

Dott. Giulio Ferratini

Ceo Centro Congressi Internazionale srl - Torino

Prof. Avv. Giovanna Marzo

Auxilia Iuris - Torino

Ferratini:

Buon pomeriggio, approfitto per una rapidissima presentazione: sono Giulio Ferratini, Presidente del Centro Congressi Internazionale, che è un PCO, Professional Congress Organizer. Questo incontro è stato voluto da noi e organizzato in collaborazione con Auxilia Iuris, che a sua volta è un'associazione su cui vi darà maggiori dettagli la professoressa e avvocatessa Giovanna Marzo, che si occupa di consulenza in ambito di diritto sanitario.

L'organizzatore congressuale, Association Management Company, e/o provider ECM, è alla fine diventato il centro di un proliferare normativo che sta stravolgendo completamente la nostra professione, ma ci ha imposto di diventare degli elementi centrali di coordinamento di attività di enti pubblici, ospedalieri, università, di società scientifiche e di industrie farmaceutiche. Noi siamo al centro di una serie di normative che ci obbligano a comportamenti, ad atteggiamenti, a politiche commerciali e alla produzione di processi organizzativi interni estremamente complessi, che ci stanno portando su percorsi per noi, da un punto di vista aziendale, estremamente difficoltosi, per non dire pericolosi. Questo è il motivo per cui abbiamo chiesto la collaborazione di Auxilia Iuris e ci siamo impegnati a cominciare a trovare dei rapporti di collaborazione differenti con il nostro principale cliente, che è la società medico-scientifica.

Non è un atto di arroganza, io sono membro del Comitato esecutivo di Federcongressi, che è l'associazione nazionale di categoria di tutti gli imprenditori della filiera del settore congressuale, alla quale aderisce anche la FISM. Il professor Vimercati è presente nei nostri organi associativi e noi rappresentiamo la FISM nei rapporti con AGENAS, nei momenti in cui si vanno a discutere le problematiche di taglio logistico e progettuale dei provider.

Questo è il segnale di come la nostra professione sia diventata uno degli elementi che compongono e vanno a integrare le strutture delle società medico-scientifiche, nella luce del faro acceso dalla legge Gelli.

Giovanna Marzo è docente di Diritto civile all'Università degli Studi di Torino, professionista e consulente di diverse realtà nel campo sanitario, di taglio pubblico e di taglio privato.

Lascio a lei la presentazione più precisa di Auxilia Iuris e la parola sulle linee guida e la legge Gelli.

Marzo:

Buongiorno a tutti. Il dottor Ferratini vi ha detto qualcosa su di me e sulla mia professione. Aggiungo solo una parola sulla mia associazione: nasce avendo capito, in un ventennio di attività professionale non solo scientifica e in materia civilistica, che uno dei problemi degli operatori sanitari – e dei medici in particolare – era quello di non conoscere bene la normativa da applicarsi alla propria professione. Per questo Auxilia vuole portare ai medici una formazione in materia giuridica pensata per i medici e nella logica dei medici, cioè vista al contrario, altrimenti sarebbe come se io venissi a imparare da voi un'operazione di cardiocirurgia. Non è questa la filosofia.

La legge Gelli: conosco Bianco, essendo stato Presidente dell'Ordine dei medici di Torino per tanto tempo, conosco altri dei firmatari di questi disegni di legge che vengono oggi sintetizzati con questa espressione, "legge Gelli", ed è mancato loro un supporto di carattere tecnico-giuridico. Le mie preoccupazioni sono un po' diverse da quelle del dottor Ferratini e cercherò di spiegarvele: sono preoccupazioni da giurista, ma soprattutto pensate con la logica della scienza medica. Vedremo insieme che la filosofia è quella di provare a capire se tutte le istanze che si avevano in tema di responsabilità e di rilievo delle linee guida, che è il tema di oggi, sono state soddisfatte dalla legge o se la legge non tacita alcune pretese che la vostra classe aveva.

So che devo parlare della legge Gelli, ma avendo l'ambizione di accompagnare chi non è giurista a capire un ragionamento giuridico, parto da un po' più lontano, cioè parto dalla storia delle linee guida e dal perché hanno avuto

successo. Ovviamente gli occhiali sono sempre quelli del giurista, non entro nel merito delle conoscenze scientifiche.

Che rapporti hanno le linee guida con il diritto? Tutto questo ci consentirà di capire cosa la legge, che tra l'altro entra in vigore sabato, dice in tema di responsabilità, sempre con riferimento alle linee guida; che cosa dice sulla produzione e la pubblicità relative alle linee guida; e poi una parola sulla gestione del rischio sanitario.

Definizioni. Nel 1992 negli Stati Uniti le linee guida vengono definite come raccomandazioni di comportamento clinico, sviluppate sistematicamente per assistere professionisti e pazienti. Si instaura già qui e c'è piena consapevolezza dell'esigenza di un rapporto, che è il rapporto di cura, dove dal punto di vista giuridico i due personaggi coinvolti, i due ruoli, professionista e paziente, non sono sullo stesso piano. Non sono sullo stesso piano perché il paziente non sa che cosa deve affrontare, ha una posizione di debolezza intrinseca a uno stato patologico, il professionista è pensato per qualche tempo dal paziente con una visione paternalistica ma già nel 1992 tutto questo fascino della visione paternalistica si è perduto.

A che cosa serve qui la linea guida? Serve per individuare modalità assistenziali più appropriate, in specifiche situazioni cliniche. La logica è quella di determinare il contenuto del rapporto di cura, la linea guida servirebbe ad entrambi – anche se sinceramente il paziente non vedo come possa essere coinvolto nelle scelte – per scegliere, in situazioni specifiche, qual è la modalità assistenziale più appropriata.

Questa definizione patisce, nel corso del tempo, molte critiche dalla vostra posizione, non dalla mia perché il giurista ignora tutto questo, tant'è che nel 2011, una ventina di anni dopo, lo stesso organismo ridefinisce le linee guida come raccomandazioni finalizzate ad ottimizzare l'assistenza al paziente – il professionista è sparito, abbiamo sposato soltanto l'ottica della parte debole di quel rapporto di cura – fondate su una revisione sistematica delle prove di efficacia e una valutazione di benefici e danni di opzioni assistenziali alternative.

“Opzione assistenziale” va già nella logica della scelta, il professionista come soggetto che sceglie non c'è più, la logica è solo quella di tutela del

paziente. Che differenza c'è fra queste due definizioni? È cambiata la finalità, abbiamo evidenziato una finalità differente, passiamo dall'aiuto al professionista all'ottimizzazione dell'assistenza.

Viene introdotta la prova di efficacia e questo risponde ad una scuola di pensiero che giustifica la cosiddetta evidenza scientifica, che conoscete meglio di me.

Infine viene introdotta la ponderazione fra vantaggi e benefici conseguenti ad una scelta, ponderazione che diventa relevantissima nell'individuazione delle responsabilità civili, a cui poi arriveremo.

Qual è, tra queste differenze l'elemento che mi interessa sottolinearvi? L'ottimizzazione dell'assistenza. Mi interessa rilevare questo per due ragioni: nell'ottimizzare l'assistenza non posso tacere le ragioni economiche che sono legate all'assistenza, quindi ottimizzo un intervento chirurgico non solo scegliendo qual è per quel paziente, in quel caso specifico, l'intervento migliore o la modalità migliore, ma anche scegliendo, fra quelle migliori, quella che costa meno. Ho introdotto un elemento non da poco.

Da questa ottimizzazione dell'assistenza ricavo che esistono due tipi di linee guida. Esistono quelle che hanno un contenuto squisitamente clinico, cioè servono davvero ad individuare una metodica, perché il trattamento sanitario verso il paziente sia definito alla luce delle evidenze scientifiche, ma ci sono anche linee guida che hanno soltanto un contenuto organizzativo, che da un lato, per le strutture più grandi, gestisce il cosiddetto "rischio clinico", e dall'altro lato sono linee guida che servono a ripensare l'organizzazione dei reparti e l'organizzazione del personale, dove in realtà del rapporto clinico non ci interessa affatto il contenuto scientifico o medico, ma ci interessa soltanto il funzionamento dal punto di vista amministrativo dell'organismo su cui lavoriamo.

Che cosa si aspetterebbe un giurista, rispetto a questi due tipi di linee guida, visto che possono essere redatte da società scientifiche ma anche da Ministero, Regione, ASL, ASO, eccetera, soggetti fra loro profondamente diversi negli spiriti e nelle ragioni del proprio lavoro? La società scientifica ci si aspetta che rediga soltanto linee guida di contenuto clinico; il Ministero e la Regione, anche nell'esercizio del potere legislativo e poi come pubblica amministrazione,

così come le ASL, dovrebbero redigermi quelle linee guida a contenuto organizzativo.

Peccato che non è così. Non tanto perché le società scientifiche si preoccupino di questioni di carattere economico, perché le società scientifiche sono rimaste molto più rigorose nella determinazione dei contenuti, ma la stranezza è che il Ministero e le Regioni hanno pubblicato linee guida a contenuto scientifico. Trovo su qualche Gazzetta Ufficiale, già nel 1998, le linee guida per la cura di certe malattie e da giurista mi preoccupa e mi chiedo come sia possibile che un contenuto che risponde a una regola d'arte – in fondo la scienza medica è un'arte – e quindi risponde a regole tecniche e non a regole giuridiche, finisca dentro una norma?

Questa preoccupazione ce l'ho dal 1998, quando hanno pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale le linee guida per la malattia di Creutzfeldt-Jakob. Per me la stranezza è che sia il Ministero a occuparsi di una malattia e vedremo che tornerà questa preoccupazione, proprio in applicazione della nuova legislazione.

Le ASL e le ASO che cosa fanno? Le linee guida a contenuto organizzativo diventano molto presenti. Ogni ASL disciplina le proprie, gli ospedali disciplinano le proprie e l'ottimizzazione della prestazione sanitaria tiene conto di aspetti economici che non possono rientrare in un ragionamento di tipo clinico o, meglio, non dovrebbero farlo.

Quali critiche? Siamo sempre alla fine degli anni '90, la produzione di linee guida viene criticata dai medici ad esempio per il limite della standardizzazione. Ricordo un incontro ad un tavolo con Regione Piemonte, in cui un grande oncologo nazionale lamentava il tentativo di scrivere una linea guida sul referto radiologico. Inorridiva dicendo: “In che senso io, radiologo, devo impacchettare e ingessare il mio lavoro? La mia è un'interpretazione intellettuale, io non voglio ingessare niente”. Una prima critica è al limite della standardizzazione di qualcosa che del tutto standardizzabile non è, ogni paziente ha la sua storia, ha la sua biologia, ha il suo percorso di vita. Qualcosa sarà standardizzabile, qualcosa no.

L'altro limite: facciamo tante linee guida ma il singolo caso clinico non potrà mai essere studiato, perché lo studio in generale, ipotizzando un paziente tipo, ma

quando poi vado sull'evidenza della clinica giornaliera mi trovo a scontrarmi con un difetto d'esame del singolo caso.

Ancora: l'umiliazione dell'apporto del singolo professionista, se applico pedissequamente le linee guida, che magari ha pensato qualcun altro diverso da me, resto ingessato in qualcosa che può essere giustissimo ma che umilia la mia attività professionale.

Un'altra critica è al metodo adottato nell'elaborazione e nella redazione della linea guida. I problemi qui sono due: i metodi non sempre sono conoscibili – mettetevi sempre a una ventina di anni fa – i metodi sono diversi fra loro e non sempre conoscibili all'esterno, magari sono corretti ma chi leggeva le linee guida allora non sapeva quali erano le metodiche. Non potendolo sapere, quando si andavano a confrontare le linee guida sulla stessa patologia, sullo stesso problema medico, si aveva difficoltà ad apprezzare le ragioni delle differenze.

Rapidità di invecchiamento. Fintanto che la linea guida viene testata, sperimentata, redatta e resa nota, la scienza ha proceduto in un percorso diverso, quindi il rischio è che si arrivi alla cristallizzazione di una tematica quando è tardi. Questo rischio ce l'abbiamo tutt'oggi.

Le linee guida non sono mai pensate come di pari livello. Come sapete hanno la gradazione, qualcuna è linea A, qualcuna B, qualcuna C: in che rapporto stanno? Se cambio il metodo può anche darsi che il livello di gradazione non sia lo stesso.

L'altra critica è: qual era lo scopo con cui la linea guida è stata pensata, elaborata e quindi pubblicizzata? Tutti studiamo e scriviamo che è solo uno scopo scientifico, ma sappiamo che potrebbe non andare così, per una serie di ragioni che erano quelle che preoccupavano il dottor Ferratini.

Quante ne vengono prodotte, da quell'epoca in poi? Un numero incredibile. Su singole patologie trovate quattro, cinque, sei o sette linee guida. Perché? Per un giurista immaginare che qualche regola, seppure dell'arte, sia così esagerata nel numero, è terribile. Noi ci sforziamo di individuare qualcosa con certezza e tutto questo crea un'imbarazzante situazione di incertezza.

Perché è abnorme, quel numero? Perché così tante? Perché nelle cause per responsabilità penale – sto pensando a omicidi colposi, lesioni personali

colpose, ma anche per responsabilità civile, cioè risarcimenti del danno – ovviamente intentate da pazienti contro l'operatore sanitario, la condotta del singolo operatore viene confrontata con quella della linea guida.

Attraverso quale percorso? Non certo un magistrato, che non è capace di fare questo. I processi civili e penali sono profondamente diversi tra loro, come principi, come metodiche, come oneri della prova. Mi interessava solo dirvi che in tutti i casi il magistrato è persona che conosce la legge ma non la clinica medica e quindi nomina un vostro collega quale CTU, cioè consulente d'ufficio. Affida al consulente d'ufficio sostanzialmente la decisione della causa.

Alla fine degli anni '90 un consulente d'ufficio esamina la cartella del paziente morto, guarda come è andata, da lì trae alcuni elementi e poi confronta cosa è successo in quel caso con quello che le linee guida avrebbero detto per quel caso. Inoltre ha sempre la specificità del singolo caso clinico, che non vede più direttamente ma che vede ex post. L'esempio più banale che posso farvi è di pensare ad una causa di responsabilità civile per omissione del radiologo nell'individuazione di una lesione oncologica, ad una causa fatta cinque anni dopo, quando il paziente è morto da tempo, il CTU sa che il paziente è morto e quindi a quel punto, rivedendo la lastra, vede la lesione, perché sapendo dove il cancro si è andato a sviluppare qualcosa ci vede; mentre lo sforzo di riportarsi al momento clinico in cui l'altro radiologo, magari correttamente, non ha visto, diventa umanamente più difficile.

La linee guida viene pensata come uno strumento di aiuto al CTU ma anche di indicazione per il singolo medico, una sorta di binario: “Mettiti lì, che tutto sommato questo ti aiuta”.

Con qualche limite, cioè il diritto vivente, quello ideale di giustizia, si occupa di linee guida e di buone pratiche, ma non sono norme giuridiche. Entra cioè nell'aula di giustizia qualcosa che non attiene al diritto, mentre l'aula di giustizia dovrebbe servire per applicare norma giuridica. Questo è il primo grosso problema che inquina quei processi.

Non sono norme giuridiche per due ragioni: non arrivano dal potere legislativo, salve quelle stranezze di cui vi dicevo prima, cioè il ministero che scrive linee guida sulle malattie, ma di regola non arrivano dal potere legislativo.

La mancata applicazione della linea guida di per sé non è sanzionata. Faccio un esempio: se la linea guida prescrive un intervento in un certo tempo e il tempo viene superato dal chirurgo, se il paziente sopravvive, l'esito fausto non porterà in quel caso in nessun'aula di giustizia e a nessuna sanzione, se invece supero i 35 chilometri all'ora su una strada dove è prescritto quel limite, la sanzione c'è comunque, anche se sulla strada non c'è nessuno e anche se non ho avuto nessun incidente. La non applicazione della linea guida non è di per sé sanzionata. Questo porta a dirmi con certezza che la linea guida non è una norma giuridica.

Allora cosa c'entra con il diritto? C'entra perché ci sono due finestre contenute nei due codici, quello penale e quello civile, che consentono al giudice di andare a vedere le leggi dell'arte da qualche altra parte. Una prima norma è questa: il primo comma dell'articolo 43 del codice penale. Il codice penale descrive gli elementi soggettivi che accompagnano le condotte umane, perché per regola generale si ha reato solo quando c'è dolo, cioè coscienza e volontà dell'evento dannoso, “voglio uccidere Tizio e quindi gli infliggo settanta coltellate”. Solo eccezionalmente e, nel nostro caso, questa eccezione esiste, anche l'elemento di colpa diventa rilevante. Stiamo ledendo la salute delle persone, quindi non devo soltanto volerlo ma si ha colpa quando l'evento si verifica a causa di “negligenza, imprudenza e imperizia”, che sono qualità che connotano la condotta, nel nostro caso del medico, ma anche “inosservanza di leggi, regolamenti, ordini e discipline”. L'inosservanza dell'ordine e della disciplina di per sé è colpa.

L'imperizia è la prima finestra che in materia penale consente di far entrare le linee guida, perché se il medico non ha osservato le linee guida io gli dico tout court che è imprudente e imperito. Svolgo da trent'anni la professione forense, negli ultimi venti soltanto in materia sanitaria e non ho mai visto un capo di imputazione che facesse riferimento solo all'imperizia, ma è comunque sempre “avendo egli con negligenza, imprudenza e imperizia...”, cioè la prima parte della norma ripresa come individuazione della colpa.

L'altra finestrina è “disciplina”. In fondo, se ben ci pensate, la linea guida è una disciplina che cristallizza sul morbillo, sull'intervento o sul referto radiologico la disciplina relativa a quel caso.

L'altra finestra normativa è in materia civilistica e qui potremmo fare un convegno tutto dedicato al 1176. La finestra è quel “diligenza”. Questa norma che dice che nell'adempimento delle obbligazioni inerente l'esercizio dell'attività professionale la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata è l'unica norma che c'è nel codice civile per valutare se un medico ha adempiuto alla propria obbligazione oppure no.

Non sto a raccontarvi come sorge l'obbligazione nel rapporto sanitario, sarebbe il tema di un altro incontro, ma dato per scontato che esista un rapporto vincolante tra il medico e paziente, che il medico sia tenuto ad una certa prestazione, l'unica norma che valuterà, in caso di esito infausto su quel paziente, se il medico è stato oppure no adempiente, è questa.

Su questa norma e proprio pensando ai medici nel 1958 – la norma entra in vigore nel 1942, così come tutto il nostro codice civile – il professor Mengoni, che era un illustre civilista che partecipò alla Costituente, un giurista di chiara fama – da quella norma individua un'obbligazione dedicata soltanto all'operatore sanitario, che si chiama “obbligazione di mezzi”. Vuol dire che io valuto, anche se il paziente è morto, se questo povero medico ha fatto tutto quello che poteva e valuto soltanto se è stato diligente.

Nel 1958 questo funzionava perfettamente, perché c'era la visione paternalistica nel rapporto medico-paziente. Nel 1995 e nel 2000 non funzionava più, perché non esiste più il fascino di quel medico, perché i pazienti arrivano da voi e anche da me dicendo “Ho letto su Internet che...”. È saltata allora anche la distinzione fra obbligazione di mezzi e obbligazione di risultato: “Ho portato il nonno di 91 anni al pronto soccorso, stava benissimo ma è morto”, se l'hai portato al pronto soccorso forse però qualche problema ce l'aveva.

Cosa succede fra il 1980 e il 2012? Ci sono soltanto quelle norme civilistiche che consentono, attraverso quelle finestre che abbiamo individuato, un confronto fra la condotta, cioè il fatto in concreto che si è verificato per il paziente, quindi l'attività che il medico ha tenuto nei suoi confronti, e le famose linee guida, che nel frattempo hanno preso piede sulla vostra dottrina, cioè nella vostra letteratura.

Dal confronto tra le singole condotte e gli esiti delle sentenze, ci aspetteremmo questo: se la linea guida è pensata per aiutare il medico ad avere un binario di propria tutela, allora quando il giudice accerta che la linea guida è stata rispettata, la sentenza non potrà che dire che quel medico è stato assolutamente perito e prudente. Peccato però che non è così, questa è una delle possibilità.

Il medico che ha seguito le linee guida è ritenuto non responsabile. Vado a vedere le sentenze e cosa scopro? Scopro in realtà che non era mal pratica, ma anche il famoso perito del giudice ha detto che era un'imprevedibile complicanza.

Allora non è tanto il confronto e il rispetto della linea guida ad aiutarmi, il problema è che l'evento infausto non è causalmente collegato alla condotta del medico.

Secondo filone di sentenze: il medico non ha osservato le linee guida, ma se fosse una disciplina ai sensi della norma sulla colpa la non osservanza sarebbe sanzionata di per sé. Perché quel medico non le ha osservate? Perché erano inadeguate al caso concreto. Lo abbiamo assolto, lo abbiamo ritenuto diligente e perito, quindi non responsabile. Che cosa hanno di interessante queste sentenze? Introducono il singolo caso concreto, cioè introducono come rilevante per la valutazione della diligenza l'eccezione rispetto alle linee guida, il singolo elemento, il caso clinico che andava studiato di per sé. Si dice: il medico è diligente e perito perché conosceva la linea guida, ha individuato le ragioni per le quali discostarsene e quindi se ne è discostato, più di così non potevamo pretendere.

Altro filone: il medico che ha osservato rigidamente le linee guida senza valutare delle alternative è ritenuto negligente e quindi responsabile. Anche questo è abbastanza inquietante, come ragionamento, dal punto di vista dei medici, perché le linee guida sono n per ogni singola malattia, sono n prodotte nel tempo, sono n con metodiche differenti. Se pensate a quella griglia di critiche, pensate al povero medico che dice "io ne ho osservata una, quella che mi è venuta in mente in quel momento, quella che ho ritenuto migliore, quella della mia scuola" e poi si sente dire: "Guarda che c'erano prestazioni alternative, guarda che una scuola diversa dalla tua sposava un'altra filosofia". Questo evidenzia come il famoso binario, che da medici avevamo immaginato, cominciando a produrre in modo

abnorme queste linee guida, non ci aiuta più tanto perché il giudice ci condanna lo stesso.

C'è poi ancora questa: il medico si discosta senza motivazione dalla linea guida e quindi è ritenuto responsabile. L'ho lasciata per ultima perché questo è un caso molto particolare. In realtà leggendo poi la sentenza e non limitandosi alla sola massima emerge che non è vero che quel medico non avesse motivazione: è una sentenza abbastanza famosa, riguarda un cardiocirurgo al quale era imputato il cosiddetto cottimo chirurgico, cioè gli dicevano "tu operi tanto, sostituendo le valvole aortiche, perché qualcuno te le paga". Non è vero dunque, come leggo nella massima, che se mi discosto senza motivazione dalle linee guida sono responsabile, sono uno che operava la gente che non ne aveva bisogno. È un caso abbastanza abnorme.

Perché quel crinale temporale, dal 1980 al 2012? Perché nel 2012 entra in vigore prima il decreto e poi la cosiddetta legge Balduzzi, che i medici salutano con grande euforia e che invece, soprattutto in fase di conversione, non vi ha fatto un grande favore. La norma diceva che "l'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene alle linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve".

Che cosa volevano i medici? Volevano che il loro inadempimento all'obbligazione sanitaria fosse estraneo al giudizio penale e questo è assolutamente comprensibile ed è assolutamente corretto dal punto di vista dell'istanza dei professionisti in quella direzione. È un comportamento che non può essere assimilato all'incidente stradale, non può essere assimilato al tizio che ammazza la moglie.

Su questa norma è stato detto molto. Non è ritenuta propriamente una depenalizzazione, ha aperto da subito un dibattito, non per i medici, che auspicavano la depenalizzazione, ma tra i giuristi, che un minuto dopo l'entrata in vigore hanno immediatamente individuato delle critiche.

La prima: che cos'è la colpa lieve? Voi vi aspettate che se una norma di legge usa l'espressione "colpa lieve" da qualche altra parte, in quella legge o in altre leggi, sia scritto che cos'è la colpa lieve, invece non è così. Esiste solo quell'articolo 43 che abbiamo visto dieci minuti fa, che non distingue il grado della

colpa. Lo distinguevano i romani, duemila anni fa, ma loro erano giuristi molto più in gamba di noi. Noi non lo distinguiamo più fino al 2012, quando Balduzzi scrive che la depenalizzazione c'è, “non risponde penalmente se si è attenuto alle linee guida ma per colpa lieve”. Prima critica: quando distingo e chi distingue fra colpa lieve e colpa grave. Il solito CTU, che c'era prima e che continua ad esserci con la legge Balduzzi, dovrebbe distinguere se la colpa è lieve o grave.

È impossibile poi identificare la linea guida di riferimento, perché ce ne sono tante e quindi a quale linea guida si doveva attenere il poveretto per andare esente dalla sanzione penale? Ci sono molte autorità competenti ad esprimerle: il Ministero, la Regione, di tipo organizzativo, di tipo scientifico, che linee guida avrebbe dovuto seguire? Magari nel suo ospedale è previsto che un farmaco debba essere somministrato in n dosi e in n misura perché c'è una questione economica dietro. Il poverino magari sapeva anche che un farmaco migliore avrebbe potuto aiutare il paziente, ma si è attenuto alla linea guida della sua ASO, con alcune conseguenze.

L'impossibilità di verificare l'autorevolezza della provenienza della linea guida. Io, giurista, cosa ne so se la società tale, che mi ha dato gradazione A, ha usato un metodo migliore di una società americana che mi dice B? La mia norma dice genericamente “linee guida e buone pratiche” per depenalizzare la condotta, ma non ho alcun elemento per individuare quale linea guida, da chi deve arrivare, come la reperisco, che metodo è stato utilizzato.

Da giuristi l'abbiamo così criticata e vedremo fra un po' che la Cassazione sposa una tesi assolutamente restrittiva. I CTU, cioè i consulenti dei giudici e i medici legali, hanno faticosamente applicato questa norma, che da sabato non è più in vigore, per queste ragioni.

È stata tanto criticata che a Milano, un foro particolarmente sensibile, dove sulle responsabilità sanitarie si emettono più o meno 1500 sentenze l'anno in primo grado, quindi non proprio un foro marginale, si adisce la Corte costituzionale. Quello che leggete è uno stralcio dell'ordinanza con cui il Tribunale di Milano ha rinviato alla Corte costituzionale l'articolo 3 della Balduzzi e dice: “La legge non specifica le fonti”, cioè non so dove andarle a prendere, “non mi dice quali siano le autorità titolate a produrle, quali siano le procedure di raccolta”, in

sostanza cioè il giurista si preoccupa della incertezza che accompagna tutto questo. “Non vengono specificati gli strumenti di valutazione dell'esperienza professionale, quali siano le verifiche scientifiche, quale sia la pubblicità che è stata data alla singola linea guida per renderla conoscibile al medico”, perché se sta su una rivista pubblicata in California e il mio medico lavora all'ultimo pronto soccorso di Potenza forse non l'ha conosciuta.

Per la prassi non viene specificato il metodo di raccolta e la Corte costituzionale ancora nulla ci ha detto, ma a questo punto non ci interessa neanche più perché come vi dicevo da sabato la normativa non è più applicabile.

Che cosa succede da sabato? Sabato entra in vigore la legge Gelli, che è composta da 18 articoli. Possiamo immaginare che sia divisa in tre parti: la prima riguarda la gestione del rischio clinico – che chiama “rischio sanitario” e anche su questo potremmo farci un convegno – è dedicata alla gestione del rischio e impone a tutte le strutture, non solo quelle sanitarie ma anche le sociosanitarie, non solo le pubbliche ma anche le private, di avere un sistema di gestione del rischio; impone a chi opera nella struttura di avere una formazione mirata, permanente, sul tema gestione del rischio.

Secondo aspetto disciplinato dalla norma: le responsabilità, penale e civile – per la penale sopprime la Balduzzi – e poi le norme di cui ci occuperemo a breve, che sono quelle sulla produzione delle linee guida.

In materia penale la norma è questa: qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida, ma non più una qualunque linea guida, bensì una linea guida definita e pubblicata ai sensi di questa legge e sempre che risultino adeguate alla specificità del caso concreto.

A questa norma possiamo riconoscere un paio di vantaggi: il primo è che ha raccolto l'istanza della Cassazione nel limitare al problema dell'imperizia il rispetto delle linee guida, il che dovrebbe escludere le linee guida a contenuto soltanto organizzativo e le linee guida a contenuto soltanto economico. Ha poi l'altro pregio che porta a livello di norma, non solo più a livello di constatazione specifica della diligenza o negligenza del medico, l'adeguatezza al caso, cioè la specificità del caso.

In diritto non c'è mai qualcosa di totalmente bianco o totalmente nero, ma ci sono moltissimi milioni di grigi. È ovvio che la norma ha i difetti di tutte, quindi apre una gamma infinita di grigi, però l'aver riconosciuto che il caso concreto autorizza il medico a non rispettare la raccomandazione delle linee guida forse può rendere i medici un po' contenti.

In materia civile c'è una retromarcia significativa, tutto il discorso che vi hanno sicuramente già raccontato sul fatto che non deve essere più una responsabilità contrattuale ma deve essere una responsabilità extra contrattuale, sarebbe stato bellissimo, ma sappiate che dice che la responsabilità è contrattuale tutte le volte che c'è il contratto e se non c'è è fatto illecito; ma se non c'è quando potrebbe non esserci – dico “potrebbe” per cui bisogna vedere quando e come la Cassazione lo intenderà – potrebbe non esserci solo per il medico dipendente di una struttura, per tutti gli altri state pur sicuri che c'è, per cui è un po' una fantasia.

Il rispetto delle linee guida, ci dice questa norma nuova, serve nella determinazione del risarcimento del danno, cioè nella quantificazione del risarcimento. Anche questo è vero fino a un certo punto, perché un'altra norma, ancora della legge Gelli, dice che i risarcimenti sono quelli tabellari, quindi non lascia più al magistrato la possibilità di quantificare il risarcimento, ma fa lo stesso ragionamento che si fa in materia di incidenti stradali: ci sono le tabelle concordate con le compagnie e quindi il giudice sarà bloccato lì.

Ha ancora un margine nel risarcimento del cosiddetto danno morale, cioè il prezzo della sofferenza che il paziente possa aver avuto, che è pensato come matematico in una moltiplicazione del danno biologico e questa norma porta a dire che se il medico ha cagionato danno nonostante il rispetto della linea guida, il giudice potrebbe essere un po' più generoso nel ridurgli il risarcimento del danno.

Passiamo al tema di oggi: la norma che ci interessa oggi è l'articolo 5, una norma lunga, che ha messo insieme tanti aspetti. Io sono molto critica nei confronti di questa norma e spero che fra una ventina di minuti avrò convinto anche voi a prenderla con le molle.

Tutte le norme in una materia così delicata, che incide sul diritto civile e penale, così lunghe, così articolate, così piene di virgole, sono destinate ad aprire problemi interpretativi importanti.

È una norma dunque che mi piace poco per queste due ragioni: c'è tanto e disciplina tante cose insieme.

Nella cartellina credo abbiate il testo. Io ho preso alcuni spunti, giusto per farvi vedere qual era l'ampiezza dei temi decisi dalla norma. Intanto impone un dovere di osservanza della linea guida, mi dice che "l'esercente la professione sanitaria deve attenersi alle linee guida". Quel "deve", indicativo presente, per un giurista dice che "ha il dovere giuridico di".

Dice poi che salva la specificità del caso concreto. Ha recuperato il discorso dello specifico, ha recuperato l'autonomia professionale, riconosce che tutti i rapporti di cura sono tra loro diversi, "devi rispettare, ma salva la specificità del caso".

Venga ai casi concreti e alle polemiche concrete: quando io, medico, mi rendo conto che il paziente che ho di fronte è lo specifico caso che mi autorizza ad allontanarmi dalla linea guida, che cosa faccio? Se mi limito a fare un ragionamento intellettuale e curo il paziente con quella metodica, se succede qualcosa che cosa finisce in mano al giudice? Una cartella da cui risulterà quale tipo di condotta ho tenuto, ma non il mio ragionamento. Il mio ragionamento dovrebbe essere esattamente quello che andrà a farmi un perito che riconoscerà, come me, che forse quello era un caso particolare ma, detto brutalmente, dal punto di vista della prova che potrebbe aiutare un medico a giustificare la scelta clinica di allontanarsi dalla linea guida, non c'è uno straccio di documento.

Veniamo a scrivere anche in cartella il ragionamento professionale? Ne avete viste tante di cartelle dove c'è il ragionamento che sostiene il perché ci si allontana dalle linee guida? Anche questo è un po' pericoloso, perché lavoro tutti i giorni, faccio molti interventi, se mi metto a scrivere in cartella qual è stato il mio ragionamento per dare sette punti invece che otto, forse non riesco ad operare tutte quelle persone.

Provenienza delle linee guida: questo è un altro tema che l'articolo 5 affronta. Supera la critica che abbiamo fatto fare dal Tribunale di Milano sulla Balduzzi, lì ci chiedevamo da dove vengono queste linee guida e oggi è scritto: arrivano da enti e istituzioni, pubblici e privati, nonché da società scientifiche, associazione tecnico-scientifiche o delle professioni sanitarie. Questi sono i

soggetti, le autorità che possono produrre ed elaborare una linea guida e quindi pubblicarla.

Vi segnalo solo questo: il privato in questa norma compare numerose volte, si sono accorti che esiste la sanità privata, forse hanno visto un risveglio di poter usare la sanità privata e l'hanno assolutamente parificata al pubblico, sui doveri che nascono da questa normativa.

Società scientifiche: è un nome caro all'ambiente, ma la parola "società" in diritto vuol dire tutt'altro. Dal punto di vista giuridico le cosiddette società scientifiche sono prevalentemente delle associazioni, in alcuni casi sono fondazioni, ma dal punto di vista giuridico non sono "società" in senso proprio, cioè non perseguono scopo di lucro, hanno ripreso il termine ma avrebbero anche potuto farne a meno.

Quali enti pubblici e privati, quali società scientifiche? Quelle iscritte in un apposito elenco, istituito e regolamentato con decreto ministeriale da emanarsi entro 90 giorni dal 1° aprile.

Una novità è l'elenco, non mi consta però che sia stata abrogata la norma costituzionale in forza della quale l'arte e la scienza sono libere. Produco un mio pensiero scientifico, sono un dio della medicina ma non riesco a iscrivermi all'elenco: allora è come se non pensassi, è come se la ricerca non avesse alcun senso. Servirà a fini meramente scientifici, ma non più a fini giuridici, perché se la mia "pensata geniale" che si è inserita in una rivista scientifica ma non ha trovato la collocazione qui dentro, è seguita da un collega e arriva sul tavolo del giudice, la prima cosa che il giudice obietterà è: "Cosa segui? Non è di quelle elaborate dalle persona dell'elenco".

Primo segnale: attenzione a questo decreto ministeriale. Il decreto ministeriale dirà di questo regolamento per l'elenco, peccato che la legge aggiunge già qualcosa, cioè il legislatore dice già al ministero come quell'elenco va confezionato e dice quali caratteristiche bisogna avere per essere iscritti nell'elenco, fissa dei requisiti.

Per gli enti pubblici o privati non dice niente, il che significa che il singolo grosso ospedale potrebbe elaborare le proprie, di natura organizzativa – pensate ad esempio alle checklist di sala operatoria, al numero di letti, tenendo conto di

quanto è già in vigore, perché ad esempio sull'organizzazione dei singoli reparti c'è normativa in vigore, che dal punto di vista della fonte del diritto è sicuramente gerarchicamente superiore rispetto ad una qualunque linea guida – mentre per le società o associazioni scientifiche la norma mi dice che bisogna avere dei requisiti per essere iscritti nell'elenco.

Cominciamo a scegliere chi ha i requisiti e chi no? Quali requisiti? Requisiti minimi di rappresentatività sul territorio nazionale: vuol dire tutto e niente. Mi chiedi una sede per Regione, una sede per Provincia, una sede per singolo ospedale, come le RSU? Con cinque associati, cinquanta associati, cinquemila associati? Cosa vuol dire “rappresentatività sul territorio nazionale”. Forse tra i chirurghi italiani posso aspettarmene cinquemila per sezione, ma se è l'oncologia oculistica forse me ne aspetto due.

Costituzione mediante atto pubblico: requisito formale, banalissimo, ma non tutte le società scientifiche, soprattutto quelle che sono risalenti nel tempo e hanno una storia molto antica, possono essere passate da un notaio. A questo si rimedia in fretta, però vuol dire correre preoccupandosi ora, mentre al ministero pensano come mettere a punto i requisiti, per cercare di capire se li abbiamo già, perché poi in associazione le cose vanno discusse. Per arrivare a quel famoso atto pubblico non basta chiamare un notaio, ma bisogna arrivarci con un direttivo che abbia deliberato, trovando i colleghi, convincendo i colleghi, determinando dei contenuti, perché il nostro legislatore vuole anche delle clausole negli statuti.

Giusto per chiarire un po' com'è articolata la norma, io distinguerei tra i contenuti statutari, che riguardano l'ente in sé, l'associazione e la società scientifica, e i contenuti che riguardano invece il singolo partecipante.

Quanto all'associazione, mi chiede “garanzie” di autonomia e indipendenza. “Garanzie” è un termine tecnico in diritto civile e vuol dire sottoporre il proprio patrimonio ad un'obbligazione. Per noi garantire vuol dire solo questo: metto tutto il mio patrimonio a disposizione di un adempimento. L'esempio è la fideiussione. Qui mi chiedono garanzie di autonomia: che cosa posso immaginare? Lo scriverò nello statuto, ma basta scriverlo? Che garanzia è? Vuol dire allora che “garanzia” è utilizzato in senso non tecnico, è utilizzato in senso volgare.

La garanzia di autonomia qual è? Se scopro che un associato è diventato affiliato della 'ndrangheta oppure pagato da una casa farmaceutica, lo espello: è una garanzia di autonomia? Non lo so, non so cosa voglio dire, rischia di essere vano il termine “garanzie”. Farà molto quel decreto, quindi stategli dietro.

“Assenza di scopo di lucro”, ma formalmente non ce l'ha nessuna società scientifica.

“Trasparenza dei bilanci degli incarichi retribuiti”. Questa legge ha scoperto Internet, ha scoperto che si possono pubblicare delle cose sui siti e impone anche all'ultima RSA di un piccolo paese di avere un sito, perché sul sito bisogna pubblicare i bilanci e le relazioni annuali, dicendo quanti risarcimenti sono stati accordate, le ragioni, come è stato poi gestito quell'evento. È tutto bellissimo ma cosa vuol dire “trasparenza del bilancio”? Io lo pubblico. Fatevi in giro in una qualunque Camera di Commercio, guardate il bilancio di una qualunque società e poi chiedetevi che cos'è trasparente. Sì, ci sono delle voci e dei numeri.

“Gli incarichi retribuiti”. Cosa vuol dire? Nessuno andrà a fare un accordo in cui dichiara “sono qui che, come società scientifica, vengo retribuito dalla XY S.p.A. per fare questa sperimentazione”. Anche questo fa un po' di bandiera, farà tanto contenti i pazienti, che sono tranquilli perché hanno scoperto quali nefandezze la classe medica produce.

“Contenuto dello statuto in merito ai partecipanti”, cioè i singoli associati: anche in questo caso garanzie di libero accesso ai professionisti aventi titolo. Io non credo che ci sia tutto quel contenzioso di colleghi che hanno chiesto di entrare nella società X e hanno ricevuto un rifiuto.

Secondo: cosa vuol dire “avente titolo”? Sono un'associazione, esiste – ancora per poco – l'autonomia privata, quindi nello statuto, una volta che rispetto le caratteristiche che mi saranno imposte per essere iscritto nell'elenco, io posso scrivere quello che mi pare. Se scrivo che per essere socio della mia associazione è avente titolo il professionista che si è laureato tra il 1950 e il 1980, è alto 2 metri, con i capelli biondi ed è da sette anni chirurgo, ho individuato i titoli che occorrono per l'accesso, ma so che quelle caratteristiche le hanno sette persone in Italia, che sono quelle che voglio far entrare.

“Garanzia di partecipazione di questi alle decisioni”: cosa vuol dire? Non posso individuare che alla presidenza o in un Cda ci siano solo determinati soggetti, ma tanto ho potuto deciderlo prima.

Questo per raccontarvi che abbiamo trovato un sistema formale per complicare la vita alle società scientifiche, imponendo loro una corsa ad ostacoli, perché voi adesso per i prossimi due anni pensate a cosa scrivere negli statuti e come fare ad iscriverle in questo elenco. Nessuno sa e la norma non dice cosa succede se non mi iscrivono all'elenco: impugno? Dove? Che atto è? Forse un atto amministrativo? Ho le caratteristiche? Non ho le caratteristiche? Questi sono i dubbi che mi preoccupano.

Come si arriva a produrre quelle linee guida che saranno da osservarsi e che sono l'unico discrimen che il legislatore conoscerà? È un iter, anche questa una corsa ad ostacoli. Bisogna che i soggetti iscritti nell'elenco elaborino una linea guida, cioè facciano tutto il loro studio, come si verifica oggi. Il sistema nazionale per le linee guida poi le recepisce, integrandole. Le “recepisce” non è un termine giuridico, non so cosa voglia dire, immagino che la società scientifica X mandi al sistema nazionale la propria linea guida, che dovrebbe inserirla nella banca dati, questa cosa che conoscete tutti.

Questa cosa che conoscete tutti, però, ha un interessante cosa che è la banca dati comparativa. Quando avrò prodotto una linea guida dopo essere stato iscritto nell'elenco e la mando al sistema nazionale, che dovrebbe – dice la norma – recepirla, che cosa fa poi? La compara anche con le altre, da subito? Se esiste una banca dati comparativa e in nessuna norma mi si dice che la comparazione non può avvenire in quel momento, ma solo dopo, si metteranno a compararmele da subito. Peccato che l'iter non sia finito, perché poi passa tutto all'Istituto superiore di sanità, che dovrà verificare la conformità della metodologia, ma intanto c'è una banca dati a cui qualunque medico accede.

Verifica poi la rilevanza delle evidenze scientifiche. Ho molta stima delle persone fisiche che operano nell'Istituto superiore, però come fanno, rispetto a quella produzione sulla singola materia, a verificare la rilevanza dell'evidenza?

Fatto tutto il percorso di verifica, le pubblica sul proprio sito. Quell'atto di pubblicazione è un atto amministrativo, nessuno mi dice cosa faccio se non me le

pubblica, nessuno mi dice che cosa posso fare se mi pubblica qualcosa che per l'altro 50% della scienza medica non funziona. Vado al Tar, se è un atto amministrativo lo impugno come tutti gli atti amministrativi, dicendo che cosa? Che non hanno verificato la conformità? Evidenzio un vizio di carattere formale, rispetto a quell'atto, un vizio che noi diremmo di legittimità e, se riesco a fornire qualche prova, magari la spunto. Se però vado a dire che il mio metodo era meraviglioso ed è a loro che non è piaciuto, non so a quale giudice posso raccontare tutto questo, perché il Tar non potrebbe entrare nel merito, il Tar non può nominare un CTU.

La corsa ad ostacoli finisce, le linee guida sono sul sito dell'Istituto superiore di sanità. Sono solo quelle iscritte nell'apposito elenco, sono quelle che hanno fatto questo percorso, sono solo quelle elaborate con questa metodica, sono quelle che devono essere l'ispirazione della condotta dell'esercente la professione sanitaria. Sono quelle, ma allora che cos'è successo?

È successo questo: la regola dell'arte finisce con l'essere una regola giuridica, passata attraverso un ente amministrativo, dal quale non mi posso discostare perché altrimenti è "colpa", di per sé. Traduco: il medico dipendente di struttura che non si adegua alla linea guida – e magari sul caso ha perfettamente ragione – patisce una contestazione disciplinare per il solo fatto che non ha osservato la linea guida.

La specificità del caso di prima, del caso specifico, mi serve per la responsabilità civile e penale, in un altro film, ma con il mio datore di lavoro, che ha fissato la linea guida, è un ente iscritto all'elenco e mi dice che la norma vuole il rispetto della linea guida, arriva la contestazione per il solo fatto del mancato rispetto.

I dubbi: mi chiedo che fine abbia fatto l'evidenza scientifica. Fin dal 1992 ci chiedevamo e vi chiedevate come gioca il tempo sulla linea guida. La linea guida invecchia in fretta, fintanto che la penso, la cristallizzo e viene resa nota, la scienza è andata oltre, siamo più in là. Pensate a quanto tempo ci vorrà, quei termini per i decreti di attuazione sono meramente ordinatori.

Mettiamo anche che li rispettino, ma il meccanismo deve partire, può andare a regime fra tre, quattro o cinque anni, dopo di che cosa pubblico?

Pubblico ciò che ho elaborato nel frattempo, in attesa che l'ente amministrativo recepisca? Pubblico quello che avevo fino ad oggi, data di entrata in vigore della legge? Ma quando tutto questo sarà, il medico che segua in un caso specifico l'ultimo ritrovato scientifico della rivista americana famosa e che quindi, dal punto di vista della perizia, sia un genio della scienza medica, è però uno che non ha rispettato la norma. Sarà perito, ma mi si dice che la responsabilità penale non l'ha soltanto se ha rispettato quelle linee guida.

Quale sarà allora il lavoro del giurista? Provare a convincere un magistrato che forse si può essere un po' più elastici, che forse se il medico segue uno studio pubblicato da qualche altra parte è diligente e perito lo stesso, anche se non ha applicato la linea guida pubblicata sul sito dell'Istituto superiore di sanità.

Se da giurista però vi dico che tutto questo, attraverso il percorso che abbiamo visto, diventa una disciplina, ai sensi del 43 del codice penale, è “colpa” soltanto non averla osservata. Non posso poi arrabattarmi a sostenere che non l'ho osservata ma non sono in colpa, perché poi l'omicidio colposo è legato all'inosservanza.

Mi chiedo allora, come Galileo: com'è che il legislatore mette il naso nell'evidenza scientifica? Che fine ha fatto la nostra arte, che passava attraverso i nostri studi, i nostri metodi, i nostri sforzi, la nostra onesta ricerca, quando devo fare quella corsa ad ostacoli e aspettare che abbia natura di atto amministrativo? Per carità, c'è più certezza di prima, perché so da dove arriva, le emette tutto l'Istituto superiore di sanità, so dove le vado a guardare, perché sono nella banca dati sul sito dell'Istituto superiore di sanità, è bellissimo, peccato che non è il montaggio di un bullone o di un aereo, è una cosa profondamente diversa. È una cosa che tutti sappiamo avere il limite in quel rapporto professionista-paziente che è un rapporto uno a uno, tutte le volte diverso.

Altro dubbio: quando la Cassazione penale mi scriveva, quattro anni fa, che il medico non deve farsi condizionare da linee guida dettate dall'amministrazione sanitaria per l'economicità della struttura, qui aiutava un medico che ovviamente si sarà sentito dire dal perito “Non hai osservato le linee guida” a cui lui ha risposto che il senso della linea guida era solo un risparmio, quindi “ho fatto diversamente”. Che fine fa tutto questo? Adesso la Cassazione non ci potrà più dire “Non farti

contitolare da una linea guida”, perché se la sua amministrazione è una dell'elenco, la sua linea guida sarà quella dell'Istituto superiore di sanità.

Altra Cassazione, dopo la Balduzzi, recentissima: “Opera soltanto con imperizia, con esclusione delle ipotesi di negligenza e imprudenza”. Come vi dicevo, in trent'anni non ho mai visto una sentenza in cui ci fosse soltanto una colpa per imperizia.

Allora aspettiamo i decreti, reagite in qualche modo, per evitare che ci sia l'umiliazione delle vostre regole d'arte e vediamo cosa diranno i giudici. Grazie.

Ferratini

Il panorama potrebbe risultare sconcertante. È indubbio che vanno attesi i regolamenti. Tutto il sistema che gravita intorno alle società scientifiche, parlo per la mia economia, è in forte attesa prevalentemente per gli aspetti connessi alla registrazione e all'iscrizione presso l'elenco delle Società Scientifiche. Al di là di questo, la nostra massima attenzione è concentrata sul requisito dell'assenza dello scopo di lucro. Al di là di quello che è scritto in tutti gli statuti delle società medico-scientifiche, come diceva l'avvocato, in realtà sappiamo molto bene che per sostenere i programmi delle associazioni, si sviluppano in continuazione attività di taglio commerciale, in modo diretto ed indiretto. Diretto entro certi limiti, indiretto anche attraverso società di servizi. Ci sono tantissime società scientifiche che hanno la propria società di servizi partecipata o controllata... quale sarà pertanto la “distanza” richiesta dalla norma tra l'attività commerciale svolta dalla SMS e il limite oltre il quale l'iscrizione nell'elenco sarà preclusa?

Ma tutto questo verrà affrontato nel momento in cui la norma troverà la sua regolamentazione: è una materia tutta in divenire.

A tutti manderemo i riferimenti di Auxilia Iuris e i nostri, per eventuali altri aspetti non trattati in questo incontro. Sicuramente riprenderemo il filo della discussione con i decreti in mano. Grazie a tutti.

Marzo:

Nel ringraziarvi, ricordo solo che l'associazione non ha scopo di lucro, studia questo perché crede in questa cultura e nella formazione di questa cultura.

Se volete fare un passaggio con me su un problema statutario, chiamatemi e io rispondo ben volentieri.