo. Il concetto si situa tra il sentimento dell'invidia e la percezione dell'ingiustizia: è il risentimento che prova il disoccupato verso l'ineguaglianza sociale rispetto ad una aspirazione alla giustizia sociale" (Runciman). La privazione relativa varia in grandezza, frequenza e grado: "La *grandezza* sta nella differenza tra situazione desiderata e quella della persona che la desidera (quale essa la vede). La *frequenza* consiste nella percentuale di un gruppo che la prova. Il *grado* consiste nell'intensità con cui la si prova (Runciman). Il gruppo di riferimento è quello che l'individuo assume come quadro di riferimento per la formazione dei propri atteggiamenti e per la valutazione del proprio sé: esso ha una funzione normativa ed una comparativa. La prima serve a stabilire e rafforzare i modelli di comportamento e di credenza; la funzione comparativa è di istituire un termine di paragone in riferimento al quale gli individui si rapportino a se stessi ed agli altri. Il gruppo di riferimento comparativo indica "quel gruppo con cui la persona si confronta, ma anche il gruppo da cui deriva i sui criteri di confronto o quello da cui il confronto parte ed a cui egli si sente di appartenere" (Runciman, 1972).

Giudizi sociopolitici dei disoccupati

Nel 1984 Zoll ha studiato a Brema, nella ex Germania occidentale, gli atteggiamenti dei lavoratori, mediante una serie di interviste,spiegavano le cause della crisi e dei forti licenziamenti. Ne è risultato, dall'insieme delle risposte fornite, il seguente costellazione di atteggiamenti che l'autore ha così sintetizzato:

1. Cause strutturali della disoccupazione: la crisi sta nei meccanismi della produzione ed è curabile;
2. Atteggiamento antagonistico: la crisi deriva dal profitto e va combattuta con ogni mezzo;
3. Atteggiamento fatalistico: la situazione non ha rimedi, forse solo con una guerra si può risolvere;
4. Atteggiamento politico: la colpa è degli errori ed degli eccessi dovuti all'intervento dello stato;
5. Atteggiamento riduzionista: non vi è nessuna crisi e non ci sono poi così tanti disoccupati;
6. Atteggiamento sottomesso: gli alti salari e il basso rendimento dei lavoratori scoraggiano gli imprenditori;
7. Atteggiamento espiatorio: la pigrizia dei lavoratori va combattuta con uno stato forte.

Disoccupazione e suicidio

Secondo Guiducci il suicidio, in generale, "è direttamente proporzionale alla divisione sociale e, quindi, alla quantità di potere in alto ed alla quantità di esclusione in basso ed, in generale, al grado di disuguaglianza,di isolamento e di separazione sia in alto che in basso fra gli uomini" (1993). Le crisi economiche tendono in generale a promuovere il suicidio: "Secondo ogni verosimiglianza qualsiasi evoluzione economica – recessiva o progressiva – cioè qualsiasi sviluppo che intacca la stabilità e provoca uno stato di anomia esercita uno stimolo della frequenza dei suicidi... Già Durkheim formulò progressivamente la sua ipotesi che l'instabilità economica è sempre accompagnata dalla salita degli indici di suicidio" (Holderegger, 1979). La privazione prolungata del lavoro è una minaccia per la salute mentale degli individui. I disoccupati presentano una salute fisica e mentale peggiore delle persone che lavorano; il risultato è che spesso vanno incontro a morti premature e suicidi, con incremento di quest'ultimi del 4.1% (Brenner, 1973). Uno studio negli USA sui dati dal 1972 al 1991, ha messo in evidenza che la disoccupazione porta ad un aumento di suicidi (Ruhm, 2000).

La disoccupazione giovanile

I giovani sono la categoria più colpita dalla crisi: il tasso di disoccupazione giovanile (15-24 anni) è cresciuto fortemente nel 2013 (+4,5 punti percentuali, toccando il 40%) e l'incidenza della disoccupazione di lunga durata (la quota di disoccupati in cerca di lavoro da più di un anno) è salita al 56,4%. È la fotografia scattata dall'Istat nel suo

rapporto annuale. La progressiva riduzione dell'occupazione giovanile rispecchia le crescenti difficoltà che incontrano i più giovani nel trovare e mantenere il lavoro. La diminuzione dell'occupazione ha riguardato in particolare i contratti a termine. È stata ideata una categoria specifica, i **Neet**,(15-29 anni) cioè quei ragazzi che né lavorano né studiano, che nel 2013 sono risultati 2 milioni 435 mila, in aumento di 576mila rispetto al 2008. Alzando l'asticella agli under 35, l'Istat fa notare come nei 5 anni di crisi gli occupati in questa fascia d'età siano scesi di 1 milione 803 mila. Negli ultimi cinque anni quasi 100mila giovani, prevalentemente laureati, hanno lasciato l'Italia. Solo nel 2012 hanno lasciato il Paese oltre 26mila giovani, 10mila in più rispetto al 2008. Calano anche i rientri. Nel 2012 gli italiani di rientro dall'estero sono circa 29 mila, duemila in meno rispetto all'anno precedente. Al contrario, è marcato l'incremento dei connazionali che decidono di trasferirsi in un Paese estero. Il numero di emigrati italiani è pari a 68 mila unità, il più alto degli ultimi dieci anni, ed è cresciuto del 35,8% rispetto al 2011. Un giovane su due non trova una occupazione (2014 giugno). Sembrerebbe che i giovani si abituino agli effetti della disoccupazione più rapidamente dei lavoratori più anziani (Lutte, 1981) anche se nelle persone più giovani di entrambi i sessi si genererebbe egualmente una diminuzione dell'autostima, del benessere psicologico e una generale insoddisfazione. Il differimento o la posticipazione della fase di ingresso nella vita lavorativa, un fenomeno assai diffuso nel nostro paese, genera uno spostamento degli stessi percorsi di adultizzazione e un prolungamento del periodo di preparazione alla condizione adulta. Ciò è fonte di crisi di identificazione e di patologie individuali e sociali che sono presenti anche nelle situazioni di disoccupazione degli adulti.

Una indagine DOXA del 1952 sui giovani inoccupati in Lombardia segnalava che "La disoccupazione giovanile colpisce con la stessa intensità capaci e incapaci, forti e deboli,volenterosi e infingardi... fra i giovani disoccupati possono restare a lungo inutilizzate energie ed attitudini notevoli, ciò che rappresenta non solo un'ingiustizia, ma anche un grave danno per la società... Specialmente i piccoli industriali sono restii ad assumere come apprendisti dei giovani, perché devono pagarli come operai fatti, perché sono obbligati a prenderli dopo il servizio militare e soprattutto perché devono pagare per essi i contributi sociali nella stessa misura stabilita per gli operai anziani, mentre il rendimento è ritenuto molto minore". Alla domanda dell'inchiesta rivolta ai giovani "Come impiegate il tempo?" il 36% rispose oziando, al bar o al cinema; l 27% aiutando i familiari; il 16% leggendo e studiando; il 16% facendo lavori diversi; l' 8% lavorando in campagna. Alla domanda "Lei spera di trovare lavoro attraverso l'ufficio di collocamento?" il 29% rispose SI e il 49% NO. Percezione che non si è modificata dopo 60 anni!

La disoccupazione nelle persone anziane

L'atteggiamento negativo carico di pregiudizi nei confronti dei lavoratori più anziani è diffuso tra gli imprenditori, i capi del personale e tra i dirigenti d'azienda, che impedisce soprattutto nuove assunzioni dei soggetti meno giovani (i quarantenni e soprattutto i cinquantenni) e contribuisce così all'aumento delle percentuali dei più anziani nelle statistiche dei disoccupati. Sono soprattutto fattori d'ordine psicologico-sociale e non d'ordine biocronologico a decidere del destino professionale. Il riferimento alle misure di razionalizzazione per giustificare il licenziamento dei più anziani può partire dalla premessa non dichiarata, che i processi necessari di trasformazione, di apprendimento e di adattamento non siano più possibili in età avanzata. Una rassegna di studi a tale riguarda la si trova in Lehr (1979) e Hayslip & Panek (1993). D'Adamo ha condotto una indagine su 263 dipendenti ultracinquantenni dell'Italsider di Taranto, collocati a riposo in età non pensionabile. La ricerca ha interessato quattro aree: le relazioni interpersonali, i rapporti intrafamiliari, il tempo libero e il futuro. Ne è risultato che nel prepensionato c'è un forte orientamento individuale a costruirsi un futuro dove "possa essere ridotto al minimo qualsiasi trauma da trasformazione del vissuto... con l'acquisizione di nuove idee-valore sul processo di invecchiamento... Nel campione preso in considerazione non compaiono l'incertezza, la riluttanza ad assumere responsabilità o prendere decisioni... il prepensionato, nel nuovo ruolo sociale, difende energeticamente l'autodeterminazione" (1987).

Il Convegno di Como

Il 30 maggio 2014 si è svolto a Como,presso la Camera di Commercio, un convegno dal titolo "Stai bene con il tuo lavoro". Tra i vari relatori segnaliamo gli interventi due psicologi: Ferrari L. e Tummino V.

Ferrari ha sottolineato, che dato che ci troviamo in una svolta epocale per la condizione lavorativa, e dato che la psicologia del lavoro è una psicologia da piena occupazione, è necessario un cambiamento dei modelli e dei paradigmi, per cui è necessario uno stretto legame che unisce la psicologia economica con la psicologia clinica. È evidente la difficoltà per le persone, soprattutto quelle più giovani, ad entrare nelle organizzazioni e ne consegue la paura di essere tagliati fuori sistematicamente dal processo produttivo.

Tummino ha presentato l'esperienza di sostegno psicologico a 62 lavoratori e imprenditori che hanno subito la crisi economica con la perdita del lavoro. Il servizio è stato offerto dall'Azienda Ospedaliera di Como e promosso dalla Camera di Commercio con le associazioni di categoria e sindacati. L'intervento è stato svolto dal team dell'Unità Operativa di Psicologia su 62 persone, la maggior parte uomini, 36 delle quali inserite in un percorso di presa in carico del bisogno a vari livelli. La fascia di età che si è rivolta maggiormente al servizio, che è gratuito, era composto da over 50, con un'età media di 47 anni. Il 20% erano disoccupati.

Una considerazione conclusiva

In base a quanto sopra esposto è necessario che gli psicologi, in particolare quelli che lavorano nei servizi pubblici, si occupino del fenomeno della disoccupazione che, a parere nostro e di molti esperti, non troverà una soddisfacente soluzione nei prossimi anni.

Bibliografia

AA.VV. (1979) Il grande crollo 50 anni dopo. Supplemento a *Il Mondo*, Milano.

Abercrombie N.,Hill S. & Turner B.S. (1984) Dictionary of sociology. Penguin Books, London.

Accornero A. (1993) Disoccupazione. Sociologia. Enciclopedia delle Scienze Sociali. Istituto Enciclopedico Italiano, Roma, 182-189.

Bakke E.W. (1933) The unemployed man: a social study. Nisbet, London.

Bakke E.W. (1939) Citizens without work. Yale University Press, Yale.

Banks H.L. & Jackson P.R. (1982) Unemployment and risk of minor psychiatric disorder in young people: cross-sectional and longitudinal evidence. *Psychological Medicine*, 12, 789-798.

Bannock G.,Baxter R.E. & Rees R. (1974) Dizionario di economia. Laterza, Bari.

Beales H.L. and Lambert R.S. (1934) Memoir of the unemployes. E.P. Pulishing, Wakefield.

Bertani B. (1994) I neolaureati e il problema della disoccupazione. Risorsa Uomo, 2, 311-325.

Brenner M.H. (1976) Mental illness and the economy. Harvard University Press, Cambridge, MA.

Catalano R.A., Rook K. & Dooley D. (1986) Labor markets and help-seeking: A test of the employment security hypothesis. *Journal of Health and Social Behavior*, 27, 277-287.

Cattell R.B. (1965) The scientific analysis of personality. Penguin Books, Harmondsworth.

Ceri P., Gallino L., Garelli F., Milanaccio A. & Scamuzzi S. (cur.) Manuale di sociologia. UTET, Torino.

Cerase F.P., Morlicchio E. & Spanò A. (1991) Disoccupati e disoccupate a Napoli. CUEN, Napoli.

Colasanto M. & Zanfrini L. (eds.)(2012) Leggere la disoccupazione. Progettare le politiche. Ed. La Scuola, Brescia.

Crepet P. (1990) Le malattie della disoccupazione. Roma.

D'Adamo S. (1987) Adattamento o invecchiamento. Indagine su 263 dipendenti collocate a riposo in età non pensionabile. In V. Majer & R. Maeran. Il laboratorio e la città Lo psicologo professionista ricercatore. XXI Congresso Psicologi Italiani, Venezia, 1987, 363-368.

De Frank R.S. & Ivancevich J.M. (1986) Job loss: An individual-level review and model. *Journal of Vocational Behavior*, 28, 1-20.

Depolo M. (1985) La problematica psicosociale della disoccupazione. Giornale Italiano di Psicologia, 1, 21-43

Depolo M. (1987) Senza lavoro: Le strategie di chi è fuori dalle organizzazioni. In V. Majer, R. Maeran & M. Santinello. Il laboratorio e la città Lo psicologo professionista ricercatore. XXI Congresso Psicologi Italiani, Venezia, 1987, Abstract, 352.

Depolo M.,Fraccaroli F. & Sarchielli G. (1987) Senza lavoro: un'analisi socio-psicologica dell'esperienza di Cassa Integrazione Guadagni. Studi di Sociologia, 2, 153-169.

Depolo M. & Sarchielli D. (1987) Psicologia della disoccupazione. Il Mulino, Bologna.

Drummond H. (1977) The epidemic nobody tries to treat. *Mother Jones*, 11-12.

Echaudemaison C.D. (edt.) (1993) Dictionnaire d'economie et de sciences socials. Nathan, Paris.

Eisenberger P. & Lazarsfeld P.F. (1938) The psychological effects of unemployement. *Psychological Bulletin,* 35,358-390.

Feather N.T. & Davenport P.R. (1981) Unemployment and depressive affect:A motivational and attributional analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 3, 422-436.

Ferrari L. (2014) Psicologia ed aspetti socio-economici. Convegno Stai bene con il tuo lavoro. Sostegno psicologico a imprenditori e lavoratori. Como, 30/4/2014.

Ferrari L. & Veglio O. (cur.) (2006) Donne e uomini nel mercato del lavoro atipico: la dimensione psicologica e di genere del lavoro. Angeli, Milano.

Ferreri M. & Alby J. - M. (1983) Facteurs événementiels et dépression. In P. Pichot (cur.) La maladie dépressive. Printel, Paris, CIBA, 83-98.

Friedmann G. (1960) Il lavoro in frantumi. Edizioni di Comunità, Milano.

Fryer D. & Payne R. (1986) Being unemployed review of the literature on the psychological experience of unemployment. In C.L. Cooper & I. Robertson (eds.) *Review of industrial and organizational psychology,* Wiley, Chichester.

Gatti A. (1937) La disoccupazione come crisi psicologica. Archivio Italiano di Psicologia, 15, 4-28.

Godet M. (1990) Scenari e gestione strategic. IPSOA, Milano.

Goldwurm G.F., Baruffi M. & Colombo F. (2004) Qualità della vita e benessere psicologico. Aspetti comportamentali e cognitivi del vivere felici. McGraw-Hill, Milano.

Guiducci R. (1993) Introduzione a Emile Durkeim. Il suicidio. Studio di sociologia. BUR, Rizzoli, Milano.

Hayes J. & Nutman P. (1981) Understanding the unemployed: The psychological effects of unemployment. Tavistock, London.

Hayslip B. & Panek P.E. (1993)dult development and aging. Harper Collins College Publishers, New York.

Hawkins K. (1979) Unemployment. Penguin Books, Harmondsworth.

Hill J.M.N. (1978) The psychological impact of unemployment. *New society*, 43, 118-120.

Hofbauer H.,Bintig V.R. & Dadzio W. (1968) Materalien zur Arbeitslosigkeit alterer Arbeitnehmer in der BRD. Mitteilungen aus Arbeitsmarkt und erufsforschung,1, 357-386.

Holderegger A. (1979) Il suicidio:risultati delle scienze umane e problematica etica. Cittadella Editrice, Assisi.

Holmes T. & Rahe R.H. (1967) The social readjustement rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

Horwitz A.V. (1982) Sex-role expectations, power and psychological distress. *Sex Roles*, 8, 607-623.

Hyman H.H. (1942) The psychology of status. *Archives of Psychology,* 269.

Institut de Recherches Economiques et Sociales.(1938) Enquéte sur le chomage. Paris.

Jahoda: (1942) Incentive to work: A study of unemployed adults in special situation. *Occupational Psychology,*16,20-30.

Jahoda M. (1982) Employment and unemployment. Cambridge University Press, Cambridge.

Jahoda M., Lazarsfeld P.F. & Zeisel H. (1933) Attitudes under conditions of unemployment. In M. Jahoda & N. Warren, Attitudes. Penguin Books Ltd, Harmondsworth,1966,82-95. Marienthal: the sociography of an unemployed community. Aldine-Atherton, New York.

Jahoda M., Lazarsfeld P.F. & Zeisel H. (1933) Die Arbeitslosen in Marienthal.Verlag fur Demoskopie,Allensbach, 2nd edn,1960,47-65) (trad. it. I disoccupati di Marienthal. Edizioni Lavoro, Roma, 1993).

Kelvin K.S. & Jarret J. (1985) The social psychological effects of unemployement. Cambridge University Press,Cambridge.

Kessler R.C. &,Turner J.. & House J.S. (1987) Intervening processes in the relationship between unemployment and health. *Psychological Medicine*, 17, 949-961.

Kinicki A.J. (1989) Predicting occupational role choices after involuntary job loss. *Journal of Vocational Behavior*, 35, 204-218.

Kinicki A.J. & Latack J.C. (1990) Explication of the construct of coping with involuntary job loss. *Journal of Vocational Behavior*, 36, 339-360.

Komarovsky M. (1940) The unemployed man and his family. New York.

Jaccard P. (1963) Sociologia dell'educazione. Armando, Roma.

Lajer M. (1982) Unemployment and hospitalization among bricklayers. *Scandinavian Journal of Social Medicine,* 10, 127-132.

Lazarsfeld P.F. (1993) Quarant'anni dopo. Prefazione all'edizione inglese di Jahoda M., Lazarsfeld P.F. & Zeisel H. I disoccupati di Marienthal. Edizioni Lavoro, 43-51.

Lazarsfeld P.F., Jahoda M. & Zeisel H. (1932) Die Arbeitslosen von Marienthal. Hirzel, Leipzig. (sec. Ed. Frankfurt, 1961)

Lazarsfeld P.F. & Zawadski B. (1935) Psychological consequences of unemployement. *Journal of Social Psychology*, 6, 224-251.

Liem R. & Rayman P. (1982) Health and social costs of unemployement: Research and policy considerations. *American Psychologist*, 37, 1116-1123.

Lutte G. (cur.) (1981) Giovani invisibili. Lavoro,disoccupazione,vita quotidiana in un quartiere proletario di Roma. Ed. Lavoro, Roma.

Luzzato Fegiz P. (1956) Il volto sconosciuto dell'Italia. Dieci anni di sondaggi Doxa. Giuffrè,Milano.

Maugeri C. (1991) Disoccupati a Torino. Angeli, Milano.

Mayer-Gross W., Slater E. &v Roth M. (1959) Psichiatria clinica. Sansoni, Firenze.

McLloyd V.C. (1989) Socialization and development in a changing economy: The effects of paternal job and income loss on children. *American Psychologist*, 44, 293-302.

Morokoff P.J., Baum A., McKinnon W.R. & Gilliland R. (1987) Effects of chronic unemployment and acute psychological stress on sexual arousal in men. *Health Psychology*, 6, 545-560.

Novara F. & Sarchielli G. (1996) Fondamenti di psicologia del lavoro. Il Mulino, Bologna.

Nuttin J. (1970) Psicologia sperimentale dello scacco. In J. Lacroix (ed.) Gli uomini di fronte allo scacco. Ed. Paoline, Roma, 11-25.

O'Brien G.E. (1986) Psychology of work and unemployment. Wiley, New York.

Pilgrim Trust (1938) Men without work. Cambridge University Press, Cambridge.

Peretti P.O.,Butcher C.A. & Inell C. Cherry(1985) La percezione di effetti psicologici in soggettimaschi, in seguito a disoccupazione prolungata, a seconda della professione. Bollettino di Psicologia Applicata, 174, 33-38.

Platt S. (1984) Unenployement and suicide behavior. Social Science and Medicine,1 9, 93-115.

Pugliese E. (1993)n Prefazione a Jahoda M., Lazarsfeld P.F. & Zeisel H. I disoccupati di Marienthal. Edizioni Lavoro, Roma, 7-40.

Rayman P. & Bluestone B. (1982) Private and social response to job loss. National Institute of Mental Health. Center for Work and Mental Health, Rockville.

Rozzi R. A. (1997) Costruire e distruggere. Dove va il lavoro umano? Il Mulino, Bologna.

Runciman W.G. (1972) Ineguaglianza e coscienza di classe. L'idea di giustizia sociale nelle classi lavoratrici. Einaudi, Torino.

Ruhm C.J. (2000) Are recession good for your health? *Quaterly Journal of Economy*, 115, 617-650.

Tummino V. (2014) Presentazione dei risultati del servizio "Stai bene con il tuo lavoro". Comunicazione al Convegno. Como, 30/4/2014.

Ullah P. (1986) Unemployement. In R. Harré & R. Lamb (Edt.) The dictionary of Personality and social psychology. Blackwell, Oxford, 373-375.

Sarchielli D.,Depolo M.,Fraccaroli F. & Colasanto M. (1991) Senza lavoro. Il Mulino, Bologna.

Sillamy N. (1973) Dizionario di psicologia. SEI, Torino.

Tiffany D.W., Cowan J.R. & Tiffany P.M. (1970) The unemployed: a sociopsicological portrait. Englewood Cliff.

Vitali C. (1990) L'Europa e il lavoro. Alcuni dati e qualche riflessione.In G. Sangiorgi (cur.) Orientamento al lavoro:modelli di assessment, counseling, education. Scuola di Psicosociologia dell'Organizzazione, Milano, 81-91.

Voydanoff P. (1983) Unemployment:Family strategies for adaptation. In C.R. Figley & H.I. McCubbin (Eds.) Stress and the family: vol. 2 Coping with catastrophe. Brunner-Mazel, New York.

Warr P.B. (1983) Work, jobs and unemployment. *Bulletin of the British Psychological Society*, 36, 305-311.

Warr P.B. (1987) Work, unemployment and mental helath. Oxford University Press, London.

Warr P.B. & Jackson P.R. (1984) Men without jobs: Some correlations of age and length of unemployment. *Journal of Occupational Psychology*, 57, 77-85.

Watson G. (1942) Morale during unemployment.; in G. Watson (ed.) Civilian morale. Houghton Mifflin, Boston.

Winkelmann L. & Winkelmann R. (1998) Why are the unemployed so unhappy? Evidence from panel data. *Economica*, 65, 257, 1-15.

Zawadsky B. & Lazarsfeld P.F. (1935) The psychological consequences of unemployment. Journal of Social Psychology, 6, 224-251.

Zoll R. (1984) Die Arbeitslosen, die konnt'ich alle erschiessen! Arbeitr in Wirtschftskrise. Bund-Verlag, Koln.

26/9/2014

Regione Lombardia

CGIL LOMBARDIA

CISL LOMBARDIA

UIL MILANO e LOMBARDIA
IL SINDACATO DEI CITTADINI

ACCORDO

SULLA RIFORMA DEL SERVIZIO SOCIOSANITARIO DELLA LOMBARDIA

Premesso che:

Regione Lombardia riconosce la significativa consistenza e l'ampia diffusione della rappresentatività di CGIL CISL UIL tra le lavoratrici e i lavoratori, le pensionate e i pensionati lombardi e la funzione di rappresentanza dei loro interessi generali svolta dalle stesse OO.SS., così come riconosce la loro maggiore rappresentatività tra le operatrici e gli operatori del Sistema Sociosanitario Regionale, in rappresentanza dei loro specifici interessi categoriali;

CGIL, CISL e UIL della Lombardia condividono l'impianto dell'ipotesi di riordino indicata dal "Libro Bianco sullo sviluppo del Sistema Sociosanitario in Lombardia" presentato il 30 giugno 2014 dal Presidente di Regione Lombardia Roberto Maroni e molti degli obiettivi di aggiornamento del Sistema Sanitario Lombardo in esso indicati;

Regione Lombardia riconosce nel documento presentato da CGIL CISL UIL il 23 luglio 2014 contenuti e proposte utili per un'efficace riorganizzazione del sistema sanitario lombardo.

Regione Lombardia e CGIL CISL UIL Lombardia

Ritengono che l'attuale sistema socio sanitario regionale abbia la necessità di essere attualizzato, per essere reso più idoneo alle mutate esigenze e più rispondente ai nuovi bisogni delle persone poiché, se è stato sin qui in grado di dare risposte convincenti al trattamento della fase patologica acuta, attraverso lo sviluppo della rete di assistenza specialistico-ospedaliera e di emergenza/urgenza, l'innovazione e la dotazione tecnologica, la creazione di infrastrutture di alta specializzazione e soprattutto grazie all'elevata professionalità degli operatori, oggi, a fronte di un quadro demografico e socio-epidemiologico strutturalmente mutato, è chiamato a dare una risposta altrettanto efficace, appropriata e di qualità ai malati cronici e ai pazienti pluripatologici (anziani, pazienti affetti da patologie psichiatriche, persone con disabilità, persone bisognose di maggiori tutele sociosanitarie), anche con il supporto della rete di volontariato e familiare e del terzo settore che ha caratterizzato e che continua a caratterizzare tutt'oggi la storia e la società lombarda.

1

Condividono la conseguente necessità di un aggiornamento organizzativo/gestionale del sistema, che parta da un riequilibrio tra assistenza ospedaliera e territoriale finalizzato ad un rafforzamento di quest'ultima, per rinnovare e ulteriormente ampliare i caratteri di universalità del Servizio Sociosanitario Regionale, per continuare ad offrire i servizi che già attualmente si erogano efficacemente e aprire nuove prospettive per i malati cronici, le persone con disabilità, gli anziani non autosufficienti, per mantenere in equilibrio e garantire la sostenibilità del sistema, per assicurare trasparenza e pieno rispetto della legalità nella governance e gestione del sistema a tutti i livelli, per valorizzare il lavoro e la professionalità di tutte le donne e gli uomini che operano nei servizi sanitari e sociosanitari della Lombardia.

Concordano che i seguenti obiettivi trovino coerente e adeguata attenzione e declinazione nel Progetto di Legge che il Presidente Maroni, a nome della Giunta Regionale, proporrà all'approvazione del Consiglio Regionale della Lombardia.

GOVERNANCE del SISTEMA

Con riferimento alla governance del sistema, la Regione, che è il livello istituzionale che, in concorso con lo Stato, ha la responsabilità della tutela della salute dei cittadini, assicurando l'erogazione dei Lea, deve svolgere un ruolo di indirizzo e di programmazione, individuare i bisogni esistenti ed emergenti, disegnare le aree di intervento e indicare le azioni da sviluppare, garantendo l'universalità nell'accesso, volta alla compiuta esigibilità dei diritti di cui le persone sono titolari. Ha il compito di programmare le reti di offerta, decidere i volumi complessivi di produzione necessari per soddisfare il fabbisogno in relazione agli obiettivi di salute, indirizzare l'utilizzo delle risorse disponibili e controllare costantemente la corrispondenza tra le prestazioni erogate e il quadro epidemiologico regionale, anche sotto il profilo dell'appropriatezza.

A livello locale la ASL sarà il soggetto responsabile della programmazione socio sanitaria e sanitaria, in stretto contatto con le realtà locali, che devono concorrere alla programmazione affinché risponda alla domanda dei bisogni di salute espressi dal territorio, garantendo integrazione anche con le funzioni sociali attraverso la fattiva partecipazione, sin dalla fase della programmazione, dei Comuni e delle forze sociali. La lettura dei bisogni di salute e la programmazione delle conseguenti risposte sarà integrata con la capacità di lettura dei bisogni sociali dei territori e la programmazione sociale dei Comuni (anche attraverso i Piani di Zona), senza gerarchizzazione dei ruoli, garantendo l'unitarietà del sistema.

EDUCAZIONE, PREVENZIONE e INFORMAZIONE

Lo sviluppo di politiche di promozione della salute e di prevenzione è la leva strategica e fondamentale per la riduzione del numero di episodi correlati alle patologie acute e il contenimento nel tempo delle patologie cronico-degenerative, in particolare attraverso la promozione di stili di vita sani.
Saranno resi strutturali gli interventi di educazione sanitaria, sviluppando e potenziando i programmi di screening, attraverso il pieno coinvolgimento dei MMG.
Si darà piena attuazione al Piano regionale 2014-2018 per la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, recentemente aggiornato, nonché a quanto previsto dall'emanando Piano Nazionale della Prevenzione.
In particolare:

- sarà previsto e sviluppato, in sinergia con tutti i soggetti istituzionali preposti e coinvolgendo le rappresentanze sindacali dei docenti, un piano strategico, articolato e

strutturato nei diversi territori, di educazione alla salute, alla prevenzione e ai corretti stili di vita, partendo, sin dalla scuola dell'infanzia, da appositi e mirati percorsi sperimentali;

- si sosterranno e favoriranno le misure previste dall'attuale contesto normativo di educazione e prevenzione dei rischi lavoro correlati, anche intensificando le azioni di controllo;
- saranno promosse iniziative efficaci di comunicazione/informazione che educhino ad un adeguato accesso ai diversi nodi del Sistema Sanitario Regionale;
- sarà realizzata, anche con il coinvolgimento delle associazioni più rappresentative e diffuse sul territorio, un'azione strutturata ed efficiente per la predisposizione periodica di campagne di informazione/educazione alla salute, con particolare riferimento alla prevenzione collettiva/primaria e ai corretti stili di vita, instaurando un rapporto articolato con i media a diffusione regionale e locale e investendo sulle nuove tecnologie e sulle banche dati;
- si svilupperanno ulteriormente le pratiche di prevenzione secondaria, attraverso campagne di screening per la diagnosi precoce, valutandone efficacia ed appropriatezza;
- per sostenere un invecchiamento attivo e in buona salute, con particolare riferimento alla prevenzione di cronicità ed aspetti sociali (solitudine, depressione ecc.) si implementeranno programmi sviluppati dalle ASL, in sinergia con medici di base, Comuni, Associazioni per la promozione di corretti stili di vita sani (ad es.: gruppi di cammino).

IL NECESSARIO RIEQUILIBRIO DEL SISTEMA VERSO IL TERRITORIO

Il territorio sarà organizzato in ambiti territoriali così come previsti sia dai DDlgs 502/1992 e 517/1993 sia dalla legge regionale 3 del 2008, contesti in cui la programmazione di servizi sanitari, sociosanitari e sociali dovrà integrarsi, con particolare riguardo alle tematiche degli anziani, dei minori, dei disabili, della salute mentale, delle dipendenze e delle categorie più fragili, mantenendo tuttavia chiara la distinzione tra quota sanitaria e quota sociale nelle prestazioni sociosanitarie.
La piena valorizzazione del ruolo di tali ambiti è il presupposto indispensabile per una politica sociosanitaria che voglia svilupparsi sul territorio, quale sede naturale della risposta integrata e coordinata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, della gestione degli interventi di integrazione sociosanitaria, capace di riconoscere i nuovi bisogni dei cittadini e di presidiare la corretta attivazione dei percorsi di cura e di assistenza.
In ogni ambito territoriale dovranno essere favorite, con il pieno coinvolgimento degli operatori e dei diversi attori del sistema, delle innovative modalità organizzative e gestionali di cura e di assistenza in ambito sanitario e socio sanitario.
Gli attuali servizi ospedalieri e territoriali sanitari e sociosanitari, indipendentemente dall'assetto giuridico organizzativo che verrà adottato, dovranno superare la logica della "somma di prestazioni" e dovranno cambiare i paradigmi di riferimento, con l'obiettivo di favorire la presa in carico delle patologie croniche considerando la crescente complessità e carico di non autosufficienza e di disabilità che comportano con la loro progressione.
Partendo dalle strutture, dalle dotazioni e dagli attori oggi esistenti – distretti, ospedali, specialisti, strutture residenziali sociosanitarie, dipartimenti di prevenzione, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta – dovrà essere realizzato efficacemente un concorso positivo dei diversi livelli istituzionali, a partire dai Comuni, delle realtà organizzate presenti sul territorio (volontariato, associazionismo, privato sociale, cooperazione...) e delle forze sociali alla programmazione sanitaria e sociosanitaria ed alla realizzazione degli obiettivi costituzionali della tutela universale della salute e della dignità della persona.

3

Il passaggio necessario ulteriore è quello di sviluppare, in ciascun ambito territoriale, dei luoghi chiaramente riconoscibili, che offrano la continuità delle cure, siano punto di riferimento e di ricomposizione dei percorsi di cura, con particolare attenzione alle persone croniche – fragili, concentrando l'offerta attualmente dispersa sul territorio in variegati punti di erogazione.
In tali luoghi saranno implementate soluzioni organizzative che facilitino l'accesso dei cittadini ai servizi, dalle cure primarie alla specialistica di I° livello, alla gestione della non autosufficienza e delle cronicità, alle attività di igiene e prevenzione, alle attività consultoriali per le donne, la famiglia e l'infanzia, ai servizi per la salute mentale, le dipendenze e le disabilità.
L'articolazione delle strutture territoriali sarà implementata prioritariamente attraverso lo sviluppo degli attuali poliambulatori e la rimodulazione in POT dei piccoli presidi ospedalieri oggi presenti sul territorio regionale, non escludendo anche un coinvolgimento delle strutture residenziali sociosanitarie.
Le strutture territoriali concentreranno tutti i livelli di assistenza: primaria, specialistica e continuata.
In particolare:

- Assistenza primaria, con accessibilità estesa alle fasce orarie serali, ai giorni prefestivi e ai festivi, attraverso la localizzazione di aggregazioni di MMG/PLS (AFT) e multiprofessionali (UCCP).
- Assistenza ambulatoriale specialistica integrata, con l'attivazione di prestazioni ambulatoriali specialistiche, comprese riabilitazione, salute mentale, attività pre-ricovero, day hospital e macroattività ambulatoriale complessa (MAC), day surgery e attività di chirurgia ambulatoriale a bassa complessità (BIC);
- Gestione dei pazienti inseriti in determinati percorsi assistenziali, quali i CreG, di cui saranno celermente accertati gli esiti della sperimentazione in atto da due anni in cinque ASL, per valutare l'opportunità della loro estensione su tutto il territorio regionale, apportando gli eventuali correttivi necessari alla luce delle risultanze della sperimentazione;
- Assistenza continuata di primo soccorso (codici bianchi e verdi), garantendo, nella transizione al modello territoriale, la piena implementazione degli ambulatori dedicati ai codici minori all'interno dei presidi ospedalieri, attraverso la creazione di percorsi dedicati.
- Sarà implementata, anche procedendo ad una revisione complessiva della quota regionale dei posti letto per acuti, riabilitativi e ad una verifica della quota di posti letto per residenzialità sociosanitaria, una diffusa presenza in tutti i territori lombardi, in regime di servizio sanitario nazionale, di posti letto a media e bassa intensità di cura.
- Si opererà per un più efficace monitoraggio del percorso terapeutico (*compliance*) tramite l'individuazione di modelli organizzativi finalizzati alla presa in carico dei pazienti (*ad esempio* con funzioni di *case management),* al fine di evitare che l'assistito esca dal percorso riabilitativo/di cura con conseguenti atteggiamenti inappropriati e costi ingiustificati per il sistema.
- Sarà valorizzato il patrimonio di edilizia pubblica disponibile e oggi non utilizzato.
- Sarà attuato il necessario coinvolgimento dei medici di medicina generale, le cui forme associative (AFT e UCCP) saranno promosse, sostenute e integrate, in connessione con la continuità assistenziale, nell'attività di cure primarie, realizzando una maggiore e forte integrazione tra MMG/PLS e gli altri attori e presidi di medicina territoriale, anche al fine di ampliare la gamma delle prestazioni rese, all'interno di forme multiprofessionali territoriali, la specialistica ambulatoriale, la diagnostica radiologica e di laboratorio di primo livello, anche per garantire ai cittadini maggiori possibilità di accesso in termini di orari più

flessibili, estesi ove possibile alle ore serali, sabato e festivi, andando incontro ad un'esigenza in particolare dei lavoratori e in un'ottica di riduzione delle liste di attesa, garantendo una dotazione adeguata di attrezzature e professionalità negli ambulatori specialistici.

L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E LA DOMICILIARITA'

L'integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali porrà al centro:

- L'integrazione, in termini di governance a tutti i livelli, a partire da quello regionale, rilanciando una programmazione tesa all'integrazione efficace delle risposte ai bisogni complessivi degli utenti nei diversi ambiti territoriali lombardi (anche nei Piani di Zona).
- La presa in carico globale delle persone, con garanzia di programmazione, coordinamento, valutazione e controllo in capo alla Regione, alle ASL ed ai Comuni, e di un accesso integrato ed universale al sistema, anche attraverso l'individuazione di un luogo unico di accesso visibile, quali lo sportello unico per il welfare, ridefinendone la relazione con quanto sino ad oggi sperimentato e attuato (Punti unici di accesso, Punti unici disabili, Cead, Centri famiglia), quale luogo di accesso al sistema e presa in carico della persona e della famiglia.
- La piena valorizzazione secondo gli effettivi bisogni, nella logica della presa in carico, di tutti quei servizi a partire dall'ADI, il SAD e le ADP che permettono il mantenimento delle persone al loro domicilio anche in situazioni di fragilità, implementando percorsi collegati con le dimissioni protette e la rete delle cure oncologiche.
- Il sostegno a processi di integrazione tra medicina del territorio e ospedale facendo in modo che siano i modelli organizzativi ad adeguarsi alle necessità, anche logistiche, dei pazienti.
- La creazione a livello territoriale di una funzione, identificabile e accessibile, per la presa in carico dei pazienti cronici che promuova e gestisca percorsi di assistenza secondo protocolli condivisi e basati sulle linee guida internazionali in stretta collaborazione tra ospedale e territorio.
- L'individuazione sin dal ricovero in ospedale e poi per tutto il periodo di cura ospedaliero di percorsi ad hoc per l'anziano cronico ricoverato.
- La sperimentazione di nuovi modelli organizzativi, tra i quali l'infermiere di famiglia, rispondenti ai crescenti bisogni delle persone seguite sul territorio e a domicilio, per dare risposte adeguate ai bisogni che coinvolgono diverse aree dell'assistenza primaria, in collaborazione con i medici di medicina generale.
- Miglior utilizzo del potenziale offerto dai servizi di telemedicina per la domiciliarità ma anche nelle diverse strutture residenziali, semiresidenziali e di sorveglianza, quale il telesoccorso.
- Un potenziamento della rete territoriale dei CPS per far fronte ai bisogni sempre più crescenti e complessi (es. doppie diagnosi), correlati alla disabilità legata alle patologie psichiatriche o di disagio psicologico.
- La condivisione delle informazioni sanitarie dei pazienti tramite il potenziamento del fascicolo sanitario elettronico e gli strumenti informatrici offerti dal SISS che permetta lo scambio di informazioni tra tutti gli attori del sistema.
- Le Unità d'Offerta sociosanitarie (diurne, residenziali e domiciliari), parte costitutiva della rete integrata territoriale, devono rispondere al bisogni di prossimità e appropriatezza. In particolare per quanto riguarda le RSA saranno da individuare percorsi di finalizzazione, per nucleo assistenziale, ai bisogni di cura di specifiche tipologie di utenza prevedendo standard incrementali in rapporto all'intensità e alla tipologia del bisogno verso il quale si

5

indirizzano. Tale modello prevede pertanto una specifica valutazione del sistema di erogazione territoriale e conseguentemente un riordino complessivo del sistema regionale delle RSA e degli attuali meccanismi tariffari. La realizzazione di tale percorso deve prevedere un periodo di implementazione osservazionale biennale che, preludendo alla messa a regime del percorso di revisione innovativa, fermi gli attuali standard minimi gestionali, preveda, valorizzando il principio di libera scelta, il riconoscimento di un contributo aggiuntivo, che consenta un allineamento dei livelli assistenziali ai nuovi bisogni degli ospiti delle strutture residenziali e semi residenziali, sempre più fragili.

- Nel quadro di questo riordino complessivo, si attuerà una adeguata rimodulazione al rialzo delle quote attualmente riconosciute a carico del servizio sanitario del costo di ricovero in regime di residenzialità (RSA/RSD), alla luce dei crescenti bisogni sanitari e sociosanitari delle prestazioni erogate da tali unità d'offerta, correlata alla individuazione di costi standard di gestione e funzionamento per la parte c.d. alberghiera, a una corrispettiva e proporzionale riduzione della parte a carico dell'assistito/famiglia e a un efficace controllo della determinazione delle rette.

Regione Lombardia e CGIL CISL UIL Lombardia, condividendo l'intento di progredire e migliorare l'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali, attraverso un'ulteriore evoluzione delle prestazioni socio-sanitarie, caratterizzata dal passaggio, culturale prima ancora che metodologico, dalla cura al "*prendersi cura*", a fronte della perdurante mancanza della definizione dei LIVEAS/LEPS, concordano che il sistema che si intende implementare, in un alveo di maggiore prossimità in quanto privilegia la territorialità, dovrà evitare il rischio, in capo alle famiglie, che le prestazioni che caratterizzano il "prendersi cura" assumano via via connotati di indeterminatezza, tali per cui non sia più identificabile ciò che è cura, quindi LEA, e ciò che non è più soltanto cura e, come tale, di fatto a carico dei destinatari e delle famiglie o comunque soggetto a compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini.
Pur in un alveo di piena integrazione tra i diversi servizi e prestazioni, nell'ottica di una presa in carico globale conseguente a una valutazione multidimensionale, si conviene sulla necessità della definizione di una chiara linea di demarcazione, che minimizzi l'area "grigia" delle prestazioni definite oggi a carattere sociosanitario, tra ciò che è sanitario e quindi degno di tutela costituzionale, universalmente garantito e a carico della fiscalità generale, e ciò che è sociale e quindi - nella ingiustificata perdurante assenza di LIVEAS o LEPS non ancora definiti a livello nazionale - potenzialmente assoggettabile a meccanismi di compartecipazione alla spesa, discrimine necessario anche per trasmettere messaggi chiari e facilmente interpretabili da parte di tutti gli interlocutori (famiglie, enti locali, associazioni, operatori).
Sarà perciò assicurato, pur nel rispetto dei vincoli economici fissati nell'utilizzo del Fondo Sanitario, l'accesso e la fruibilità delle prestazioni sociosanitarie a prevalente carattere sanitario indipendentemente dalla capacità da parte dell'utente di compartecipare alla spesa per la residuale quota sociale delle stesse prestazioni: ciò anche con riferimento alle cure intermedie come le cure a domicilio, che saranno inserite in un sistema integrato con le prestazioni sociali.

IL RAPPORTO PUBBLICO/PRIVATO.

L'aggiornamento del sistema sanitario lombardo sarà finalizzato alla realizzazione di un sistema a rete per l'assistenza ospedaliera, fondato non sulla concorrenza ma su una feconda sinergia tra pubblico e privato, paritario negli oneri come nei doveri, che garantisca una copertura omogenea sul piano territoriale, per le diverse tipologie di assistenza - per l'acuzie, sub-acuzie, post-acuzie, riabilitazione e più in generale l'offerta delle cure intermedie - che dovranno essere a tutti gli effetti

comprese nei Lea.
Per incrementare l'efficienza, l'efficacia e l'integrità del sistema si intende operare per evitare commistioni o conflitti di interesse nell'esercizio delle funzioni di programmazione, acquisto, erogazione e controllo.
Nel processo di revisione, in ordine al rapporto pubblico/privato, la programmazione regionale definirà qualità e tipologie dei servizi, per perseguire l'obiettivo generale di assicurare una risposta adeguata e appropriata ai bisogni, integrando le prestazioni di tutte le strutture del sistema e promuovendo una fattiva collaborazione tra pubblico e privato in nome di una maggiore e più efficace integrazione.

INVESTIRE SUL LAVORO E LA PROFESSIONALITA'

Tutte le lavoratrici e tutti i lavoratori del Sistema Sociosanitario Lombardo, con le loro diverse figure professionali, che hanno sino ad ora garantito elevati livelli di eccellenza ed efficacia, saranno chiamati ad ulteriori sforzi ed a complessi processi d'integrazione. Vi saranno inevitabili importanti ricadute, in un'operazione di riordino complessivo della rete, sugli operatori, sui modelli organizzativi e sui servizi da gestire attraverso il confronto con le organizzazioni sindacali.
A tal fine risulta necessario operare una serie di interventi sinergici che permettano:

- la formazione e riqualificazione professionale per la progressiva creazione di figure professionali dedicate alla presa in carico della cronicità
- di favorire le responsabilità e la partecipazione relativamente ai processi di flessibilità collegati alla riorganizzazione valorizzando il confronto sindacale.

Anche di tali aspetti terrà conto il confronto sulle Risorse Aggiuntive Regionali e la destinazione al personale di parte delle risorse derivanti dai risparmi relativi alla revisione dei modelli organizzativi, come previsto dall'art. 16 del decreto 98/2011 nel testo vigente, condividendo la necessità di perseguire l'obiettivo comune di salvaguardare i livelli salariali al massimo livello possibile e di recuperare tendenzialmente i livelli del 2013.

La Regione Lombardia, nel salvaguardare i livelli occupazionali, si impegna, nel rispetto dell'attuale normativa sul contenimento dei costi del personale pubblico, a riconoscere il ruolo primario svolto dai dipendenti delle aziende sanitarie nonché ad attuare le procedure per la stabilizzazione del personale precario del SSR, individuando modalità attuative e tempi certi per consolidare gli attuali organici, al fine di minimizzare la precarietà e rendere l'operatore "fidelizzato" al sistema e più motivato, anche per evitare il rischio di ricadute negative sui livelli qualitativi, migliorando la continuità di cura e assistenza e la relazione tra utente e professionista, in modo da non vanificare anche i processi formativi attuati e le risorse a tal fine investite.

Regione Lombardia ha in corso un approfondito esame dell'attuale consistenza del personale delle aziende sanitarie pubbliche, anche ai fini dell'apertura di un confronto con le OO.SS. di categoria, finalizzato alla determinazione di nuovi indicatori per l'individuazione dei fabbisogni standard delle aziende sanitarie pubbliche ed alla definizione di standard assistenziali (in termini di minutaggio) in grado di garantire prestazioni diagnostico-terapeutiche di elevata qualità, rispettando l'osservanza dei riposi e riparametrando gli standard minimi degli organici in sanità come nel sociosanitario, anche con l'obiettivo di conseguire un minor rischio di errori assistenziali e una maggiore umanizzazione delle cure e della relazione operatore/assistito.

Sarà aperto anche un confronto sul tema dei sempre più variegati CCNL applicati nelle strutture pubbliche e private accreditate; che il disegno di sviluppo del sistema sociosanitario nella nostra Regione sollecita a una maggiore integrazione e sinergia e con riguardo alle ricadute sulle

7

condizioni dei lavoratori correlate alle gare di appalto.

Considerate le ripercussioni che la modalità di pagamento delle prestazioni attraverso voucher produce sulla programmazione operata dalle unità d'offerta, anche in relazione ai livelli occupazionali, si individueranno soluzioni che consentano, di garantire attività lavorativa costante nell'arco dell'anno senza dover continuamente ricorrere all'utilizzo di ammortizzatori sociali in deroga o addirittura a interruzioni dei rapporti di lavoro per far fronte ai momenti di carenza di prestazioni.

La costruzione di una diffusa ed efficace rete di medicina territoriale sarà implementata anche con una riprogrammazione regionale del numero di medici specialisti, in alcune branche di notevole rilevanza, in carico alle università e un programma di reclutamento e stabilizzazione del personale medico specialistico giudicato necessario a tale scopo, pur con la dovuta attenzione alla necessaria flessibilità organizzativa. Sarà agevolato, inoltre, l'inserimento dei medici neo-specializzati, favorendo il passaggio delle conoscenze e dell'esperienza pratica tra medici esperti e "nuovi" medici.

Al fine di ammodernare ed aggiornare il sistema sanitario lombardo nella direzione maggiormente rivolta al territorio, Regione Lombardia eserciterà un'azione incisiva affinché il MIUR, nella programmazione universitaria, dia risposte più coerenti con i fabbisogni professionali della nostra regione, al fine di attivare concretamente percorsi su nuovi profili di competenze che potrebbero essere una risposta coerente alla revisione dei modelli organizzativi.

A tal fine sarà potenziata la funzionalità dell'Osservatorio Professioni Sanitarie, per un più attento monitoraggio dei bisogni professionali, finalizzato anche ad un più adeguato orientamento dell'offerta formativa.

Sarà sviluppata una nuova cultura fra i professionisti per creare una logica di rete, adottando dinamiche e momenti di interscambio professionale tra ambito specialistico-ospedaliero e medicina di territorio, tra *setting* assistenziali differenti, definendo obiettivi comuni all'interno dell'area sanitaria, per rendere il lavoro d'équipe il perno dell'assistenza al cittadino/utente, per la presa in carico globale del paziente, al fine di valorizzare tutti i professionisti attraverso l'utilizzo di linee guida, protocolli e procedure come spazi di confronto e condivisione, oltre che implementando percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali integrati e ridefinendo la mappa dei processi di area e le modalità operative di gestione del percorso.

Tutte le donne e gli uomini operanti nel sistema sanitario dovranno sentirsi artefici e protagonisti del cambiamento. Alla necessaria intensificazione, accessibilità e miglioramento dei programmi formativi per le professioni sanitarie e di supporto, sarà affiancata una corrispondente e sistemica formazione del personale amministrativo e tecnico. Obiettivo primario di questi percorsi sarà un deciso miglioramento dell'informazione, indirizzo e accompagnamento del cittadino nella sanità che cambia tra ospedale e territorio.

I professionisti dovranno trarre giovamento operativo grazie alla disponibilità sempre maggiore delle informazioni rese disponibili dal SISS e delle adeguate tecnologie informatiche di accesso alle stesse per facilitare la sicurezza, monitoraggio e la *compliance* del percorso.

L'ingiustificato e perdurante blocco dei rinnovi contrattuali nazionali, sia pubblico che privati, in sanità, comporta, per i lavoratori del nostro servizio sanitario regionale da un lato una crescente

difficoltà a far fronte a un costo della vita tra i più elevati d'Italia, dall'altro un ingiusto misconoscimento della elevata qualità professionale e della produttività del loro lavoro.

A questo quadro generale si aggiunge l'impatto sul sistema regionale derivante da Expo 2015, che in sei mesi vedrà un eccezionale afflusso di presenze in Lombardia ed un conseguente incremento dei bisogni sanitari soprattutto in emergenza-urgenza e acuzie. Expo 2015 è altresì una opportunità, una vetrina internazionale che ci deve vedere protagonisti attraverso la valorizzazione delle tante eccellenze sanitarie lombarde. Tale evento rappresenta un'utile occasione anche per porre le basi di un sistema volto a favorire ed incentivare l'attrattività transfrontaliera del sistema sanitario lombardo.
Regione Lombardia si impegna pertanto a far fronte a tale evento con la possibilità di autorizzare specifiche assunzioni di personale a ciò dedicato.

Si investirà pertanto con ancor maggiore determinazione e volontà di innovazione sulla contrattazione di secondo livello nella sua duplice dimensione regionale e aziendale; il processo di riforma complessivo andrà, perciò, coniugato con la necessità di ridefinire con chiarezza i criteri di governo della spesa, che deve essere orientata a premiare le competenze gestionali e professionali erogate dagli operatori.

Uno sforzo, anche di tipo culturale, che sarà accompagnato dai consentiti investimenti economici, in ordine alle risorse formative, alle RAR e alla quota variabile dell'emolumento, nella condivisa consapevolezza che, con i rinnovi dei contratti nazionali bloccati, gli incentivi possono anche aiutare a compensare in parte il crescente disagio economico dei lavoratori lombardi, principali protagonisti del mantenimento e dello sviluppo delle eccellenze sanitarie della nostra regione.

Con specifico riferimento alla peculiarità del tessuto lombardo, che vede nella partecipazione attiva della società una espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo improntata alla sussidiarietà, il volontariato (singolo o associato) rappresenta certamente una risorsa anche per il sistema sociosanitario. Nel percorso di sviluppo di tale prospettiva, si opererà pertanto per definire con la massima chiarezza quali sono all'interno del sistema gli ambiti di azione del volontariato rispetto a quelli del lavoro dipendente o assimilato al fine di superare quelle situazioni di conflittualità che possono andare a discapito di una buona relazione sia tra personale dipendente e volontari sia con le persone assistite.

Il contenzioso giudiziario che interessa i medici è in continuo aumento (+134% in 15 anni). La percentuale di archiviazioni sul totale dei procedimenti conclusi è pari al 98.8% nei casi di sospette lesioni colpose e del 99.1% nei casi di sospetto omicidio colposo. Nel 93,8% dei casi, le denunce coinvolgono medici in servizio presso ospedali pubblici. Di questi, maggiormente colpiti sono gli anestesisti (96,8%) ed i chirurghi (98,9%), soprattutto ortopedici e ginecologi. Il problema dei contenziosi giudiziari è tra le cause principali delle difficoltà che stanno vivendo in questi anni i medici, nell'affrontare quotidianamente la propria professione e le scelte diagnostiche e terapeutiche, con il correlato aumento di costi impropri nella sanità pubblica dovuti all'aumento delle pratiche di medicina difensiva, associato alla lievitazione delle polizze assicurative.

Si opererà per stabilire in maniera omogenea a livello regionale i criteri e le procedure per la gestione dei contenziosi e per ristabilire un clima di fiducia tra cittadini, operatori e professionisti in sanità anche realizzando un cambiamento di cultura e di approccio al problema della salute e della cura.

LA COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA E SOCIALE

CGIL CISL UIL Lombardia condividono e sostengono l'obiettivo alla base dell'impegno assunto dal Presidente Maroni di realizzare una progressiva abolizione dei ticket sanitari.

Nell'ottica di tale condiviso obiettivo di legislatura, si interverrà al più presto, utilizzando anche le ulteriori risorse aggiuntive che si renderanno disponibili sul bilancio regionale a seguito della progressiva implementazione dei costi standard, per una significativa riduzione dei c.d. "superticket" vigenti in Lombardia su non poche prestazioni diagnostiche, il cui ammontare, a fronte della crisi economica, induce sempre più spesso persone e famiglie in difficoltà economica a rinunciare alla prestazione.

Per i lavoratori in mobilità, in contratto di solidarietà, i cassaintegrati e i disoccupati verranno reintrodotte le modalità di esenzione in vigore nel 2011.

Si conviene inoltre di dare avvio a un percorso condiviso di analisi, di studio e progettualità, finalizzato ad una possibile copertura solidaristica integrativa di quanto attualmente non coperto dal sistema pubblico di welfare, anche di natura mutualistica.

PROSECUZIONE DEL CONFRONTO

Regione Lombardia e CGIL CISL UIL Lombardia concordano infine sull'opportunità di proseguire il confronto, finalizzato alla ricerca di una condivisione dei contenuti del Progetto di Legge di modifica/integrazione della L.R.33/2009 di iniziativa della Giunta e alla traduzione nello stesso P.d.L. della presente intesa e di proseguirlo successivamente con riferimento al conseguente iter di approvazione da parte del Consiglio Regionale e alle successive fasi di implementazione delle nuove norme.

Milano, 26 settembre 2014

Segretario Generale regionale CGIL
Elena Lattuada

Assessore Famiglia, Solidarietà sociale e Volontariato
Maria Cristina Cantù

Segretario Generale regionale CISL
Gianluigi Petteni

Vice Presidente Assessore alla Salute
Mario Mantovani

Segretario Generale regionale UIL
Danilo Margaritella

Presidente Regione Lombardia
Roberto Maroni

10

Trib. Milano, sez. I civ., sentenza 17 luglio 2014 (Est. Patrizio Gattari)

Struttura sanitaria – Lesioni causate al paziente - Responsabilità – Natura giuridica – Contrattuale – Sussiste – Medico con cui il paziente abbia stipulato un contratto – Responsabilità contrattuale - Sussiste (art. 3, L. 189/2012; art. 1218, 2043 cod. civ.)

L'art. 3 comma 1 della legge Balduzzi non incide né sul regime di responsabilità civile della struttura sanitaria (pubblica o privata) né su quello del medico che ha concluso con il paziente un contratto d'opera professionale (anche se nell'ambito della cd attività libero professionale svolta dal medico dipendente pubblico): in tali casi sia la responsabilità della struttura sanitaria (contratto atipico di spedalità o di assistenza sanitaria) sia la responsabilità del medico (contratto d'opera professionale) derivano da inadempimento e sono disciplinate dall'art. 1218 c.c., ed è indifferente che il creditore/danneggiato agisca per ottenere il risarcimento del danno nei confronti della sola struttura, del solo medico o di entrambi. Il richiamo nella norma suddetta all'obbligo di cui all'art. 2043 c.c. per l'esercente la professione sanitaria che non risponde penalmente (per essersi attenuto alle linee guida), ma la cui condotta evidenzia una colpa lieve, non ha nessun riflesso sulla responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, che ha concluso un contratto atipico con il paziente (o, se si preferisce, è comunque tenuta ex lege ad adempiere determinate prestazioni perché inserita nel S.S.N.) ed è chiamata a rispondere ex art. 1218 c.c. dell'inadempimento riferibile direttamente alla struttura anche quando derivi dall'operato dei suoi dipendenti e/o degli ausiliari di cui si è avvalsa (art. 1228 c.c.).

RAGIONI DELLA DECISIONE

1. Le domande oggetto di causa.

V ha convenuto in giudizio Policlinico di … s.p.a. e il dott. X esponendo: che nell'ottobre del 2008 era stato sottoposto ad intervento di tiroidectomia totale presso la struttura sanitaria convenuta; che l'intervento chirurgico era stato eseguito dal convenuto dott. ; che nell'immediato post-operatorio una grave dispnea da paralisi bilaterale delle corde vocali aveva reso necessario il ricovero in terapia intensiva; che era stato dimesso il 29/10/2008; che nei giorni immediatamente successivi, per il perdurare dei problemi respiratori, era stato ricoverato presso un altro nosocomio dove l'8/11/2008 i sanitari avevano praticato una tracheotomia che aveva tuttavia solo in parte risolto i danni alla salute subiti in occasione del primo intervento presso la struttura sanitaria convenuta; che infatti i successivi controlli specialistici effettuati e i pareri medico-legali acquisiti avevano confermato che la corda vocale destra era paralizzata e non più recuperabile, mentre la sinistra poteva avere un leggero margine di miglioramento col tempo; che la paralisi bilaterale delle corde vocali era in diretta correlazione con l'errato intervento eseguito dal convenuto dott. X presso il Policlinico di ..; che i convenuti erano responsabili del danno alla salute e del danno morale subiti dall'attore.

Su tali premesse, l'attore chiedeva la condanna solidale dei convenuti al risarcimento dei danni derivati dall'illecito descritto e che indicava in complessivi euro 60.513,69 oltre rivalutazione monetaria e interessi dalla data dell'illecito.

Si è costituita ritualmente la società Policlinico di .. s.p.a. esponendo: che in occasione dell'intervento di tiroidectomia totale eseguito il 20/10/2008 erano sorte difficoltà a causa di un grosso nodulo nella parte destra, sede di pregressi fatti flogistici, e degli esisti nella parte sinistra di un precedente intervento di ernia cervicale; che gli operatori non erano riusciti a isolare la corda vocale di destra, mentre quella sinistra era stata visualizzata e conservata; che dopo la fine dell'intervento era insorta una crisi dispnoica che aveva reso necessaria l'intubazione del paziente e il suo trasferimento in terapia intensiva, dove era rimasto fino al giorno successivo; che il paziente era stato dimesso il 29/10/2008 e dopo due giorni i chirurghi e gli specialisti avevano consigliato il ricovero presso altro nosocomio specializzato, dove era stato sottoposto a tracheotomia temporanea; che l'intervento eseguito presso la struttura convenuta dal dott. X non era di routine e che le lesioni lamentate dal paziente costituivano complicanze prevedibili di tale tipo di intervento e si erano verificate nonostante i sanitari avessero fatto quanto era loro esigibile per prevenirle; che trattandosi di una complicanza prevedibile indicata nel modulo di consenso sottoscritto dal paziente e non evitabile nel caso concreto dai sanitari, non poteva essere ravvisata una responsabilità risarcitoria; che in ogni caso la complessità e la difficoltà dell'intervento avrebbero giustificato la limitazione della responsabilità ex art. 2236 c.c.; che le conseguenze dannose subite dall'attore non potevano

essere costituite da quelle dedotte e che l'entità del risarcimento preteso era ingiustificata; che in ogni caso qualora fosse stata accertata una responsabilità solidale della struttura sanitaria convenuta, essa aveva diritto ad essere manlevata dal medico convenuto, unico eventuale responsabile del danno de quo; che infatti nel contratto di collaborazione stipulato con il Policlinico di . s.p.a. il medico si era espressamente obbligato a tenere indenne la struttura sanitaria per i danni conseguenti alla attività medico-chirurgica svolta presso di essa. Pertanto il convenuto Policlinico di … s.p.a. chiedeva il rigetto delle domande dell'attore e, in subordine, qualora esse fossero risultate in tutto o in parte fondate chiedeva la condanna dell'altro convenuto X a manlevare e tenere indenne la struttura sanitaria.
Si è altresì costituito ritualmente l'altro convenuto X il quale, in via preliminare, eccepiva l'improcedibilità dell'azione promossa nei suoi confronti per mancata indicazione dei codici fiscali dei convenuti, la nullità della procura alle liti rilasciata dall'attore senza indicazione del consenso alla mediazione e dichiarava l'intenzione di chiamare in causa il proprio assicuratore (senza tuttavia chiedere il differimento dell'udienza ex artt. 167 e 269 c.p.c.); nel merito il professionista convenuto chiedeva il rigetto delle domande avanzate nei suoi confronti e, in subordine, la condanna del proprio assicuratore a tenerlo indenne dalla soccombenza. Nella comparsa costitutiva il medico allegava in particolare che l'intervento chirurgico eseguito era stato di particolare complessità, anche per le condizioni soggettive del paziente già evidenziate nella difesa della struttura sanitaria, e che non vi erano elementi per poter ravvisare una sua responsabilità per i danni dedotti genericamente dall'attore.
L'irrituale istanza di chiamata del terzo avanzata dal medico veniva respinta e tale parte provvedeva autonomamente a citare in giudizio davanti al medesimo tribunale il proprio assicuratore, al quale chiedeva di tenerlo indenne in caso di soccombenza nei confronti delle domande avanzate nei suoi confronti da V. Si è costituita in quel giudizio la convenuta .. Assicurazioni s.p.a. senza sollevare eccezioni alla validità e all'operatività della polizza di responsabilità professionale stipulata con il dott. X e dicendosi pronta a tenere indenne il proprio assicurato in caso di soccombenza nella causa introdotta da V.
Con ordinanza del 14/12/2011 le due cause pendenti davanti al sottoscritto giudice istruttore e chiamate alla stessa udienza sono state riunite ex art. 274 c.p.c.
La domanda riconvenzionale di manleva avanzata dalla convenuta struttura sanitaria nei confronti dell'altro convenuto è contenuta nella comparsa costitutiva tempestivamente depositata. L'irrituale istanza ex art. 269 c.p.c. di autorizzazione alla chiamata in causa e di differimento dell'udienza contenuta nella comparsa di risposta della struttura sanitaria è stata respinta, poiché la domanda di manleva non era rivolta nei confronti di un terzo bensì di un soggetto già parte (convenuto) del processo. Con la costituzione in giudizio del convenuto X si è pienamente instaurato il contraddittorio fra le parti anche in merito alla domanda di manleva, senza bisogno di dover disporre la notifica della comparsa (necessaria ex art. 292 c.p.c. solo qualora il destinatario della domanda resti contumace).
L'istruttoria delle due cause riunite si è articolata nell'acquisizione dei documenti prodotti dalle parti e nell'espletamento di CTU, all'esito della quale il dott. .. (specialista in medicina legale, otorinolaringoiatria, audiologia e foniatria) ha depositato il 28/12/2012 una relazione scritta, con allegate le osservazioni critiche delle parti. L'istanza di prova orale avanzata dal convenuto X è stata respinta per le ragioni esplicitate nell'ordinanza del 22/5/2013 alla quale si rinvia.
All'udienza del 29/1/2014 le parti hanno precisato le conclusioni sopra richiamate e, scaduti i termini ordinari concessi per il deposito degli scritti conclusivi, la causa è entrata in decisione.

1.1 Le eccezioni processuali del convenuto X
Sia l'eccezione di "improcedibilità dell'atto di citazione" sia quella di "nullità della procura" alle liti sollevate dal convenuto X nella comparsa di costituzione e risposta (e reiterate in sede di precisazione delle conclusioni) sono infondate.

Per quanto attiene all'eccezione di improcedibilità per la mancata indicazione in citazione dei codici fiscali dei convenuti – richiesta dall'art. 163 n. 2 c.p.c. (come modificato dal D.L. n. 193 del 2009 convertito con modificazioni nella L. n. 24 del 2010) - tale lacuna dell'atto introduttivo non incide affatto sulla procedibilità dell'azione. La mancata indicazione dei codici fiscali avrebbe semmai potuto astrattamente comportare la nullità della citazione ex art. 164 co.1 c.p.c. (sanabile mediante la rinnovazione dell'atto), che tuttavia risulta sanata nel caso concreto con la costituzione di entrambi i convenuti (art. 164 co. 2 c.p.c.) i quali, nelle rispettive comparse di risposta, hanno indicato i propri codici fiscali (come previsto dall'art. 167 co. 1 c.p.c. novellato dalla stessa L.24/2010 citata).
Per quanto riguarda l'eccezione di nullità della procura alle liti per l'asserita mancata indicazione del consenso informato alla mediazione, contrariamente a quanto sembra ritenere la difesa convenuta l'assenza dell'informativa al cliente prevista dal D.L.vo n.28 del 2010 non comporta nullità della procura rilasciata al difensore, bensì eventualmente – ove l'informativa non sia stata fornita al cliente – l'annullabilità del cd contratto di patrocinio concluso tra il difensore e il cliente e che solo quest'ultimo può far valere (art. 1441 c.c.); ne deriva che la violazione degli obblighi informativi previsti dal citato D.Lvo non può essere utilmente invocata dalla controparte processuale.

2. L'articolato sistema della responsabilità civile in ambito sanitario.
Prima di esaminare il merito delle domande, è opportuno reinquadrare e rimettere a fuoco il sistema della responsabilità civile da "malpractice medica" a seguito della cd legge Balduzzi (L. 189/2012), che è stata oggetto di diverse opzioni interpretative e di applicazioni giurisprudenziali non sempre convincenti.
All'esito di una non breve riflessione favorita dai vari contributi anche giurisprudenziali noti, ritiene il Tribunale adito che la citata legge del 2012 induca a rivedere il "diritto vivente" secondo cui sia la responsabilità civile della struttura sanitaria sia quella medico andrebbero in ogni caso ricondotte nell'alveo della responsabilità da inadempimento ex art. 1218 c.c.

2.1 La responsabilità della struttura sanitaria.
Secondo l'insegnamento consolidato della giurisprudenza, avallato dalle Sezioni Unite della Cassazione (sent. 1/7/2002 n. 9556 e sent. 11/1/2008 n. 577), il rapporto che lega la struttura sanitaria (pubblica o privata) al paziente ha fonte in un contratto obbligatorio atipico (cd contratto di "spedalità" o di "assistenza sanitaria") che si perfeziona anche sulla base di fatti concludenti – con la sola accettazione del malato presso la struttura (Cass. 13/4/2007 n. 8826) - e che ha ad oggetto l'obbligo della struttura di adempiere sia prestazioni principali di carattere strettamente sanitario sia prestazioni secondarie ed accessorie (fra cui prestare assistenza al malato, fornire vitto e alloggio in caso di ricovero ecc.).
Ne deriva che la responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria, per l'inadempimento e/o per l'inesatto adempimento delle prestazioni dovute in base al contratto di spedalità, va inquadrata nella responsabilità da inadempimento ex art. 1218 c.c. e nessun rilievo a tal fine assume il fatto che la struttura (sia essa un ente pubblico o un soggetto di diritto privato) per adempiere le sue prestazioni si avvalga dell'opera di suoi dipendenti o di suoi collaboratori esterni – esercenti professioni sanitarie e personale ausiliario – e che la condotta dannosa sia materialmente tenuta da uno di questi soggetti. Infatti, a norma dell'art. 1228 c.c., il debitore che per adempiere si avvale dell'opera di terzi risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro.
Inoltre, a fronte dell'inadempimento dedotto dall'attore - come causa del danno di cui chiede il risarcimento – è onere del debitore convenuto (struttura sanitaria) provare di aver esattamente adempiuto le sue prestazioni e che il danno lamentato da controparte non gli è imputabile. Al riguardo la Suprema Corte ha precisato che "in tema di responsabilità contrattuale della struttura sanitaria (…), ai fini del riparto dell'onere probatorio l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare l'esistenza del contratto (o il contatto sociale) e l'insorgenza o l'aggravamento della

patologia ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato, rimanendo a carico del debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante" (Cass. Sez. Un. 11/1/2008 n. 577).
La responsabilità risarcitoria della struttura sanitaria come responsabilità da inadempimento ex art. 1218 c.c. non muterebbe natura qualora si volesse invece ritenere che per le strutture (pubbliche o private convenzionate) inserite nel S.S.N. l'obbligo di adempiere le prestazioni di cura e di assistenza derivi direttamente dalla legge istitutiva del Servizio Sanitario (L. n. 833 del 1978), come pure da taluni sostenuto. Anche secondo tale impostazione, infatti, la responsabilità andrebbe comunque ricondotta alla disciplina dell'art. 1218 c.c., al pari di ogni responsabilità che scaturisce dall'inadempimento di obbligazioni derivanti da "altro atto o fatto idoneo a produrle in conformità dell'ordinamento" (art. 1173 c.c.).
In ogni caso, la struttura sanitaria convenuta dal danneggiato è dunque responsabile ai sensi dell'art. 1218 c.c. per il risarcimento dei danni derivati dall'inadempimento (o dall'inesatto adempimento) di una delle prestazioni a cui è direttamente obbligata.

2.2 La responsabilità del medico.
In merito alla responsabilità del medico dipendente e/o collaboratore della struttura sanitaria - autore della condotta attiva o omissiva produttiva del danno subito dal paziente col quale tuttavia non ha concluso un contratto diverso ed ulteriore rispetto a quello che obbliga la struttura nella quale il sanitario opera - a partire dal 1999 la giurisprudenza pressoché unanime ha ritenuto che anch'essa andasse inquadrata nella responsabilità ex art. 1218 c.c. in base alla nota teoria del "contatto sociale" (Cass. 22/1/1999 n. 589). In particolare, secondo tale consolidato indirizzo giurisprudenziale – ribadito anche nel 2008 dalle Sezioni Unite della Cassazione (sent. 577/2008) - "in tema di responsabilità civile nell'attività medico-chirurgica, l'ente ospedaliero risponde a titolo contrattuale per i danni subiti da un privato a causa della non diligente esecuzione della prestazione medica da parte di un medico proprio dipendente ed anche l'obbligazione di quest'ultimo nei confronti del paziente, ancorché non fondata sul contratto, ma sul "contatto sociale", ha natura contrattuale, atteso che ad esso si ricollegano obblighi di comportamento di varia natura, diretti a garantire che siano tutelati gli interessi che sono emersi o sono esposti a pericolo in occasione del contatto stesso (…)" (in tal senso, fra le altre, Cass. 19/04/2006 n. 9085).
La ricostruzione della responsabilità del medico in termini di responsabilità "contrattuale" ex art. 1218 c.c. anche in assenza di un contratto concluso dal professionista con il paziente implica, come logico corollario, l'applicazione della relativa disciplina in tema di riparto dell'onere della prova fra le parti, di termine di prescrizione decennale ecc.
Tale inquadramento della responsabilità medica e il conseguente regime applicabile, unito all'evoluzione che nel corso degli anni si è avuta in tema di danni non patrimoniali risarcibili e all'accresciuta entità dei risarcimenti liquidati - in base alle tabelle di liquidazione equitativa del danno alla persona elaborate dalla giurisprudenza di merito, in particolare a quelle del Tribunale di Milano ritenute applicabili dalla Cassazione a tutto il territorio nazionale in mancanza di un criterio di liquidazione previsto dalla legge - ha indubitabilmente comportato un aumento dei casi in cui è stato possibile ravvisare una responsabilità civile del medico ospedaliero (chiamato direttamente a risarcire il danno sulla base del solo "contatto" con il paziente se non riesce a provare di essere esente da responsabilità ex art. 1218 c.c.), una maggiore esposizione di tale categoria professionale al rischio di dover risarcire danni anche ingenti (con proporzionale aumento dei premi assicurativi) ed ha involontariamente finito per contribuire all'esplosione del fenomeno della cd "medicina difensiva" come reazione al proliferare delle azioni di responsabilità promosse contro i medici.

2.3 L'impatto della legge n. 189 del 2012 (cd "legge Balduzzi") sul sistema della responsabilità civile in ambito sanitario.

Su tale contesto normativo e giurisprudenziale è intervenuta alla fine del 2012 la "legge Balduzzi" - L. 8 novembre 2012 n. 189 che ha convertito con modificazioni il D.L. 13 settembre 2012 n. 158 – la quale ha espressamente inteso contenere la spesa pubblica e arginare il fenomeno della "medicina difensiva", sia attraverso una restrizione delle ipotesi di responsabilità medica (spesso alla base delle scelte diagnostiche e terapeutiche "difensive" che hanno un'evidente ricaduta negativa sulle finanze pubbliche) sia attraverso una limitazione dell'entità del danno biologico risarcibile al danneggiato in caso di responsabilità dell'esercente una professione sanitaria.
L'art. 3 della legge ("*Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie*") prevede al comma 1 che "*l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo*".
Occorre dunque valutare l'impatto dell'art. 3 della L. n. 189 del 2012 ("legge Balduzzi") sul delineato sistema della responsabilità in ambito sanitario e sulla responsabilità del medico in particolare.
Il dibattito che si è sviluppato in dottrina dopo l'entrata in vigore della legge si è incentrato principalmente sul secondo inciso della norma ("*In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile"*) ed è caratterizzato da opinioni contrapposte, rispecchiate nelle pronunce giurisprudenziali di merito note.
Il richiamo esplicito alla disciplina della responsabilità risarcitoria da fatto illecito (art. 2043) è stato visto da alcuni come una sorta di "atecnico" rinvio alla responsabilità risarcitoria dell'esercente la professione sanitaria (in tal senso, fra gli altri, Tribunale di Arezzo 14/2/2013 e Tribunale di Cremona 19/9/2013), mentre altri (Tribunale di Varese 29/12/2012) hanno inteso da subito vedere nella previsione in esame una indicazione legislativa (di portata indirettamente/implicitamente interpretativa) volta a chiarire che, in assenza di un contratto concluso con il paziente, la responsabilità del medico non andrebbe ricondotta nell'alveo della responsabilità da inadempimento/inesatto adempimento (comunemente detta «contrattuale») bensì in quello della responsabilità da fatto illecito (comunemente detta «extracontrattuale»).
Gli estremi delle contrapposte opinioni emerse nella giurisprudenza di merito paiono ben rappresentati da una pronuncia del Tribunale di Torino del 26/2/2013 e da quella del Tribunale di Rovereto del 29/12/2013.
Secondo il giudice piemontese il legislatore del 2012 avrebbe dettato una norma che smentisce l'intera elaborazione giurisprudenziale precedente e l'art. 2043 sarebbe ora la norma a cui ricondurre sia la responsabilità del medico pubblico dipendente sia quella della struttura pubblica nella quale opera (non essendo ipotizzabile secondo quel giudice un diverso regime di responsabilità del medico e della struttura), per cui l'art. 3 della legge Balduzzi cambierebbe il "diritto vivente" operando una scelta di campo del tutto chiara e congruente con la finalità di contenimento degli oneri risarcitori della sanità pubblica e "getta alle ortiche" la utilizzabilità in concreto della teorica del contatto sociale.
Il giudice trentino ha ritenuto invece che nessuna portata innovatrice deriverebbe dalla legge Balduzzi in merito alla responsabilità civile del medico in quanto il richiamo all'art. 2043 c.c. contenuto nell'art. 3 andrebbe riferito solo al giudice penale per il caso di esercizio dell'azione civile in sede penale, mentre la responsabilità civile del medico andrebbe comunque ricondotta al disposto dell'art. 1218 c.c. in caso di inadempimento e/o inesatto adempimento dell'obbligazione "legale" gravante anche sul singolo operatore sanitario e che troverebbe fonte nella legge istitutiva del S.S.N. (L. n. 833 del 1978).
Anche la Suprema Corte si è pronunciata sulla possibile portata innovatrice della legge Balduzzi nel regime della responsabilità civile medica, sinora escludendola.
In una prima decisione del febbraio 2013 la Cassazione (in un "obiter") ha affermato che "(…) la materia della responsabilità civile segue le sue regole consolidate (…) anche per la c.d.

responsabilità contrattuale del medico e della struttura sanitaria, da contatto sociale", richiamando quale "punto fermo, ai fini della nomofilachia, gli arresti delle sentenze delle Sezioni Unite nel novembre 2008 (…)" (Cass. 19/2/2013 n. 4030). In tale sentenza non sono fornite indicazioni interpretative del secondo inciso dell'art. 3 comma 1 L.189/2012, che invece si rinvengono nella successiva pronuncia della Cassazione del 17/4/2014 n. 8940 così massimata: "l'art. 3, comma 1, del d.l. 13 settembre 2012, n. 158, come modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189, nel prevedere che "l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve", fermo restando, in tali casi, "l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile", non esprime alcuna opzione da parte del legislatore per la configurazione della responsabilità civile del sanitario come responsabilità necessariamente extracontrattuale, ma intende solo escludere, in tale ambito, l'irrilevanza della colpa lieve".
Non sono condivisibili le concrete applicazioni dell'art. 3 comma 1 della legge Balduzzi fatte in alcune delle pronunce di merito sopra richiamate, mentre l'interpretazione della norma operata dalla Cassazione nell'ordinanza n. 8940 del 2014 risulta solo in parte convincente.
Come si è già avuto modo di argomentare più diffusamente, il tenore letterale del comma 1 dell'art. 3 L.189/2012 e le esplicite finalità perseguite dal legislatore del 2012 - di contenimento della spesa pubblica e di porre rimedio al cd fenomeno della medicina difensiva anche attraverso una limitazione della responsabilità dei medici - non sembrano legittimare semplicisticamente un'interpretazione della norma nel senso che il richiamo all'art. 2043 c.c. sia atecnico o frutto di una svista.
Prima di prendere posizione sulle possibili ricadute che la legge del 2012 pare avere sulla responsabilità del medico, è tuttavia opportuno far chiarezza sul suo ambito applicativo e sgombrare il campo da alcune riferite letture della nuova previsione normativa che non convincono affatto.
Innanzitutto, nessuna portata innovativa può avere l'art. 3 della legge 189/2012 - che si riferisce espressamente alla responsabilità dell'esercente una professione sanitaria autore della condotta illecita - sulla natura "contrattuale" della responsabilità civile (ex artt. 1218 e 1228 c.c.) della struttura sanitaria (pubblica o privata) nella controversia risarcitoria promossa nei suoi confronti dal danneggiato.
Sia che si ritenga ravvisabile un contratto atipico fra la struttura sanitaria ed il paziente, sia che si preferisca individuare nella legge la fonte dell'obbligo per la struttura (pubblica o convenzionata) inserita nel S.S.N. di erogare determinate prestazioni in favore del paziente, in ogni caso come detto la struttura sanitaria convenuta dal danneggiato è responsabile ai sensi dell'art. 1218 c.c. per il risarcimento dei danni derivati dall'inadempimento (o dall'inesatto adempimento) di una delle prestazioni a cui è direttamente obbligata.
In secondo luogo, non può essere condivisa l'opinione – fatta propria da una minoritaria giurisprudenza di merito - che in sostanza finisce per ritenere l'intero articolo 3 comma 1 una legge penale o comunque una legge che fa eccezione a regole generali e ne fa discendere che, ai sensi dell'art. 14 delle preleggi, troverebbe applicazione nei soli casi ivi previsti.
L'art. 3 della legge Balduzzi oltre ad introdurre indubbie restrizioni alla responsabilità penale - prevedendo una parziale *abolitio criminis* degli artt. 589 e 590 (Cass. pen. 29/1/2013 n. 16237) - disciplina infatti vari aspetti della "*responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie"* compresa la responsabilità risarcitoria, di cui si occupa espressamente non solo nel comma 1, con il richiamo all'obbligo di cui all'art. 2043 e con la previsione di tener conto nella determinazione del risarcimento del danno del fatto che il responsabile si è attenuto alle linee guida, ma anche nel comma 3, che introduce un criterio legale di liquidazione del danno biologico mediante il rinvio alle tabelle previste negli artt. 138 e 139 del D.Lvo n. 209/2005 (cod. ass.), e, in qualche modo, nel comma 5, ove è previsto l'aggiornamento periodico e l'inserimento di specialisti nell'albo dei CTU. Peraltro, oltre che non rispondente ai comuni criteri ermeneutici, l'interpretazione secondo cui l'art. 3 comma 1 sarebbe "legge penale" o "eccezionale" destinata in quanto tale a disciplinare ex art. 14 delle preleggi solo i casi dalla stessa espressamente previsti –

esonero dalla responsabilità penale del medico in colpa lieve che si è attenuto alle linee guida e responsabilità risarcitoria *ex* art. 2043 c.c. dello stesso professionista solo in caso di proscioglimento/assoluzione in sede penale – porrebbe forti dubbi di legittimità costituzionale, per l'ingiustificata ed irragionevole disparità di trattamento e diversità di disciplina che verrebbero a crearsi a seconda che una determinata condotta illecita del medico (causativa di danni risarcibili) venga preventivamente vagliata dal giudice penale oppure no.
Né può condividersi l'affermazione secondo cui l'obbligazione del medico avrebbe fonte "legale", in quanto scaturirebbe direttamente dalla legge istitutiva del S.S.N. (l. 833/1978), con conseguente applicabilità del regime giuridico della responsabilità ex art. 1218 c.c. per il risarcimento dei danni derivanti da inadempimento.
L'opinione largamente maggioritaria individua, come detto, nel contratto di "spedalità" o di "assistenza sanitaria" (non nella legge) la fonte del rapporto obbligatorio fra la struttura sanitaria e il paziente e, ove pure non si ritenga di aderire a tale conclusione, al più nella legge istitutiva del S.S.N. potrebbe eventualmente individuarsi la fonte delle obbligazioni gravanti sulle strutture (pubbliche e private) inserite nel variegato servizio sanitario ma non certo di obbligazioni verso il paziente direttamente gravanti sul singolo medico, inserito a vario titolo (come dipendente o collaboratore esterno) in complesse strutture – che autonomamente organizzano le risorse ed i mezzi di cui dispongono – presso le quali viene di solito in contatto con gli utenti solo perché ciò è insito nell'espletamento delle sue mansioni lavorative (al pari di quanto avviene ad altri dipendenti o collaboratori di pubbliche amministrazioni o di soggetti privati che erogano servizi pubblici). Tant'è che per circa vent'anni dopo l'istituzione del S.S.N. la giurisprudenza (sino alla sentenza della Cassazione n. 589 del 1999) ha continuato a qualificare extracontrattuale la responsabilità del medico ospedaliero per i danni arrecati ai pazienti (vd Cass.13/3/1998 n. 2750 e Cass. 24/3/1979 n. 1716), senza mai ravvisare nella legge 833/1978 la fonte di un'obbligazione "legale" ex art. 1173 c.c. in capo al singolo medico che ha eseguito la sua prestazione in virtù del rapporto organico con la struttura sanitaria.
Come pure va sgombrato il campo dall'equivoco che l'art. 3 comma 1 della legge Balduzzi possa disciplinare ogni ipotesi di responsabilità del medico (e di ogni altro esercente la professione sanitaria), come sembra affermare il Tribunale di Torino nella sentenza sopra richiamata.
Ferma la responsabilità (distinta ed autonoma) *ex* art. 1218 c.c. della struttura sanitaria, qualora il danneggiato intenda agire in giudizio (anche o soltanto) contro il medico, occorre infatti necessariamente distinguere l'ipotesi in cui il paziente ha concluso un contratto con il professionista da quella in cui tali parti non hanno concluso nessun contratto. Non pare dubitabile che il danneggiato può utilmente continuare ad invocare la responsabilità da inadempimento *ex* art. 1218 c.c. del medico qualora provi che le parti hanno concluso un contratto d'opera professionale, senza che assuma alcun rilievo il fatto che la prestazione medico-chirurgica sia stata eventualmente resa (in regime ambulatoriale o di ricovero) presso una struttura sanitaria (pubblica o privata). In tal caso il medico è legato al paziente da un rapporto contrattuale (diverso sia dal rapporto che lega il sanitario alla struttura nella quale opera, sia dal rapporto che intercorre fra il paziente e la struttura) e pertanto la sua responsabilità risarcitoria ben può (e deve) essere ricondotta alla responsabilità da inadempimento *ex* art. 1218 c.c.
In presenza di un contratto fra paziente e professionista, nessun riflesso quindi può avere sulla qualificazione della responsabilità risarcitoria del medico la previsione contenuta nel comma 1 dell'art. 3 della legge Balduzzi, in particolare il richiamo all'art. 2043 c.c. Va in tal senso pienamente condivisa l'affermazione della Cassazione secondo cui è escluso che la legge 189/2012 abbia inteso esprimere un'opzione a favore della qualificazione della responsabilità medica "necessariamente" come responsabilità extracontrattuale (Cass. n. 8940 del 2014).
Non può invece essere condivisa l'interpretazione complessiva del secondo inciso dell'art. 3 comma 1 della legge Balduzzi che emerge dalla motivazione (non anche dalla massima sopra richiamata) dell'ordinanza della Cassazione n.8940 del 2014 - laddove la Corte conclude che a tale norma non andrebbe attribuito alcun rilievo che possa indurre a superare l'orientamento giurisprudenziale

"tradizionale" in tema di responsabilità medica – la quale pare inserirsi nel solco delle letture che sostanzialmente tendono a vanificare la portata della norma.
Nel motivare la sua decisione la Cassazione afferma che l'art. 3 comma 1 L.189/2012 "(…) poiché omette di precisare in che termini si riferisca all'esercente la professione sanitaria e concerne nel suo primo inciso solo la responsabilità penale, comporta che la norma dell'inciso successivo, quando dice che resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 c.c., dev'essere interpretata, conforme al principio per cui in lege aquilia et levissima culpa venit, nel senso che il legislatore si è soltanto preoccupato di escludere l'irrilevanza della colpa lieve anche in ambito di responsabilità extracontrattuale civilistica". La Corte smentisce la bontà della ricostruzione della disciplina della responsabilità medica fatta dal Tribunale di Torino (nella sentenza sopra citata) ed invocata dalla difesa ricorrente e precisa (in modo del tutto condivisibile) che "deve, viceversa, escludersi che con detto inciso il legislatore abbia inteso esprimere un'opzione a favore di una qualificazione della responsabilità medica necessariamente come responsabilità extracontrattuale (…)", per poi affermare in conclusione che - sulla base della suddetta interpretazione del secondo inciso dell'art. 3 comma 1 - "deve, pertanto, ribadirsi che alla norma nessun rilievo può attribuirsi che induca il superamento dell'orientamento tradizionale sulla responsabilità medica come responsabilità da contatto sociale e sulle sue implicazioni (…)" (vd Cass. 17/4/2014 n. 8940 in motivazione).
Anche secondo la Cassazione del 2014, in sostanza la previsione normativa in questione conterrebbe un evidente errore e risulterebbe priva di qualsiasi rilievo. Se infatti la responsabilità civile dell'esercente la professione sanitaria per i danni arrecati a terzi nello svolgimento della sua attività costituisce comunque pur sempre una responsabilità da "contatto"/inadempimento ex art. 1218 c.c. anche in assenza di un contratto fra il sanitario ed il paziente - secondo l'orientamento consolidato in tema di responsabilità medica che la Corte si affretta a ribadire – risulterebbe errato oltre che superfluo il richiamo all'obbligo risarcitorio di cui all'art. 2043 c.c., che non verrebbe in rilievo neppure "in tali casi". Stando alle suddette conclusioni cui perviene la Cassazione, si dovrebbe ritenere che il distratto legislatore del 2012 avrebbe inserito (inutilmente) il richiamo all'art. 2043 all'interno di una norma (art. 3 comma 1 L.189/2012) che disciplina espressamente anche la responsabilità civile del medico, "soltanto" per la preoccupazione di escludere (in ossequio al principio "*in lege aquilia et levissima culpa venit*") che la colpa lieve potesse condurre - nei casi in cui vi è esonero dalla responsabilità penale - a far ritenere esclusa la responsabilità risarcitoria extracontrattuale, evidentemente dimenticando (o comunque senza tener conto) che in base al "diritto vivente" la responsabilità del medico viene comunemente ricondotta alla responsabilità da "contatto"/inadempimento ex art. 1218 c.c. e non a quella extracontrattuale ex art. 2043 c.c. Inoltre, risulterebbe irragionevole la stessa preoccupazione del legislatore - nella quale la Corte ravvisa la ragione unica del secondo inciso dell'art. 3 comma 1 della legge Balduzzi – di escludere l'irrilevanza della colpa lieve in ambito di responsabilità aquiliana/extracontrattuale ("*in lege aquilia et levissima culpa venit*") all'interno di una disciplina sulla responsabilità civile dell'esercente la professione sanitaria che continuerebbe ad essere "contrattuale" e sulla quale (secondo la Corte) la legge Balduzzi non avrebbe nessun impatto ("alla norma nessun rilievo può attribuirsi che induca il superamento dell'orientamento tradizionale sulla responsabilità medica come responsabilità da contatto sociale e sulle sue implicazioni" secondo quanto afferma in motivazione Cass. 8940/2014).
L'interprete non pare autorizzato a ritenere che il legislatore abbia ignorato il senso del richiamo alla norma cardine della responsabilità da fatto illecito, nel momento in cui si è premurato di precisare che, anche qualora l'esercente una professione sanitaria "non risponde penalmente per colpa lieve" (del delitto di lesioni colpose o di omicidio colposo) essendosi attenuto alle linee guida e alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, "*in tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'art. 2043 del codice civile*".
Nell'interpretare la norma vigente non sembra del tutto trascurabile che inizialmente il comma 1 dell'art. 3 del decreto legge n. 158 del 2012 [«*fermo restando il disposto dell'articolo 2236 del codice civile, nell'accertamento della colpa lieve nell'attività dell'esercente le professioni sanitarie*

il giudice, ai sensi dell'art. 1176 del codice civile, tiene conto in particolare dell'osservanza, nel caso concreto, delle linee guida e delle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale»] non conteneva nessuna previsione destinata ad incidere sulla responsabilità penale dell'esercente una professione sanitaria e nessun richiamo alla responsabilità da fatto illecito, ma si limitava a prevedere che, ferma la limitazione della responsabilità civile alle ipotesi di dolo o colpa grave qualora la prestazione avesse implicato la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà (*ex* art. 2236 c.c.), nell'accertamento dell'adempimento dell'obbligo di diligenza professionale (*ex* art. 1176 comma 2 c.c.) il giudice doveva tener conto in particolare dell'osservanza nel caso concreto da parte del sanitario delle linee guida e delle buone pratiche accreditate.

In sede di conversione del decreto il legislatore (per meglio perseguire gli obiettivi prefissati) ha radicalmente mutato il comma 1 dell'art. 3, prevedendo che "non risponde penalmente per colpa lieve" l'esercente la professione sanitaria che si sia attenuto alle linee guida e alle buone pratiche accreditate, inserendo il richiamo all'obbligazione risarcitoria *ex* art. 2043 c.c. (che grava comunque sul soggetto esente da responsabilità penale) ed imponendo al giudice di tener conto "*anche nella determinazione del risarcimento del danno*" dell'avvenuto rispetto delle linee guida da parte del sanitario/responsabile. Le significative modifiche introdotte in sede di conversione del decreto legge (tali da indurre alcuni a dubitare del rispetto dell'art. 77 Cost.) contribuiscono a far escludere che l'art. 3 comma 1 della legge vigente sia frutto di una "svista" e che l'intenzione del legislatore del 2012 possa essere limitata alla preoccupazione indicata dalla Cassazione nella pronuncia del 2014 più volte richiamata. Qualora l'intenzione del legislatore fosse stata soltanto quella indicata dalla Corte e la previsione normativa in esame fosse da interpretare nel senso che non avrebbe inteso scalfire in nessun modo il consolidato indirizzo giurisprudenziale in materia di responsabilità medica come responsabilità ex art. 1218 c.c. da "contatto sociale" (con tutte le sue implicazioni), non vi sarebbe stata nessuna apprezzabile ragione per inserire in sede conversione il richiamo all'art. 2043 ed è ragionevole ritenere che nell'art. 3 comma 1 sarebbe rimasto immutato il richiamo alle diverse norme (art. 1176 e art. 2236) contenuto nel decreto legge.

Sia il richiamo letterale alla norma cardine che prevede nell'ordinamento il "risarcimento per fatto illecito" (art. 2043 c.c.) e "l'obbligo" in essa previsto (in capo a colui che per dolo o colpa ha commesso il fatto generatore di un danno ingiusto), sia l'inequivoca volontà della legge Balduzzi – resa manifesta, come detto, oltre che dal comma 1 anche dal comma 3 del medesimo art. 3, laddove vengono richiamati gli artt. 138 e 139 del D.Lvo 209/2005 per la liquidazione del danno biologico – di restringere e di limitare la responsabilità (anche) risarcitoria derivante dall'esercizio delle professioni sanitarie, per contenere la spesa sanitaria e porre rimedio al cd fenomeno della medicina difensiva, inducono ad interpretare la norma in esame nel senso che il richiamo alla responsabilità da fatto illecito nell'art. 3 comma 1 impone di rivedere il criterio di imputazione della responsabilità risarcitoria del medico (dipendente o collaboratore di una struttura sanitaria) per i danni provocati in assenza di un contratto concluso dal professionista con il paziente.

E' senz'altro vero che nell'art. 3 comma 1 della L.189/2012 non può rinvenirsi un'opzione a favore di una qualificazione della responsabilità medica "necessariamente come responsabilità extracontrattuale" (per richiamare le parole della Cassazione), ma compito dell'interprete non è quello di svuotare di significato la previsione normativa, bensì di attribuire alla norma il senso che può avere in base al suo tenore letterale e all'intenzione del legislatore (art. 12 delle preleggi).

Nell'art.3 comma 1 della legge Balduzzi il Parlamento Italiano, in sede di conversione del decreto e per perseguire le suddette finalità, ha voluto indubbiamente limitare la responsabilità degli esercenti una professione sanitaria ed alleggerire la loro posizione processuale anche attraverso il richiamo all'art. 2043 c.c. - escludendo la responsabilità penale nei casi di colpa lieve riconducibili al primo periodo, ma facendo salva anche in tali casi la responsabilità civile (da inadempimento nei casi in cui preesiste un contratto concluso dal medico con il paziente e da fatto illecito negli altri casi, come si dirà meglio in seguito) - mentre nel comma 3 del medesimo articolo ha poi introdotto un criterio

limitativo dell'entità del danno biologico risarcibile in tali casi al danneggiato (mediante il richiamo agli artt. 138 e 139 cod. ass.).
Sembra dunque corretto interpretare la norma nel senso che il legislatore ha inteso fornire all'interprete una precisa indicazione nel senso che, al di fuori dei casi in cui il paziente sia legato al professionista da un rapporto contrattuale, il criterio attributivo della responsabilità civile al medico (e agli altri esercenti una professione sanitaria) va individuato in quello della responsabilità da fatto illecito ex art. 2043 c.c., con tutto ciò che ne consegue sia in tema di riparto dell'onere della prova, sia di termine di prescrizione quinquennale del diritto al risarcimento del danno.
Così interpretato, l'art. 3 comma 1 della legge Balduzzi porta dunque inevitabilmente a dover rivedere l'orientamento giurisprudenziale pressoché unanime dal 1999 che riconduce in ogni caso la responsabilità del medico all'art. 1218 c.c., anche in mancanza di un contratto concluso dal professionista con il paziente.
Peraltro, si è segnalato che il superamento della teoria del "contatto sociale" (e della relativa disciplina giuridica che ne consegue in termini di responsabilità risarcitoria) in relazione al medico inserito in una struttura sanitaria e che non ha concluso nessun contratto con il paziente, non sembra comportare un'apprezzabile compressione delle possibilità per il danneggiato di ottenere il risarcimento dei danni derivati dalla lesione di un diritto fondamentale della persona (qual è quello alla salute): in considerazione sia del diverso regime giuridico (art. 1218 c.c.) applicabile alla responsabilità della struttura presso cui il medico opera, sia della prevedibile maggiore solvibilità della stessa, il danneggiato sarà infatti ragionevolmente portato a rivolgere in primo luogo la pretesa risarcitoria nei confronti della struttura sanitaria.
Ricondurre in tali casi la responsabilità del medico nell'alveo della responsabilità da fatto illecito *ex* art. 2043 c.c. dovrebbe altresì favorire la cd alleanza terapeutica fra medico e paziente, senza che (più o meno inconsciamente) venga inquinata da un sottinteso e strisciante "obbligo di risultato" al quale il medico non è normativamente tenuto (ma che, di fatto, la responsabilità *ex* art. 1218 c.c. da "contatto sociale" finisce a volte per attribuirgli, ponendo a suo carico l'obbligazione di risarcire il danno qualora non sia in grado di provare di avere ben adempiuto e che il danno derivi da una causa a lui non imputabile) e che è spesso alla base di scelte terapeutiche "difensive", pregiudizievoli per la collettività e talvolta anche per le stesse possibilità di guarigione del malato.
Né, come detto, la teoria del "contatto sociale" applicabile al medico (non legato al paziente da alcun rapporto contrattuale) sembra discendere come doveroso precipitato dalla legge 833/1978, che può al più costituire la fonte di un obbligo per le strutture sanitarie (pubbliche o private convenzionate) di erogare le prestazioni terapeutiche e assistenziali ai soggetti che si trovano nelle condizioni di aver diritto di usufruire del servizio pubblico. Che tali prestazioni vengano poi necessariamente rese attraverso il personale dipendente o comunque a vario titolo inserito nella struttura del S.S.N. non sembra affatto implicare (come inevitabile corollario) di dover ravvisare in capo a ciascun operatore sanitario una distinta ed autonoma obbligazione avente fonte legale e, quindi, di dover necessariamente ritenere responsabile *ex* art. 1218 c.c. l'esercente la professione sanitaria per i danni che derivano dal suo inadempimento.
La legge 833/1978 non consente di ravvisare un'obbligazione legale (*ex* art. 1173 c.c.) in capo al singolo medico "ospedaliero", il quale si trova normalmente ad eseguire la sua prestazione in virtù del solo rapporto giuridico che lo lega alla struttura sanitaria nella quale è inserito, come sembra aver avuto ben presente il legislatore del 2012 nel momento in cui, in relazione alla responsabilità risarcitoria dell'esercente una professione sanitaria, ha ritenuto di far richiamo all'obbligo di cui all'art. 2043 c.c.

2.4 Riepilogo del sistema di responsabilità civile in ambito sanitario dopo la "legge Balduzzi".
Sulla base del delineato ambito applicativo e della interpretazione dell'art. 3 comma 1 L. 189/2012 che si ritiene preferibile, l'articolato sistema della responsabilità civile in ambito sanitario sembra possa essere così sintetizzato:

- l'art. 3 comma 1 della legge Balduzzi non incide né sul regime di responsabilità civile della struttura sanitaria (pubblica o privata) né su quello del medico che ha concluso con il paziente un contratto d'opera professionale (anche se nell'ambito della cd attività libero professionale svolta dal medico dipendente pubblico): in tali casi sia la responsabilità della struttura sanitaria (contratto atipico di spedalità o di assistenza sanitaria) sia la responsabilità del medico (contratto d'opera professionale) derivano da inadempimento e sono disciplinate dall'art. 1218 c.c., ed è indifferente che il creditore/danneggiato agisca per ottenere il risarcimento del danno nei confronti della sola struttura, del solo medico o di entrambi;
- il richiamo nella norma suddetta all'obbligo di cui all'art. 2043 c.c. per l'esercente la professione sanitaria che non risponde penalmente (per essersi attenuto alle linee guida), ma la cui condotta evidenzia una colpa lieve, non ha nessun riflesso sulla responsabilità contrattuale della struttura sanitaria, che ha concluso un contratto atipico con il paziente (o, se si preferisce, è comunque tenuta ex lege ad adempiere determinate prestazioni perché inserita nel S.S.N.) ed è chiamata a rispondere *ex* art. 1218 c.c. dell'inadempimento riferibile direttamente alla struttura anche quando derivi dall'operato dei suoi dipendenti e/o degli ausiliari di cui si è avvalsa (art. 1228 c.c.);
- il tenore letterale dell'art. 3 comma 1 della legge Balduzzi e l'intenzione del legislatore conducono a ritenere che la responsabilità del medico (e quella degli altri esercenti professioni sanitarie) per condotte che non costituiscono inadempimento di un contratto d'opera (diverso dal contratto concluso con la struttura) venga ricondotta dal legislatore del 2012 alla responsabilità da fatto illecito *ex* art. 2043 c.c. e che, dunque, l'obbligazione risarcitoria del medico possa scaturire solo in presenza di tutti gli elementi costitutivi dell'illecito aquiliano (che il danneggiato ha l'onere di provare);
- in ogni caso l'alleggerimento della responsabilità (anche) civile del medico "ospedaliero", che deriva dall'applicazione del criterio di imputazione della responsabilità risarcitoria indicato dalla legge Balduzzi (art. 2043 c.c.), non ha alcuna incidenza sulla distinta responsabilità della struttura sanitaria pubblica o privata (sia essa parte del S.S.N. o una impresa privata non convenzionata), che è comunque di tipo "contrattuale" *ex* art. 1218 c.c. (sia che si ritenga che l'obbligo di adempiere le prestazioni per la struttura sanitaria derivi dalla legge istitutiva del S.S.N. sia che si preferisca far derivare tale obbligo dalla conclusione del contratto atipico di "spedalità" o "assistenza sanitaria" con la sola accettazione del paziente presso la struttura);
- se dunque il paziente/danneggiato agisce in giudizio nei confronti del solo medico con il quale è venuto in "contatto" presso una struttura sanitaria, senza allegare la conclusione di un contratto con il convenuto, la responsabilità risarcitoria del medico va affermata soltanto in presenza degli elementi costitutivi dell'illecito *ex* art. 2043 c.c. che l'attore ha l'onere di provare;
- se nel caso suddetto oltre al medico è convenuta dall'attore anche la struttura sanitaria presso la quale l'autore materiale del fatto illecito ha operato, la disciplina delle responsabilità andrà distinta (quella *ex* art. 2043 c.c. per il medico e quella *ex* art. 1218 c.c. per la struttura), con conseguente diverso atteggiarsi dell'onere probatorio e diverso termine di prescrizione del diritto al risarcimento; senza trascurare tuttavia che, essendo unico il "fatto dannoso" (seppur distinti i criteri di imputazione della responsabilità), qualora le domande risultino fondate nei confronti di entrambi i convenuti, essi saranno tenuti in solido al risarcimento del danno a norma dell'art. 2055 c.c. (cfr., fra le altre, Cass. 16/12/2005, n. 27713).

3. La responsabilità risarcitoria dei convenuti nel caso concreto.
Va premesso che pur avendo il CTU evidenziato profili di inadempimento dell'obbligo di acquisire dal paziente un consenso pieno ed informato, prima di procedere all'intervento chirurgico programmato, ciò risulta ininfluente ai fini della presente decisione.

L'attore non ha mai dedotto tale profilo di responsabilità dei convenuti - in particolare la lesione del suo diritto al cd consenso informato - prima del maturare della preclusione assertiva.
V, come detto senza allegare di aver concluso un contratto con il medico convenuto, deduce che nel corso dell'intervento chirurgico di tiroidectomia, al quale è stato sottoposto presso la clinica privata Policlinico di .. dall'equipe guidata dal dott. X, avrebbe subito la lesione delle corde vocali a causa dell'errata esecuzione dell'intervento e, sulla base di tale "inadempimento" (inesatto adempimento) che sostiene imputabile sia al medico che alla struttura sanitaria, chiede la condanna in solido di entrambi i convenuti a risarcire il danno alla salute e il danno morale derivati dall'errato intervento chirurgico.
Nessun rilievo assume che l'attore (che ha introdotto la causa prima della legge Balduzzi) abbia qualificato la sua azione come un'azione di responsabilità da inadempimento anche rispetto al medico convenuto, sulla base del "diritto vivente". Come noto, il giudice può infatti qualificare diversamente la domanda risarcitoria proposta dal danneggiato, purché restino inalterati i fatti dedotti dall'attore a sostegno della pretesa e che il giudice pone a fondamento della decisione (cfr. fra le altre, Cass.8/2/2007 n. 2746 e Cass.17/4/2013 n. 9240).
Ora, sulla base dei documenti prodotti dalle parti, delle risultanze della C.T.U. (relazione depositata il 28/12/2012) e di quanto allegato dall'attore e non contestato specificamente dai convenuti, risulta provato che: il 20/10/2008 V fu ricoverato presso la struttura sanitaria convenuta e il giorno stesso sottoposto ad intervento di tiroidectomia totale ("reso necessario per la presenza di un voluminoso struma adenoso cistico-emorragico"), eseguito da un'equipe chirurgica guidata dal convenuto X; che nel corso dell'intervento chirurgico l'attore subì "un insulto bilaterale dei nervi laringei ricorrenti che provocò la cospicua adduzione delle corde vocali con disfonia e riduzione dello spazio respiratorio tanto che dovette essere trasferito in unità di cura intensiva e successivamente trattato in reparto ORL mediante tracheotomia"; che durante l'intervento del 20/10/2008 "venne prodotto un danno chirurgico irreversibile a carico del nervo laringeo ricorrente destro (che nella descrizione dell'intervento non venne neppure identificato nel suo decorso) ed un danno transitorio a carico di quello sinistro (per quanto in descrizione di intervento apparentemente "visualizzato e conservato") che dopo un certo lasso di tempo (…) riprese la sua funzione"; che "tali danni hanno prodotto come esito una riduzione dello spazio respiratorio laringeo con conseguente dispnea da sforzo ed una disfonia di grado lieve per compenso della cv sinistra e delle false corde" (vd p.7 e 8 della relazione del CTU in atti).
Il materiale probatorio acquisito consente di affermare che nel caso concreto è ravvisabile la responsabilità risarcitoria sia del medico sia della struttura sanitaria.
In particolare, nella condotta del medico dott. X si ravvisano tutti gli elementi costitutivi del fatto illecito ex art. 2043 c.c., necessari come detto per l'affermazione della responsabilità civile del medico-chirurgo non legato nel caso concreto al paziente da un rapporto contrattuale.
Nella relazione depositata il CTU riferisce: che "l'intervento eseguito dal dott. X presso la struttura sanitaria convenuta è consistito in una tiroidectomia totale che in mani esperte non comporta solitamente problemi tecnici di speciale difficoltà" (p. 14 della relazione); che le linee guida raccomandavano per l'intervento in questione, fra l'altro, l'uso di "tecniche chirurgiche con dissezione accurata allo scopo di identificare precocemente il nervo", una "attenta conduzione dell'atto chirurgico nel modo più esangue possibile ed evitando ripetute manipolazioni", il "monitoraggio intraoperatorio dell'attività del nervo", il "controllo pre e post-operatorio della motilità cordale con conseguente valutazione otorinolaringoiatrica" (p. 8); che "nel caso de quo, nella descrizione dell'intervento non ci sono evidenze di isolamento dei nervi laringei ma si cita solo la preventiva legatura e sezione dei peduncoli vascolari e la sola visualizzazione del nervo laringeo ricorrente di sinistra e la sua conservazione peraltro non scevra da insulto (sofferenza temporanea) vista l'emergenza respiratoria post-intervento" (p. 9); che "nel caso specifico pur in presenza di campo operatorio limitrofo ad esiti di precedenti interventi non furono attuate metodiche al tempo disponibili per identificare e proteggere le strutture nervose causando un danno alle stesse che comportarono subito dopo l'intervento la gestione di una urgenza respiratoria da

parte della unità di crisi intensiva e successivamente un danno irreversibile al nervo laringeo destro con conseguenze sulla funzione fonatoria e respiratoria della laringe" (p. 14).
Pienamente condivisibile in siffatta situazione risulta la logica conclusione cui perviene l'ausiliare - all'esito dell'attento e completo esame della documentazione disponibile e degli approfonditi accertamenti compiuti – secondo il quale, nel "mancato isolamento del nervo laringeo destro durante la procedura chirurgica con conseguente impossibilità di procedere al monitoraggio intraoperatorio dell'attività dello stesso nervo di destra e di quello contro laterale che, visualizzato, riportò una sofferenza solo temporanea", sono ravvisabili elementi di responsabilità professionale del chirurgo.
Le conclusioni del CTU non sono smentite dalle osservazioni critiche dei consulenti di parte, in ampia misura apodittiche, non suffragate da concreti elementi di prova né sorrette da convincenti argomentazioni scientifiche.
Risulta evidente nel caso concreto il colpevole mancato rispetto delle linee guida da parte dei sanitari, in particolare del chirurgo convenuto che guidava l'equipe medica.
Il riscontrato danno alle strutture nervose subito da V è etiologicamente riconducibile alla condotta colposa del convenuto - che si caratterizza sia per imperizia sia per negligenza – e non costituisce affatto una complicanza prevedibile ma non evitabile nel caso concreto come dedotto dalla difesa convenuta. Risulta infatti altamente probabile che il danno alla salute riscontrato dall'ausiliare sia stato causato da errate manovre poste in atto nel corso dell'intervento di tiroidectomia, eseguito in spregio alle linee guida e alle buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica dell'epoca, e non vi sono elementi per poter ritenere che, con apprezzabile grado di probabilità, il danno iatrogeno subito dall'attore si sarebbe verificato anche qualora gli operatori si fossero attenuti (come avrebbero dovuto) alle linee guida indicate dal CTU.
Oltre al medico convenuto, parimenti responsabile del danno subito dall'attore è la struttura sanitaria, la quale come ricordato sopra era direttamente obbligata ad adempiere tutte le prestazioni dovute in base al "contratto di spedalità" concluso con il paziente.
Si è detto che la responsabilità della struttura per i danni che si verificano in ambito sanitario è una responsabilità che scaturisce dall'inadempimento e/o dall'inesatto adempimento di una delle varie prestazioni (non necessariamente di quella principale come nel caso di specie) che è direttamente obbligata ad eseguire in base al contratto atipico concluso con il paziente - o in base alla legge se si preferisce aderire alla tesi della fonte legale dell'obbligazione – e non una responsabilità per fatto altrui. Ai fini della diretta riferibilità ex artt. 1218-1228 c.c. delle conseguenze risarcitorie dell'illecito non assume particolare rilevo che il contraente/debitore (solitamente un ente collettivo, pubblico o privato) nell'adempimento delle sue obbligazioni si avvale – deve avvalersi per l'esecuzione delle prestazioni strettamente sanitarie di particolari figure professionali abilitate (le sole che possono eseguire tali prestazioni) – necessariamente di propri dipendenti o di collaboratori esterni. Ne deriva che la struttura sanitaria per essere esonerata dalla responsabilità risarcitoria verso il paziente non può utilmente invocare la condotta illecita del proprio dipendente o collaboratore – individuato come responsabile (corresponsabile) dalla stessa struttura o direttamente dal danneggiato – ma è tenuta a fornire nel processo la prova positiva che le conseguenze dannose di tale condotta non le sono imputabili a titolo di inadempimento delle obbligazioni oggetto del contratto di spedalità.
Nel caso di specie non solo la struttura sanitaria non ha neppure tentato di provare di aver compiutamente adempiuto le sue obbligazioni, ma vi è la prova in atti dell'inesatto adempimento della prestazione principale ed è quindi tenuta ex artt. 1218-1228 c.c. a risarcire integralmente i danni derivati dall'operato dei propri dipendenti e collaboratori (fra i quali il dott. X) di cui si è avvalsa.

4. I danni subiti dall'attore.
4.1 Il danno non patrimoniale.

Dall'illecito descritto, avvenuto il 20/10/2008, l'attore V (nato il …1956) ha riportato "un danno chirurgico irreversibile a carico del nervo laringeo ricorrente destro (…) ed un danno transitorio a carico di quello sinistro (…) che hanno prodotto come esito una riduzione dello spazio respiratorio laringeo con conseguente dispnea da sforzo ed una disfonia di grado lieve per compenso della cv sinistra e delle false corde" .
Secondo il condiviso responso del C.T.U., ciò ha comportato per il danneggiato una maggior durata della malattia – rispetto a quella che un paziente con analoga patologia e nelle medesime condizioni soggettive avrebbe comunque sopportato – con temporanea totale inabilità alle ordinarie occupazioni per 30 giorni e parziale per ulteriori 60 giorni (20 giorni al 75%, 20 giorni al 50% e 20 giorni al 25%); inoltre, i postumi residuati concretizzano un danno all'integrità psico-fisica dell'attore di natura esclusivamente iatrogena pari all'11 % (vd p. 10 della relazione in atti).
Pur ritenendosi che il criterio legale previsto dall'art. 3 co. 3 della legge Balduzzi - ove come detto si fa espresso richiamo alle tabelle degli artt. 138 e 139 del cod. ass. per la liquidazione del danno biologico conseguente alla responsabilità professionale dell'esercente una professione sanitaria - trova applicazione anche in relazione ai fatti dannosi verificatisi prima dell'entrata in vigore di tale legge (come già affermato in altre pronunce di questo tribunale alle quali si rinvia), la mancata adozione della tabella prevista dall'art. 138 per le cd macropermanenti (menomazioni dell'integrità psico-fisica comprese tra 10 e 100 punti) rende impossibile procedere nel caso concreto alla liquidazione del danno secondo il criterio legale (allo stato applicabile solo alle cd micropermanenti previste nella tabella adottata ex art. 139).
Occorre pertanto fare ancora applicazione nel caso di specie delle note tabelle elaborate da questo tribunale, comunemente adottate per la liquidazione equitativa ex artt. 1226-2056 c.c. del danno non patrimoniale derivante dalla lesione dell'integrità psico/fisica e che, come detto, rappresentano un criterio di liquidazione condiviso dalla Suprema Corte, la quale l'ha ritenuto applicabile sull'intero territorio nazionale in assenza di un diverso criterio legale per la liquidazione del danno alla persona (vd Cass. 7/6/2011 n. 12408).
A fronte delle riferite conclusioni del CTU, sulla base delle richiamate tabelle giurisprudenziali di liquidazione equitativa del danno alla persona il pregiudizio da temporanea può quantificarsi in moneta attuale in complessivi euro 5.900,00, mentre quello permanente - tenuto conto dell'età (52 anni) del danneggiato all'epoca dei fatti e dell'entità del gradiente invalidante riscontrato dal CTU (11%) – può essere monetizzato all'attualità in complessivi euro 23.715,00.
Il danno alla salute sopra indicato non esaurisce tuttavia nel caso concreto l'intero danno non patrimoniale risarcibile al danneggiato.
Si ritiene infatti che taluni apprezzabili aspetti (o voci) che vengono in rilievo e che da tempo sono solitamente ricondotti dalla giurisprudenza prevalente nella unitaria categoria generale del danno non patrimoniale (art. 2059 c.c.), non risulterebbero adeguatamente risarciti con la sola applicazione dei predetti valori monetari della tabella.
Per l'integrale risarcimento del danno non patrimoniale sofferto dall'attore è infatti necessario procedere ad una adeguata "personalizzazione", avendo riguardo a quei profili riconducibili alla sofferenza soggettiva, ai pregiudizi alla vita di relazione e ai riflessi negativi sulle abitudini di vita che possono ritenersi sussistenti in relazione alle conseguenze dell'errato intervento chirurgico. Il danneggiato è stato sottoposto a un periodo di terapia intensiva (necessitata dall'insorta insufficienza respiratoria), poi ha dovuto subire una tracheotomia (temporanea) e in seguito - a causa della disfonia e della ridotta capacità respiratoria che sono residuate dall'errata prestazione sanitaria - si è visto costretto ad una quotidiana difficoltà nella vita di relazione e a dover rinunciare a svolgere pienamente anche talune comuni attività che caratterizzano la vita di un soggetto della sua età (come evidenziato dalla difesa attrice e non specificamente contestato dai convenuti).
Alla luce di tali considerazioni e per addivenire ad un integrale risarcimento che tenga conto dei vari aspetti che concorrono nella individuazione del composito danno di cui si discute - senza discostarsi dall'orientamento della giurisprudenza di legittimità, che richiama ad una liquidazione unitaria del danno alla persona onde evitare inammissibili duplicazioni di poste risarcitorie (fra le

altre, Cass. Sez. Un. 11/11/2008 n. 26972; Cass.20/11/2012 n. 20292 e Cass.23/1/2014 n. 1361) - si ritiene di "personalizzare" il danno subito dall'attore aumentando la somma suddetta risultante dall'applicazione delle tabelle (euro 29.615,00) fino ad euro 38.000,00, che costituisce quindi il complessivo danno non patrimoniale risarcibile liquidato al valore attuale dalla moneta.

4.2 Il danno patrimoniale.
L'attore non deduce di aver subito danni patrimoniali diversi ed ulteriori rispetto a quello che invoca per il mancato tempestivo risarcimento del danno non patrimoniale.
Il danneggiato chiede che tale voce di danno (patrimoniale) gli venga risarcita attraverso la rivalutazione monetaria di quanto liquidato a titolo di danno non patrimoniale e attraverso il riconoscimento degli interessi legali su tale importo (rivalutato) con decorrenza dall'illecito.

4.3 Il lucro cessante per il ritardato risarcimento del danno.
L'intero danno non patrimoniale è stato liquidato equitativamente - sulla base della richiamata tabella di liquidazione del danno alla persona - ai valori attuali della moneta e non deve quindi farsi luogo alla sua rivalutazione.
Inoltre, alla luce dell'insegnamento delle Sezioni Unite della Cassazione (risalente alla sentenza del 17/2/1995 n. 1712), vertendosi in tema di debito di valore non sono dovuti al danneggiato sul credito risarcitorio suddetto gli interessi legali con decorrenza dall'illecito.
Si ritiene tuttavia, in considerazione del lungo lasso di tempo trascorso dall'illecito (6 anni) e delle caratteristiche del danneggiato, che vada riconosciuta all'attore un'ulteriore somma a titolo di lucro cessante provocato dal mancato tempestivo risarcimento del danno da parte dei responsabili - e conseguentemente dalla mancata disponibilità dell'equivalente pecuniario spettante al danneggiato - potendo ragionevolmente presumersi che il creditore, ove avesse avuto la tempestiva disponibilità della somma, l'avrebbe impiegata in modo fruttifero.
Ai fini della liquidazione necessariamente equitativa di tale ulteriore voce di danno patrimoniale, non si ritiene di far ricorso al criterio – sovente applicato dalla giurisprudenza - degli interessi legali al saggio variabile in ragione di anno (determinato ex art. 1284 c.c.) da calcolarsi sull'importo già riconosciuto, dapprima "devalutato" fino all'illecito e poi "rivalutato" annualmente con l'aggiunta degli interessi, ovvero sul capitale "medio" rivalutato.
Si ritiene preferibile, perché più rispondente alla finalità perseguita e scevro da possibili equivoci che possono derivare dall'applicazione ai debiti di valore di istituti previsti dall'ordinamento per i debiti di valuta, adottare per la liquidazione equitativa del lucro cessante in questione un aumento percentuale nella misura risultante dalla moltiplicazione di un valore base medio del 3% - corrispondente all'incirca al rendimento medio dei Titoli di Stato negli anni compresi nel periodo che viene in rilievo – con il numero di anni in cui si è protratto il ritardo nel risarcimento per equivalente. Tale criterio equitativo sembra meglio evitare, da un lato, di far ricadere sul creditore/danneggiato le conseguenze negative del tempo occorrente per addivenire ad una liquidazione giudiziale del danno e, dall'altro, più idoneo a prevenire il rischio che il debitore/danneggiante (la cui obbligazione di risarcire per equivalente il danno diventa attuale dal momento in cui esso si verifica), anziché procedere ad una tempestiva riparazione della sfera giuridica altrui lesa, sia tentato di avvantaggiarsi ingiustamente della non liquidità del debito risarcitorio e della potenziale redditività della somma di denaro dovuta (che resta nella sua disponibilità fino alla liquidazione giudiziale del danno).
Nel caso di specie, considerato il tempo trascorso da quando il danno subito dall'attore si è pienamente verificato (2008) l'importo in questione viene dunque equitativamente liquidato attraverso una maggiorazione del 18% dell'intero danno suddetto (già rivalutato) e risulta pari ad euro 6.840,00.

4.4 Il complessivo danno risarcibile e la condanna solidale dei responsabili.

Dalla somma delle voci di danno sopra liquidate si ottiene quindi un credito complessivo del danneggiato pari ad euro 44.840,00 (euro 38.000 + euro 6.840).
Su tale somma, corrispondente all'intero danno risarcibile liquidato al creditore/danneggiato, sono altresì dovuti dai responsabili gli interessi al tasso legale sino al saldo, con decorrenza dalla data della presente pronuncia coincidente con la trasformazione del debito di valore in debito di valuta.
I convenuti vanno pertanto condannati in solido ex art. 2055 c.c. a pagare all'attore a titolo di risarcimento del danno la somma complessiva di euro 44.840,00 oltre interessi legali dalla presente sentenza al saldo.

5. La domanda di manleva della struttura sanitaria contro il medico.
Come detto, sin dalla comparsa costitutiva tempestivamente depositata il Policlinico di .. s.p.a. ha chiesto in via subordinata (per il caso in cui la domanda dell'attore fosse risultata fondata) la condanna del medico convenuto (dott. X) a manlevare e tenere indenne la struttura sanitaria dalle conseguenze della soccombenza.
A fondamento di tale domanda la società convenuta invoca il "contratto di collaborazione libero professionale" sottoscritto dalle parti (doc. 2).
Non si tratta pertanto di un'azione di regresso ex art. 2055 c.c., dal momento che il diritto azionato dalla struttura sanitaria non deriva dalla legge ma ha fonte (negoziale) nel contratto concluso dalle parti.
Nella clausola 10 del contratto in questione, "*il medico dichiara sin d'ora di manlevare e tenere indenne il Policlinico di .. da ogni conseguenza pregiudizievole che si riferisca ad ogni domanda promossa nei suoi confronti e nei confronti del Policlinico (...) dai pazienti suoi personali o da pazienti di Policlinico di .. che siano stati da lui assistiti (...) in conseguenza dell'attività da lui svolta presso la Casa di Cura*" (punto 1 della clausola), con l'ulteriore specificazione che la suddetta "*(...)manleva è formulata sia con riferimento ai casi di eventuale responsabilità per colpa grave o dolo (...) sia ai casi di responsabilità per scarsa diligenza (...) e comunque in ogni caso in cui venga accertata giudizialmente la responsabilità professionale del medico*" (clausola 10.2).
Non vi è dubbio che nel suddetto "patto di manleva" (che prevedeva anche l'obbligo del dott. X di avere una copertura assicurativa, fino ad un determinato massimale, a garanzia dei rischi derivanti dalla sua attività professionale e ad esibire alla struttura sanitaria la polizza, alla quale era condizionata la validità e l'efficacia del contratto di collaborazione fra le parti) il medico convenuto si è obbligato a tenere indenne la struttura sanitaria dalle pretese risarcitorie relative ai danni subiti dai pazienti in conseguenza dell'attività medico-chirurgica svolta dal professionista all'interno della casa di cura privata (sia in relazione ai pazienti personali del medico sia ai pazienti della casa di cura come l'odierno attore).
Nel processo il medico convenuto non contesta l'esistenza di un interesse meritevole di tutela alla conclusione di siffatto accordo e non solleva eccezioni in merito alla validità e all'efficacia della clausola contrattuale che contiene l'atipico patto di manleva (vd al riguardo Cass. 30/5/2013 n.13613; Cass. 2/3/1998 n. 2365 e Cass. 8/3/1980 n. 1543) – che in sostanza finisce per scaricare sul professionista il rischio di impresa della clinica per i danni conseguenza delle prestazioni sanitarie eseguite dal dott. X all'interno della struttura - e non si ravvisano profili di invalidità rilevabili d'ufficio che possano indurre a ritenere inefficace il suddetto accordo frutto dell'autonomia negoziale delle parti.
In accoglimento della domanda di manleva, il medico convenuto va pertanto condannato a restituire alla Policlinico di … s.p.a. l'importo complessivo che tale parte in base alla presente sentenza fosse costretta a pagare all'attore in relazione alla pretesa risarcitoria oggetto di causa.

6. La domanda di garanzia del medico contro l'assicuratore.
Infine, va altresì accolta la domanda di garanzia avanzata dal medico nei confronti del proprio assicuratore (convenuto) nella citazione introduttiva della causa riunita (R.G. ../2011).

E' incontroversa la validità e l'efficacia della polizza (n….) per la responsabilità professionale sottoscritta da X con la … Assicurazioni s.p.a.: tant'è che sin dalla comparsa costitutiva la compagnia assicuratrice ha concluso dichiarandosi pronta a "tenere indenne" il medico proprio assicurato da quanto fosse eventualmente tenuto a pagare all'esito del giudizio promosso nei suoi confronti da V.
Va pertanto condannata la .. Assicurazioni s.p.a. a tenere indenne il proprio assicurato X dalla soccombenza e, quindi, a rimborsare al medico convenuto quanto da tale parte dovuto alle controparti sulla base della presente sentenza anche a titolo di spese di lite (cfr. Cass. 20/11/2012 n. 20322 e Cass. 31/5/2012 n. 8686).

7. Le spese di lite.
In applicazione del principio della soccombenza (art. 91 c.p.c.) ed in relazione alla causa R.G…/2010, i convenuti X e Policlinico di .. s.p.a. vanno condannati, in solido, a rifondere all'attore le spese di lite, liquidate come in dispositivo in base allo scaglione in cui è compreso il credito risarcitorio riconosciuto al danneggiato e comprensive degli oneri di CTU anticipati dalla parte vittoriosa.
Il convenuto X, soccombente sulla domanda di manleva, va invece condannato a rifondere le spese di lite in favore di Policlinico di … s.p.a., liquidate come in dispositivo sulla base del medesimo criterio suddetto.
Infine, sempre in base alla soccombenza l'assicuratore convenuto nella causa riunita (R.G…./2011) è tenuto a rifondere le spese di lite in favore di X anch'esse liquidate con lo stesso criterio come in dispositivo.

P.Q.M.

Il Tribunale di Milano, definitivamente pronunciando … così provvede:

1. in accoglimento della domanda di risarcimento danni avanzata dall'attore, condanna X e Policlinico di … s.p.a., in solido, a pagare a Vla somma complessiva di euro 44.840,00 oltre interessi al tasso legale dalla presente sentenza al saldo;
2. in accoglimento della domanda di manleva avanzata dalla struttura sanitaria convenuta, condanna X a restituire a Policlinico di … s.p.a. la somma complessiva che tale parte fosse costretta a pagare all'attore V sulla base del capo 1 della presente sentenza, oltre interessi legali dalla data del pagamento al saldo;
3. in accoglimento della domanda di garanzia avanzata da X, condanna … Assicurazioni s.p.a. a tenere indenne il predetto assicurato da ogni conseguenza patrimoniale derivante nei suoi confronti dalla presente sentenza;
4. condanna X e Policlinico di .. s.p.a., in solido, a rifondere all'attore V le spese di lite liquidate in complessivi euro 9.080,00, di cui euro 2.380,00 per esborsi (compresi oneri di CTU) ed euro 6.700,00 per compensi, oltre oneri accessori come per legge;
5. condanna X a rifondere a Policlinico di … s.p.a. le spese di lite liquidate in complessivi euro 6.779,75, di cui euro 79,75 per esborsi ed euro 6.700,00 per compensi, oltre oneri accessori come per legge;
6. condanna … Assicurazioni s.p.a. a rifondere a X le spese di lite liquidate in complessivi euro 7.258,00, di cui euro 558,00 per esborsi ed euro 6.700,00 per compensi, oltre oneri accessori come per legge.

Così deciso in Milano il 17/7/2014.

Il Giudice
Patrizio Gattari

COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

SEGRETERIA NAZIONALE

MARIO SELLINI
SEGRETARIO GENERALE
Tel. 0968/76244 - 348/4112553
e.mail: mariosellini@gmail.com

VITO TUMMINO
Tesoriere
Tel. 031/523327 - 348/4112554
e.mail: vitummino@gmail.com

RINALDO PERINI
Tel. 06/8860828 - 348/3701599
e.mail: perini_aupi@yahoo.it

CHIARA GUELLA
333/4419094
e.mail: chiara.guella@apss.tn.it

NATALIO FLARA'
Tel. 085/8020305 - 348/4112558
e.mail: flara@tin.it

ELISABETTA CORTI
334/6783363
e.mail: betta.corti@virgilio.it

DOMENICO PUTZOLU
Tel. 0783/290326
e.mail: narbo.domenico@gmail.com

CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

MEMBRI

ACETO CLAUDIA	0141/487651
ALBIERO DAVIDE	0445/313811
ARCICASA ANGELO	335/5995602
BALDASSARRE GIROLAMO	0874/823714
BELLANCA RITA	349/3323542
BERNARDINI ENRICO	0746/483073
BINI LAURA	339/5324246
CALLONI GIOVANNI	329/7509118
CALVANI ROBERTO	0432/553571
CANNIZZARO CATERINA	393/2050574
CARSANA ANTONELLA	329/2185930
CARTISANO ORLANDO	0963/591650
CASSELLA SERGIO	349/8823605
CASULA SEVERINO	388/6154491
CERIONI ANNA GRAZIA	0721/882849
CIRACÌ CARMELO	340/9383794
COLOMBARI MANUELA	051/6838432
CONTARDI M.CLEOFE	0721/739722
CORDARO ENZO	06/65104301
CORTI M. ELISABETTA	0341/482387
D'ANGELO ANNA	0885/781776
D'ANGELIS ERMENEGILDO	0824/313790
DE LUCA VERA	039/2717478
DE PASQUALE AMELIA	339/2753414
DI GIAMMARCO GILDA	0861/591737
D'IMPORZANO AGOSTINO	349/8339603
DORDONI GIORDANA	338/7404609
FLARA' NATALIO	0861/8020305
FRATI FULVIO	349/0775079
GAETA NICOLA	0883/483439
GARAU TULLIO	347/5278967
GATTI RITA	339/3844751
GENTILE SALVATORE	0835/986450
GIAMBUZZI ROBERTO	085/9173275
GIOSSI PAOLA	031/370243
GUELLA CHIARA	333/4419094
INFURCHIA GIUSEPPE	0922/733580
INNEO GIUSEPPE	338/4678461
LAZZARI DAVID	0744/423871
LIO SONIA	335/6677205
LETTINI GIANFRANCO	0972/39239
LOMBARDO ARMODIO	338/1429311
LUCCHI ADELE	0547/302689
MANGIFESTA ANNA	333/4690308
MANNA PAOLA	347/3677796
MARENCO GIANCARLO	0141/392729
MARTIN MARIA ROSA	347/2592282
MEGNA FRANCESCO	0962/924262
MERCURI EUGENIO	0968/25331
MERLINI FRANCO	02/58013132
MICOZZI MAURIZIO	0734/965752
MIGLIO VIRGINIA	347/3173998
NARDO GIAMPIETRO	348/9335893
NOVAGA ANNA ROSA	0541/698772
NOVELLI STEFANO	0385/582902
PAINI GIANCARLA	347/2211654
PALMA G. LUIGI	0836/554819
PALMIERI GIOVANNI	0835/253952
PASCALI FERRUCCIO	340/4073885
PAZZAGLIA ANTONELLA	0733/900316
PEIS RINALDO	347/2727886
PERINI RINALDO	0774/357209
POLI GIACOMO	0376/919155
PUTZOLU DOMENICO	0783/290326
RASSU MARIA ROSA	079/9959809
RICCIO DOMENICO	339/4864048
RIPPA ARTURO	329/6505673
ROSSINI MARIO	335/5995603
RUBINO VINCENZO	349/7923121
SALINO PAOLA	349/5624609
SALTARINI DORIS	335/6301874
SANTORO LUCIA	347/5737814
SARTORELLI MARIA CHIARA	347/5142566
SCACCIONI RAFFAELLA	0161/250097
SCARDILLI SALVO	095/894367
SELLINI MARIO	0968/76244
SERRA LETIZIA	0131/443370
SOLARI SILVANO	328/1243818
SOPPELSA ALESSIO	0471/907470
SPITALE GIUSEPPE	0931/582458
TADDEI BRUNO	051/6224285
TAGLIAMONTE MARIA	338/2137311
TRIGLIA ANGELO L.	328/6231685
TRISTAINO FRANCESCO	0984/73392
TUMMINO VITO	031/523327
TURCO LUIGI	338/7752577
ZAVAGLIA SALVATORE	328/4188758

PROBIVIRI

ACETO CLAUDIA	0141/487651	cla.aceto@gmail.com
ABAZIA LEONARDO	335/7406044	leonardoabazia@libero.it
GHIANI MARIA CARMEN	338/3700477	mariacarmen.ghiani@tin.it
MANIGLIA RAFFAELE	0832/661083	raffaelemaniglia@gmail.com
TIENGO GIOVANBATTISTA	335/6082191	giovanbattistatiengo@gmail.com

REVISORI DEI CONTI

ARCICASA ANGELO	335/5995602	arcicasa@gmail.com
CAMPOLO FORTUNATO	0964/20494	fortunatocampolo@virgilio.it
CHIAVARO CLAUDIO	0874/409389	cchiavaro@libero.it
MENGHINI GIACOMO	06/98340888	giacomomenghini@libero.it
POLI GIACOMO	0376/919155	giacomopoli53@tiscali.it

CONFERENZA DELLE REGIONI

MARENCO GIANCARLO
SEGRETARIO REGIONALE PIEMONTE
Tel. 0141/487651
giancarlomarenco@tin.it

SALINO PAOLA
SEGRETARIO REGIONALE VAL D'AOSTA
Tel. 349/5624609
salino.p@tiscali.it

ZAVAGLIA SALVATORE
SEGRETARIO REGIONALE LOMBARDIA
Tel. 328/4188758
szavaglia@tin.it

SOPPELSA ALESSIO
SEGRETARIO PROVINCIALE BOLZANO
alessio.soppelsa@asbz.it

GUELLA CHIARA
SEGRETARIO PROVINCIALE TRENTO
Tel. 333/4419094
chiara.guella@apss.tn.it

ARCICASA ANGELO
SEGRETARIO REGIONALE FRIULI
Tel. 335/5995602
arcicasa@tiscali.it

NARDO GIAMPIETRO
SEGRETARIO REGIONALE VENETO
Tel. 348/9335893
giampietronardo@interfree.it

SOLARI SILVANO
SEGRETARIO REGIONALE LIGURIA
Tel. 328/1243818
silvanus49@gmail.com

TADDEI BRUNO
SEGRETARIO REGIONALE EMILIA ROMAGNA
Tel. 051/6224285
b.taddei@ausl.bologna.it

CERIONI ANNA GRAZIA
SEGRETARIO REGIONALE MARCHE
Tel. 0721/882849
annagrazia.cerioni@gmail.com

SANTORO LUCIA
SEGRETARIO REGIONALE TOSCANA
Tel. 347/5737814
firsir@teletu.it

LAZZARI DAVID
SEGRETARIO REGIONALE UMBRIA
Tel. 0744/423871
lazzarid@aospterni.it

INNEO GIUSEPPE
SEGRETARIO REGIONALE LAZIO
Tel. 338/4678461
giuseppe.inneo@fastwebnet.it

BALDASSARRE GIROLAMO
SEGRETARIO REGIONALE MOLISE
Tel. 0874/823714
girolamo.baldassarre@tin.it

RIPPA ARTURO
SEGRETARIO REGIONALE CAMPANIA
Tel. 329/6505673
arturo.rippa@fastwebnet.it

PALMA GIUSEPPE LUIGI
SEGRETARIO REGIONALE PUGLIA
Tel. 348/7719657
xkpal@tin.it

GENTILE SALVATORE
SEGRETARIO REGIONALE BASILICATA
Tel. 0835/986450
salvatoregentile4@virgilio.it

LOMBARDO ARMODIO
SEGRETARIO REGIONALE CALABRIA
Tel. 338/1429311
armlomba@tin.it

SCARDILLI SALVATORE
SEGRETARIO REGIONALE SICILIA
Tel. 095/320955
salvo_scardilli@virgilio.it

PUTZOLU DOMENICO
SEGRETARIO REGIONALE SARDEGNA
Tel. 0783/290326
narbo.domenico@gmail.com

COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

PIEMONTE

	Segretario Regionale	
	MARENCO Giancarlo	0141/487651
	Segretari Provinciali	
AL	SERRA Letizia	0131/443370
AT	ACETO Claudia	0141/487651
CN	DI VITA Miriam	338/5700322
NO	PROTTI Antonella	333/2026402
VC	SCACCIONI Raffaella	0161/250097
BI	ACQUADRO Loredana	015 /9899853
VB	LIO Sonia	335/6677205
TO	PERETTI Paolo	335/6127875

VAL D'AOSTA

	Segretario Regionale	
AO	SALINO Paola	349/5624609

LOMBARDIA

	Segretario Regionale	
	ZAVAGLIA Salvatore	328/4188758
	Segretari Provinciali	
MI città	MERLINI Franco	02/58013132
MI Nord	DE LUCA Vera	039/2717478
MI Sud	CALLONI Giovanni	329/7509118
BG	RUBINO Vincenzo	349/7923121
BS	CARSANA Gabriella	329/2185930
CO	GIOSSI Paola	031/370243
LC	CORTI M. Elisabetta	0341/482387
LO	CANNIZZARO Caterina	393/2050574
CR	POLI Giacomo	0376/919155
MN	BINI Laura	339/5324246
PV	NOVELLI Stefano	0385/582902
SO	GIANATTI Daniela	328/2865763
VA	ROSSINI Mario	335/5995603
LP/CO	PAINI Giancarla	347/2211654
LP/CO	SALTARINI Doris	335/6301874

PROV. BOLZANO

BZ	SOPPELSA Alessio	0471/907470

PROV. TRENTO

TN	GUELLA Chiara	333/4419094

VENETO

	Segretario Regionale	
	NARDO Giampietro	348/9335893
	Segretari Provinciali	
BL	TURCO Luigi	338/7752577
TV	CASSELLA Sergio	349/8823605
VR	BRONZATO Gigliola	348/5118270
VI	ALBIERO Davide	0445/313811
PD	BONAMICI Marco	349/2410485
RO	POZZATO Patrizia	347/8172010
VE	SERRA Emilia	347/6443810

FRIULI

	Segretario Regionale	
	ARCICASA Angelo	335/5995602
	Segretari Provinciali	
UD	CALVANI Roberto	0432/553571
PN	MASCI Silvia	0434/553631

LIGURIA

	Segretario Regionale	
	SOLARI Silvano	328/1243818
	Segretari Provinciali	
GE	SOLARI Silvano	328/1243818
IM	PRIVITERA Angela	347/4251121
SP	D'IMPORZANO Agostino	349/8339603
SV	MARTIN Rosa Maria	347/2592282

EMILIA ROMAGNA

	Segretario Regionale	
	TADDEI Bruno	051/6224285
	Segretari Provinciali	
FE	COLOMBARI Manuela	051/6838432
MO	SGARBI Cinzia	347/2738044
FO	LUCCHI Adele	0547/302689
PC	DORDONI Giordana	338/7404609
RA	MACCOLINI Diana	0544/213421
RE	BENEDETTI Annalisa	0522/850418
PR	FRATI Fulvio	349/0775079
BO	TADDEI Bruno	051/6224285
RI	NOVAGA Annarosa	0541/698772

MARCHE

	Segretario Regionale	
	CERIONI Anna Grazia	0721/882849
	Segretari Provinciali	
AN	GATTI Rita	339/3844751
AP	ALESSANDRONI Vinicio	0736/844413
PS	CONTARDI M. Cleofe	0721/739722
MC	PAZZAGLIA Antonella	0733/900316
FM	MICOZZI Maurizio	348/2630003

TOSCANA

	Segretario Regionale	
	SANTORO Lucia	347/5737814
	Segretari Provinciali	
AR	FARNETANI Edi	0575/658158
GR	PETRUZZIELLO M. Grazia	328/8250551
FI	SANTORO Lucia	347/5737814
LI	ARTICO Nicola	0586/614258
LU	TOCCHINI Stefania	0583/700132
PT/PI	TIMPANO Marco	0587/273378
SI	MANNA Paola	347/3677796

PO	DEGLI INNOCENTI Dario	0574/21135
MS	TIMPANO Marco	0587/273378

UMBRIA

	Segretario Regionale	
	LAZZARI David	0744/205332
	Segretari Provinciali	
PG	ANGELUCCI Paola	347/3360618
TR	BELLANCA Rita	349/3323542

LAZIO

	Segretario Regionale	
	INNEO Giuseppe	338/4678461
	Segretari Provinciali	
RM Nord	CORDARO Enzo	06/65104301
RM Centro	GASPA Piero	335/8281510
RM Sud-Est	INNEO Giuseppe	338/4678461
FR	MACIOCIA Lucio	338/5674638
LT	SANAPO Aldo	338/2687293
RI	BERNARDINI Enrico	0746/278927
VT	CAVASINO Sergio	0761/339232

ABRUZZO

	Segretari Provinciali	
CH	GIAMBUZZI Roberto	085/9173275
TE	DI GIAMMARCO Gilda	338/9078463
PE	SARTORELLI M. Chiara	347/5142566

MOLISE

	Segretario Regionale	
	BALDASSARRE G.	0874/823714
	Segretari Provinciali	
IS	DE PASQUALE Amelia	339/2753414
CB	MANGIFESTA Anna	333/4690308

CAMPANIA

	Segretario Regionale	
	RIPPA Arturo	329/6505673
	Segretari Provinciali	
NA	ZULLO Claudio	081/2546455
AV	SEMENTA Stefania	328/4134609
BN	D'ANGELIS E.	0824/313790
CE	RICCIO Domenico	339/4864048
SA	TAGLIAMONTE Maria	338/2137311

PUGLIA

	Segretario Regionale	
	PALMA Giuseppe	348/7719657
	Segretari Provinciali	
BA	MIGLIO Virginia	347/3173998
BR	CIRACÌ Carmelo	340/9383794
FG	D'ANGELO Anna	0885/781776
LE	PASCALI Ferruccio	340/4073885
TA	PICCINNI Anna	392/0924688
BT	GAETA Nicola	0883483439

BASILICATA

	Segretario Regionale	
	GENTILE Salvatore	0835/986450
	Segretari Provinciali	
PZ	LETTINI Gianfranco	0972/39239
MT	PALMIERI Giovanni	0835/253952

CALABRIA

	Segretario Regionale	
	LOMBARDO Armodio	338/1429311
	Segretari Provinciali	
RC	TRIGLIA A. Luigi	328/6231685
CZ	MERCURI Eugenio	0968/25331
CS	TRISTAINO Francesco	0984/464048
KR	MEGNA Francesco	0962/962568
VV	CARTISANO Orlando	0963/591650

SICILIA

	Segretario Regionale	
	SALVO Scardilli	095/320955
	Segretari Provinciali	
AG	INFURCHIA Giuseppe	0922/832757
CL	SAMMARTINO Giuseppina	333/5942289
CT	SCARDILLI Salvo	095/320955
EN	CASTROGIOVANNI Filippo	0935/697061
ME	PIROMALLI Carlo	090/2224925
RG	GUASTELLA Salvatore	335/5713051
SR	SPITALE Giuseppe	0931/582458
TP	NOCERA Giacomo	0923/472259
PA	MUSCATO Rino	335/6944998

SARDEGNA

	Segretario Regionale	
	PUTZOLU Domenico	0783/290326
	Segretari Provinciali	
CA	GARAU Tullio	347/5278967
NU	CASULA Severino	388/6154491
OR	PEIS Rinaldo	347/2727886
SS	RASSU M. Rosa	079/9959809

F.A.S.S.I.D.

Federazione AIPaC - AUPI - SIMeT - SINAFO - SNR - Dirigenti

DIPENDENTI / AZIENDE SANITARIE

(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)

AREA A U P I
ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI

Al Sig. Direttore generale
Al Serv. Economico - Finanziario (ASL. n. _____)
dell'Ente: _____

Alla Segr. Iscritti F.A.S.S.I.D. Area AUPI via Arenula 16 - 00186 Roma
(inviare una copia protocollata dall'Ente)

Oggetto: **ISCRIZIONE F.A.S.S.I.D. Area AUPI e delega alla riscossione dei contributi sindacali**

La/il sottoscritt____ _____

dipendente con la qualifica di:

- ❑ Dirigente Psicologo
- ❑ Dirigente Biologo
- ❑ Dirigente Chimico
- ❑ Dirigente Fisico
- ❑ Dirigente Medico

Servizio o Presidio _____

Tel. Servizio _____/_____

ai sensi delle norme vigenti autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore di F.A.S.S.I.D. Area AUPI per un importo percentuale e secondo le modalità a lato indicate dalla stessa Organizzazione Sindacale.

La/il sottoscritt___ dichiara che la presente delega:

1 - Ha efficacia a partire dal mese di _____
dell'anno _____;

2 - Ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata di anno in anno.

La/il sottoscritt___, ai sensi della Legge sulla Privacy, autorizza F.A.S.S.I.D. Area AUPI al trattamento di questi dati per i legittimi fini sindacali di informazione, coinvolgimento, sensibilizzazione, ma si riserva di limitare o revocare tale autorizzazione in qualsiasi momento.

Data_____ _____
FIRMA

Le informazioni verranno inviate al seguente indirizzo:

Dr./ssa _____
Via _____
Cap_____ Città _____
Prov. _____ Tel._____
e-mail_____

Al Servizio Economico-Finanziario
Modalità di riscossione dei contributi sindacali
F.A.S.S.I.D. Area AUPI
per l'anno in corso e sino a nuovo avviso.

Ai sensi delle vigenti disposizioni ed in seguito alle deliberazioni dei nostri organi statutari comunichiamo che i contributi sindacali dovranno essere versati contestualmente al pagamento degli stipendi mensili e, comunque, entro i primi 5 giorni del mese successivo,

mediante versamento su c.c.p. n° 72492028
o Bonifico postale con cod. IBAN:
IT68M0760103200000072492028

intestato a

AUPI
Via Arenula 16 - 00186 ROMA

Il contributo mensile è calcolato distintamente secondo le seguenti modalità:

❑ **per i dipendenti da tutte le Amministrazioni, pubbliche o private: l'uno per cento (1%) sul totale onnicomprensivo del netto variante in ciascuna busta paga mensile.**

Sulla causale dei versamenti dovrà essere indicato il mese di competenza ed il numero degli iscritti ed i loro nominativi, distinti fra deleghe semplici e doppie deleghe; ed inoltre la città sede dell'Amministrazione, perché la numerazione delle Aziende Sanitarie non è sufficiente ad identificarla. Va evitato il versamento tramite banca, che non consente queste registrazioni necessarie.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono distinti saluti

A cura del Collega la scheda d'iscrizione dev'essere inviata in copia protocollata dall'Ente ad:

AUPI
via Arenula 16
00186 ROMA
fax 06/68803822 e tel. 06/6893191

ADESIONE LIBERI PROFESSIONISTI:

Io sottoscritt _____ chiedo con la presente l'iscrizione all'*AUPI - Associazione Unitaria Psicologi Italiani,* conseguentemente di ricevere regolarmente AUPI-Notizie ed ogni altra competente comunicazione, e veder tutelata dal Sindacato la mia posizione personale di psicolog _____ .

La quota associativa è di: ❑ € 50,00 per chi ha un reddito annuo inferiore a € 15.000,00
❑ € 100,00 per chi ha un reddito annuo superiore a € 15.000,00

Allego copia della ricevuta del versamento sul ccp n° 72492028 o Bonifico postale con cod. IBAN: IT68M0760103200000072492028 intestato *Aupi Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula, 16 - 00186 Roma* di € _____
per la quota associativa relativa all'anno solare 2014 dovuta in qualità di:

❑ LP Libera/o Professionista, tel. studio: _____/_____ fax _____

ADESIONE CONVENZIONATI E DIPENDENTI PRIVATI:

Io sottoscritt _____chiedo con la presente l'adesione all'*Aupi - Associazione Unitaria Psicologi Italiani,* conseguentemente di ricevere regolarmente AUPI-Notizie ed ogni altra competente comunicazione.
Allego copia della ricevuta del versamento sul ccp n° 72492028 o Bonifico postale con cod. IBAN: IT68M0760103200000072492028 intestato *Aupi Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula, 16 - 00186 Roma* di € _____
per la quota d'adesione relativa all'anno solare 2014 dovuta in qualità di:

La quota associativa è di: ❑ € 50,00 per chi ha un reddito annuo inferiore a € 15.000,00
❑ € 100,00 per chi ha un reddito annuo superiore a € 15.000,00

❑ CO Convenzionata /o con GeG ❑ con Min. Difesa ❑ con altro _____
(Dati Ente tel. lavoro _____/_____

❑ SP Dipendente da Ente Sanitario Privato (*non Aris/Aiop*)
(Dati Ente tel. lavoro _____/_____

❑ DP Laureato in Psicol. Dipendente da ditta Privata/*Ente non Sanitario*
(Dati Ditta/Ente tel. lavoro _____/_____

ADESIONE NON OCCUPATI:

Io sottoscritt _____chiedo con la presente l'adesione all'*Aupi - Associazione Unitaria Psicologi Italiani,* conseguentemente di ricevere regolarmente AUPI-Notizie ed ogni altra competente comunicazione.
Allego copia della ricevuta del versamento sul ccp n° 72492028 o Bonifico postale con cod. IBAN: IT68M0760103200000072492028 intestato *Aupi Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula, 16 - 00186 Roma* di € _____
per la quota d'adesione relativa all'anno solare 2014 dovuta in qualità di:

❑ XD € 50,00 Laureato in Psicologia non occupato con un reddito annuo non superiore a € 15.000,00 ❑ Data di nascita _____

❑ ST € 50,00 Studente in Psicologia con un reddito annuo non superiore a € 15.000,00 ❑ Università di _____

RICHIESTA DI ABBONAMENTO per l'anno 2014:

❑ € 155,00 *(Abbonamento AUPI-Notizie per Enti ed Associazioni e per coloro che dichiarino di non voler aderire all'Aupi. Vengono inviati tutti i numeri usciti nell'anno)*

Il/la sottoscritt_____, ai sensi della vigente legge sulla Privacy, autorizza l'AUPI al trattamento di questi dati per i legittimi fini associativi e sindacali, di informazione, coinvolgimento e sensibilizzazione, riservandosi di limitare o revocare tale autorizzazione in qualunque momento.

AUPI-Notizie verrà inviato al seguente indirizzo:

Dr./ssa _____
Via _____
Cap _____ Città _____
Prov. _____ Tel. _____
e-mail _____

A cura del/lla Collega la scheda d'iscrizione dev'essere inviata, corredata dalla fotocopia del versamento, ad:

AUPI Via Arenula, 16 - 00186 ROMA
Fax 0668803822 - Tel. 066893191.

Riportare sulla causale se si tratta di rinnovo o di nuova iscrizione.

Sotto la propria responsabilità il collega dovrà annotare sulla scheda, barrando l'apposita casella, il proprio status (da cui dipende la misura della quota annua).

firma: _____

CONVENZIONATI AZIENDE SANITARIE

(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)

A U P I
ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI
Cod. Fisc. AUPI 96011290044

Al Sig. Direttore generale
Al Serv. Economico - Finanziario (ASL. n. _____)
dell'Ente: _____

Alla Segr. Iscritti AUPI via Arenula 16 - 00186 Roma
(inviare una copia protocollata dall'Ente)

Oggetto: **ISCRIZIONE all'AUPI e delega alla riscossione dei contributi sindacali**

La/il sottoscritt___ _____

❑ *Convenzionato ACN 8/7/10 per n°* _____ *ore/sett*
Dichiaro di essere titolare per complessive n° _____
ore/settimanali presso le altre seguenti Aziende Sanitarie:

_____ _____

Servizio o Presidio _____

Tel. Servizio _____/_____

ai sensi delle norme vigenti autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del sindacato AUPI per un importo percentuale e secondo le modalità a lato indicate dalla stessa Organizzazione Sindacale.

La/il sottoscritt___ dichiara che la presente delega:

1 - Ha efficacia a partire dal mese di _____
dell'anno _____;

2 - Ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata di anno in anno.

La/il sottoscritt___, ai sensi della Legge sulla Privacy, autorizza l'AUPI al trattamento di questi dati per i legittimi fini sindacali di informazione, coinvolgimento, sensibilizzazione, ma si riserva di limitare o revocare tale autorizzazione in qualsiasi momento.

Data_____ _____
FIRMA

Le informazioni verranno inviate al seguente indirizzo:

Dr./ssa _____
Via _____
Cap_____ Città _____
Prov. _____ Tel._____
e-mail_____

Al Servizio Economico-Finanziario
Modalità di riscossione dei contributi sindacali AUPI
per l'anno in corso e sino a nuovo avviso.

Ai sensi delle vigenti disposizioni ed in seguito alle deliberazioni dei nostri organi statutari comunichiamo che i contributi sindacali dovranno essere versati contestualmente al pagamento degli stipendi mensili e, comunque, entro i primi 5 giorni del mese successivo,

mediante versamento su c.c.p. n° 72492028
o Bonifico postale con cod. IBAN:
IT68M0760103200000072492028
intestato a AUPI - Via Arenula 16 - 00186 ROMA

Il contributo mensile è calcolato distintamente secondo le seguenti modalità:

❑ **per i Convenzionati (quota fissa):**

€ 7.75 mensili per incarichi da 1 a 12 ore settimanali.
€ 11.35 mensili per incarichi da 13 a 24 ore settimanali.
€ 13.95 mensili per incarichi da 25 a 38 ore settimanali.

In caso di incarichi presso più Aziende Sanitarie il monte ore deve essere calcolato sommando le ore complessive, la relativa trattenuta deve tuttavia essere effettuata solo dalla ASL alla quale la presente è indirizzata.

Sulla causale dei versamenti dovrà essere indicato:il mese di competenza, il numero degli iscritti ed i loro nominativi, la città e la sede dell'Amministrazione, perché la numerazione delle Aziende Sanitarie non è sufficiente ad identificarla. Va sempre evitato il versamento tramite banca, che non consente queste registrazioni essenziali.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono distinti saluti

Il Segretario Generale AUPI
MARIO SELLINI

A cura del Collega la scheda d'iscrizione dev'essere inviata in copia protocollata dall'Ente ad:
AUPI via Arenula 16 - 00186 ROMA
fax 06/68803822 e tel. 06/6893191

FORM-AUPI

È nata la Federazione delle Società Scientifiche di Psicologia per costituire, salvaguardando l'autonomia e la specificità di ognuna, una esperienza comune in grado di riunire gli sforzi e di finalizzarli verso obiettivi concreti, quali la diffusione e l'informazione delle iniziative scientifiche all'interno e all'esterno della categoria,

STATUTO
Federazione Italiana delle Società Scientifiche di Psicologia
F. I. S. S. P.
Ente associativo non commerciale

Art. 1. È costituita con atto pubblico una Federazione delle Società Scientifiche Italiana di Psicologia - F.I.S.S.P, che s'intende duratura dalla data della sua costituzione sino al 31 dicembre 2050 e potrà essere prorogata. L'Associazione ha sede legale in Roma, alla via Arenula 16. Essa può dotarsi di altre sedi decentrate in tutta Italia.
Art. 2. *Omissis.*
Art. 3. La Federazione intende mettere e mantenere in contatto fra di loro ed essere un riferimento generale per tutte le Società Scientifiche di Psicologia, qualunque sia il loro campo di attività, la loro metodologia, le loro funzioni, i loro riferimenti teorici o pratici, ponendo la Psicologia nel contesto europeo e mondiale, ed avvalendosi parallelamente del contributo delle altre discipline biomediche, sociali, giuridiche ed economiche.
Gli scopi della F.I.S.S.P. sono:
a) promuovere nella società italiana la ricerca, la cultura e la pratica della Psicologia;
b) stimolare e mantenere alti gli standard professionali e scientifici;
c) promuovere, implementare e finalizzare il contatto fra le Società scientifiche ed i loro associati su comuni temi di interesse scientifico e culturale;
d) divulgare le notizie riguardanti la ricerca psicologica attraverso appropriati strumenti di comunicazione;
e) segnalare agli Enti Pubblici e Privati, nonché ad Associazioni, i problemi connessi con la sfera delle attività delle società scientifiche e proporsi come sistematico interlocutore;
f) organizzare commissioni permanenti su: accreditamento, aggiornamento professionale, linee guida, etica, sperimentazioni e altro.
A tale scopo, la Federazione intratterrà rapporti costanti con le altre Federazioni, nazionali e sovranazionali, nonché con gli Istituti di formazione alla Psicologia, l'Università, e con gli Enti pubblici e privati. Con tali Associazioni, Istituti ed Enti la F.I.S.S.P. potrà stipulare convenzioni, avviando ogni utile collaborazione o assecondando quelle già avviate da altri; potrà inoltre svolgere attività ritenute utili al raggiungimento degli scopi.
La Federazione potrà dotarsi di ogni strumento ed organo di comunicazione interna fra le Società scientifiche ed esterna, organizzando convegni, seminari, e ricerche a livello nazionale ed internazionale, nonché favorendo la conoscenza tempestiva di tutte le iniziative utili a migliorare le conoscenze e le applicazioni della Psicologia. Lo scopo principale della Federazione è quello di stimolare, portare e mantenere alti gli standard professionali e scientifici.
La Federazione non può svolgere attività diverse da quelle sopra indicate, ad eccezione di quelle ad essa strettamente connesse o di quelle accessorie a quelle statutarie, in quanto integrative delle stesse.

Ai sensi della vigente normativa sulla privacy, avvertiamo i colleghi che l'AUPI opera regolarmente il trattamento dei dati personali, da loro forniti, per i normali e legittimi fini associativi e sindacali: informazione, coinvolgimento, sensibilizzazione, ricerca di nuove occupazioni ed opportunità professionali, e simili vantaggiosi obiettivi. Non forniamo mai a terzi i dati in nostro possesso, se non per il calcolo obbligatorio della rappresentatività e, in tal caso, li riduciamo in forma meramente quantitativa ed anonima. In particolare prendiamo sistematiche precauzioni perché non possano essere trafugati ed usati a scopi commerciali. In ogni caso, ogni collega ha il diritto di limitare od annullare in ogni momento ogni forma di trattamento di questi suoi dati personali, comunicando questa sua volontà alla sede nazionale.

È autorizzata la riproduzione totale o parziale dei testi contenuti in questa rivista, citando la fonte.

AUPI Notizie è aperto ai contributi di tutti gli iscritti; la responsabilità dei diversi articoli compete ai rispettivi autori.

SITO AUPI:
http://www.aupi.it
email: aupi.it@aupi.it

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di Ottobre 2014

Lo Staff Redazionale di AUPI Notizie

Direttore Responsabile
Mario Sellini

Capo Redattore
Rinaldo Perini

Vice Capo Redattore
Giovanni Cavadi

Redazione di AUPI Notizie
Sede Centrale AUPI
via Arenula 16
00186 ROMA