

CONSIDERAZIONI PRELIMINARI, SUGGERIMENTI, PROPOSTE SUL LIBRO BIANCO DELLA SANITA' LIGURE

Intervento di Claudio Basso, Portavoce Forum Ligure Terzo Settore,
agli Stati generali della sanità ligure
Genova, 24 marzo 2016

PREMESSA

Il FTS Ligure come Organismo Associativo Unitario di rappresentanza del terzo settore.

A seguito dell'approvazione della LR 42/12 "Testo Unico delle norme sul Terzo Settore", la Regione Liguria ha riconosciuto nel 2013 il Forum Ligure come "Organismo Associativo Unitario di Rappresentanza del terzo settore" DGR 1281/13 e come tale è parte sociale riconosciuta.

Ciò ha comportato una revisione statutaria e una nuova articolazione territoriale che fa riferimento alle 5 Conferenze dei Sindaci degli ambiti socio-sanitari liguri.

La Regione Liguria ha inoltre deliberato le "Indicazioni regionali per l'applicazione del Testo Unico LR 42/2012 "Testo Unico delle norme sul Terzo Settore" nei rapporti fra Pubbliche Amministrazioni locali e Soggetti del Terzo Settore".

Nel 2014 sono stati riconosciuti anche i 5 Forum Territoriali: Imperia, Savona, Genova, Tigullio, La Spezia ("Riconoscimento degli organismi associativi unitari territoriali di Rappresentanza dei soggetti del terzo settore" - DGR 978/14).

Aderiscono al Forum Ligure del Terzo settore 31 Organizzazioni di livello regionale: ACLI (Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani), AGCI (Associazione Generale Cooperative Italiane), AGE (Associazione Italiana Genitori), AGESCI (Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani), AISM (Associazione Italiana Sclerosi Multipla), ANFFAS (Associazione Famiglie di disabili intellettivi e relazionali), ANPAS (Associazione Naz. Pubbliche Assistenze), ANSPI (Associazione Naz. San Paolo Italia), ANTEAS (Associazione Naz. Terza Età Attiva per la Solidarietà), ANTEAS Aps, ARCI (Associazione Ricreativa Culturale Italiana), ARCIRAGAZZI (Associazione Educativa per i Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza), AUSER Filo d'argento (Associazione per l'Autogestione dei Servizi e la solidarietà), AUSER Aps, AVIS (Associazione Volontari Italiani Sangue), A.V.O. REGIONALE LIGURIA ONLUS (Associazione Volontari Ospedalieri), CDO (Compagnia delle Opere), Confcooperative FEDERSOLIDARIETA' Liguria, CSI (Centro Sportivo Italiano), ENDAS (Ente nazionale Democratico di Azione Sociale), EVAL/ANSPI, FIMIV (Federazione Italiana Mutualità Integrativa Volontaria), FISH (Federazione Italiana Superamento Handicap), FIOPSD (Federazione Italiana Organismi per le Persone Senza Dimora), FOCL (Federazione Operaia Cattolica Ligure), Fondazione "Istituto David Chiossone per i ciechi e gli ipovedenti ONLUS", LEGA COOP sociali, LEGAMBIENTE, MSP (Movimento Sportivo Popolare), UISP (Unione Italiana Sport Per tutti), UNPLI (Unione Naz. Pro Loco Italia).

Queste Organizzazioni, nei diversi ambiti di attività, rappresentano sul territorio ligure: 280 Cooperative Sociali con circa 7.000 lavoratori dipendenti; 2.750 Organizzazioni di Volontariato, con oltre 20.000 volontari aderenti; 4.600 Circoli e Società di Promozione Sociale e Sportiva, con circa 350.000 soci.

La mission del Forum ligure del terzo settore è quella di promuovere e rafforzare comunità coese e inclusive

La necessità di definire un nuovo modello di sviluppo, determinata dalla globalizzazione, dall'evoluzione demografica e dalla crisi socio-economica (nell'ordine), comporta che chi ha ruoli di rappresentanza di interessi generali e ha compiti di organizzare ed erogare servizi non può limitarsi a ragionare in termini tradizionali di "innovazione di prodotto/servizio" o di "innovazione di processo", ma deve spingersi oltre: ridefinire la propria *mission* e adottare

“politiche di innovazione”. Le riforme in materia di lavoro, di istruzione e formazione, di servizi sociali, attivate negli ultimi anni contestualmente alla più recente *spending review*, stanno producendo cambiamenti profondi nella società italiana e quindi anche nel terzo settore. Tali cambiamenti interessano tutte le fasi in cui si articolano le politiche pubbliche: analisi dei bisogni e pianificazione, organizzazione ed erogazione dei servizi, finanziamento, valutazione dei risultati.

Il cammino da percorrere

Vogliamo proseguire questo cammino, rafforzando il ruolo propositivo e di elaborazione di idee del Terzo Settore con regole di rappresentanza e di rappresentatività che effettivamente rendano conto delle molteplici esperienze associative dei cittadini attivi, rendendo più esplicito quanto si fa, nel terzo settore, oltre che per l'ambito socio-sanitario, anche per l'ambiente, l'educazione e la cultura, lo sport e il tempo liberato, l'economia sociale.

Molte di queste attività hanno a che fare con gli stili di vita, con l'autostima, con la consapevolezza che il benessere generale ritarda l'inevitabile scivolamento verso la non autosufficienza.

Lo facciamo, oltre che per la funzione pubblica che già stiamo svolgendo nelle comunità locali, anche per favorire l'inclusione di altri soggetti associativi che vogliono unire le proprie energie e le proprie attività per avere più forza nella definizione delle politiche sul nostro territorio e per realizzare il welfare di comunità.

In questa prospettiva, il FTS è altro rispetto ai Coordinamenti (di cui pure fanno parte Organizzazioni socie del FTS) che raggruppano Enti gestori di servizi per gli anziani (Crea), per il contrasto alle dipendenze (Coread), per le problematiche relative alle disabilità (Corerh) e alla salute mentale (Fenascop).

Ci permettiamo di sottolineare la complementarità delle azioni svolte dai diversi soggetti che liberamente sono organizzati nella nostra comunità ligure (e che vengono anche “da fuori”) e la necessità di saper distinguere la fase di co-programmazione delle politiche dalla fase di co-progettazione dei servizi.

Il sistema socio sanitario ligure ha certamente bisogno di essere riorganizzato. Indicatori di tale necessità sono principalmente due urgenze:

- accrescere l'effettiva esigibilità dei diritti delle persone, che in molte situazioni non trovano risposte adeguate a bisogni fondamentali, e spesso non trovano omogeneità di trattamento tra una ASL e l'altra (due esempi su tutti: la riabilitazione degli anziani post acuti e le cure domiciliari);
- ridefinire la modalità di gestione delle risorse economiche pubbliche disponibili.

Ma il sistema socio sanitario è inserito in un più ampio **sistema di welfare**, che vive di nessi tra i diversi ambiti della vita civile. Per questo motivo non si può affrontare il tema della sanità senza individuare delle connessioni con altri grandi temi che determinano la qualità della vita in Liguria. Due parole chiave, in questo senso, sono **crescita ed educazione**.

➤ La prima è stata già colta dalla nuova Giunta Regionale, che ha proposto un disegno di legge, e il Consiglio Regionale ha approvato (LR 1/2016), sulla **crescita della Liguria**. È fondamentale mantenere una unità nella elaborazione di strategie di sviluppo economico complessivo e di riorganizzazione del sistema socio sanitario, per i motivi sinteticamente richiamati di seguito: è evidente che **solo una società in crescita (dal punto di vista culturale, economico, demografico) può permettersi di mantenere e incrementare un sistema di sanità pubblica adeguato alle aspettative dei cittadini**.

Ed è altrettanto evidente, dal nostro punto di vista, che la crescita non può basarsi solo accentuando la **competitività**. Senza la collaborazione la competitività genera esclusione, quello di cui abbiamo bisogno soprattutto è generare **coesione sociale**, combinando **insieme competitività e collaborazione**.

➤ Il tema della **educazione** sembra invece ancora da mettere a fuoco. Un sistema di welfare maturo è fondato su un popolo consapevole delle proprie scelte e responsabile nell'esercizio dei diritti (in questo senso è molto apprezzabile il richiamo alla “benefica forza” contenuto nel Libro Bianco). Oggi molti cittadini accedono alle prestazioni sociali e sanitarie senza

realmente sapere di cosa hanno bisogno e a cosa hanno diritto. La giusta razionalizzazione nel consumo dei farmaci, negli esami ambulatoriali, nella richiesta di prestazioni specialistiche si raggiunge anche attraverso **l'educazione della domanda**, oltre che con il governo dell'offerta. E questa azione richiede investimenti sul territorio e tra le varie fasce della popolazione.

Nel contempo, la **coscienza professionale** degli operatori sociali e sanitari è chiamata a crescere grazie a scuole e università che insegnino una professione in un orizzonte di grande umanità e competenza. Con percorsi chiari, sostenibili e connessi alla domanda del mercato (oggi in Liguria ci sono pochi medici specializzati in alcuni settori, gli operatori socio sanitari e gli educatori stanno affrontando percorsi di riqualificazione densi di ostacoli e lentezze ...).

IL LIBRO BIANCO: COME INTENDIAMO PARTECIPARE

Abbiamo manifestato da subito il nostro interesse all'approfondimento del Libro Bianco sulla sanità ligure e ci sentiamo pienamente coinvolti nella costruzione dell'impianto complessivo del sistema sociosanitario nella nostra Regione.

Attraverso le esperienze di volontariato, di associazionismo, di mutualità, di imprese sociali, di partecipazione dei cittadini e delle loro forme associate (**spesso, nella sanità, sulla base di patologie specifiche su cui si organizzano i famigliari dei cittadini in condizione di bisogno**), grazie alla diffusione territoriale delle nostre Organizzazioni associate, riteniamo di poter offrire al dibattito generale che coinvolge tutti i soggetti, pubblici e privati profit, competenze professionali e concretezza operativa che possono facilitare il raggiungimento degli obiettivi di welfare mix o, meglio, di welfare comunitario che si possono ricavare dagli enunciati del Libro Bianco.

In questa direzione vanno i nostri recenti documenti **"Il welfare che verrà, come lo vogliamo noi"**, offerto al dibattito delle forze politiche e sociali liguri, e **"In Liguria una strategia per vincere la sfida del cambiamento demografico"** (entrambi scaricabili dal sito: <http://www.forumterzosettore.it/forum-nel-territorio/liguria>).

Il nostro lavoro di questi anni si è sviluppato anche sulle indicazioni del vigente Piano sociale integrato regionale (PSIR), del quale meritano di essere evidenziate le due parti:

- Le azioni di sistema, comprendenti in particolare gli assetti politico-istituzionali e gli assetti tecnico-organizzativi, il finanziamento dei servizi nonché le modalità operative e le azioni trasversali di supporto al funzionamento della rete integrata dei servizi per il conseguimento degli obiettivi di piano;
- Le azioni tematiche sviluppate secondo una logica di trasversalità delle diverse risposte ai bisogni e pertanto articolate nelle seguenti aree:
 - ✓ prevenzione e sviluppo di comunità;
 - ✓ contrasto alla povertà e inclusione sociale;
 - ✓ tutela dei minori delle vittime, delle persone con fragilità sociale;
 - ✓ politiche per la non autosufficienza.

Abbiamo faticato molto e non sempre l'impegno è stato ripagato dal raggiungimento di risultati apprezzabili. La sensazione è che si debba maggiormente investire in **formazione congiunta tra operatori pubblici e privati**, in diffusione di conoscenze, competenze e buone pratiche.

Chiediamo pertanto di passare celermente, dopo la prima fase di consultazione, ad una seconda fase di concertazione, costituendo dei **tavoli o gruppi di lavoro** per approfondire le specifiche tematiche su cui **definire gli obiettivi di sistema, le politiche di intervento, le modalità operative, le regole d'ingaggio dei diversi operatori**.

LA PIRAMIDE DEL LIBRO BIANCO

Lo schema della piramide traduce con una immagine efficace l'idea chiave del nuovo sistema che si vuole definire e rendere operativo in Liguria.

Però questo schema necessita di

- uno scenario favorevole, collegato agli *asset* fondamentali della crescita e dell'educazione;
- scelte operative che modifichino delle prassi attuali, prima ancora che norme di settore, che in buona parte già esistono e sarebbero solo da attuare con un maggiore coordinamento istituzionale tra Regione, ARS, ASL e Comuni e con la collaborazione dei soggetti privati che svolgono una funzione pubblica.

- attenzione al territorio e alle reti dei servizi locali, non solo per recuperare la mobilità passiva extraregionale e diventare punti di attrazione di mobilità attiva, ma anche per stabilire sinergie integrate con altri servizi. In questa prospettiva diventa strategico l'apporto del terzo settore e del non profit in genere, con le proprie capacità di costruire reti territoriali e tematiche e di creare valore aggiunto. Gli interventi del primo livello della "piramide sanitaria" potranno essere gestiti tramite lo strumento dei "Patti di Sussidiarietà".

ALCUNI TEMI DA SOTTOLINEARE

In questa prima fase di consultazione sottolineiamo quindi alcuni esempi di interventi necessari per garantire l'assetto "piramidale" e la "fluidità" tra i livelli. Su di essi riteniamo di poter contribuire al disegno di riforma avviato con il Libro Bianco, formulando proposte con passione e competenza:

ESEMPIO n. 1: gli anziani tra acuzie, post acuzie e cronicità

Nel sistema di welfare ligure da tempo è riconosciuta l'esigenza di una piena integrazione tra servizi sociali e sanitari, che consentirebbe un coordinamento costante e stabile tra gli interventi destinati ad affrontare le acuzie e quelli rivolti alla cronicità.

In particolare, i **servizi residenziali socio sanitari** non sono gestiti dalle ASL in modo uniforme e con una politica costante.

Il perno della residenzialità extraospedaliera è costituito dalle RSA di riabilitazione: sono questi presidi che consentono di evitare

- ricoveri ospedalieri inappropriati (nei quali l'anziano rimane in ospedale quando potrebbe essere curato a casa o in RSA, con una spesa pubblica decisamente inferiore; oppure rimane in ospedale oltre la fase acuta di malattia in quanto non si riesce a seguirlo altrove)
- inserimenti in strutture di lungodegenza che snaturano lo stile di vita dell'anziano e rappresentano una ulteriore spesa per famiglie ed Enti.

Le norme regionali prevedono ricoveri temporanei di 60 giorni, immediatamente successivi al ricovero ospedaliero, allo scopo di riabilitare l'anziano nella fase post acuta di una patologia, per consentirgli il recupero funzionale ed il ritorno al domicilio.

Questo standard viene rispettato in modo intermittente nella ASL 3, che in alcuni periodi dell'anno, mirando ad un contenimento del budget, rallenta gli inserimenti in RSA.

La politica della ASL 2, invece, è stata caratterizzata da un sottoutilizzo delle RSA di riabilitazione, con l'idea che un rientro a domicilio dopo la fase acuta in ospedale consentisse un risparmio.

In entrambi i casi l'effetto ottenuto è opposto: l'anziano non adeguatamente riabilitato, oltre al danno personale e all'impegno aggravato per la famiglia, rientra rapidamente in ospedale per il riacutizzarsi della patologia.

Da questo punto di vista, oltre ad una revisione della politica di gestione della ASL, è necessario che la Regione definisca in modo rapido e preciso lo strumento della "dote di cura", che a livello nazionale rappresenta il miglior sistema di integrazione tra le prestazioni sociali e sanitarie, armonizzando interventi domiciliari e residenziali.

Anche gli **interventi domiciliari**, sia di carattere socio sanitario che di tipo socio assistenziale, presentano difformità sul territorio ed un modello organizzativo obsoleto, ancora fondato su un approccio ormai superato e di esternalizzazione mirata al mero abbattimento dei costi (del tutto illusorio).

In Liguria infatti, nonostante quanto previsto dalla L. 328/2001, dalla LR 12/2006, dalla LR 42/2012, dal vigente PSIR, non viene attuato un sistema di accreditamento in campo sociale e socio sanitario, che consentirebbe ai cittadini:

- effettiva esigibilità dei diritti previsti dalla legge;
- parità di trattamento con i cittadini residenti in altre regioni;
- piena libertà di scelta in ordine al soggetto erogatore del servizio.

Attualmente questi obiettivi non sono sempre garantiti.

Di conseguenza, a scapito del principio di sussidiarietà stabilito dallo Statuto Regionale

- è ridotta al minimo la libertà di scelta dei cittadini in merito ai servizi socio assistenziali
- permane una scarsa possibilità di investimento da parte dei soggetti erogatori (profit e non profit).

È questo impedisce reali possibilità di innovazione dell'offerta, a danno della collettività. Per superare questa situazione di stallo bisogna partire da una "visione" definita delle politiche sociali, che dovrebbe portare la Pubblica Amministrazione:

- a prendere atto dei bisogni delle persone e delle famiglie
- a riconoscere la capacità delle formazioni sociali di rispondere a questi bisogni
- a strutturarsi in modo da svolgere il ruolo di promozione e controllo sui servizi (con riorganizzazione e snellimento degli uffici pubblici, da attuare nel tempo ma con una direzione chiara, guidata dalla politica e non da interessi corporativi).

Ad oggi, l'azione amministrativa fatica ad arrivare a risultati concreti in quanto:

- il manuale applicativo della LR 42/2012 non è sufficientemente conosciuto e apprezzato in modo da applicarlo con concretezza;
- le buone prassi di altre Regioni (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, ad esempio) non vengono considerate, mentre invece consentirebbero di recepire procedure amministrative già sperimentate arrivando rapidamente all'operatività di un sistema di accreditamento.

Applicando la normativa esistente sarebbe già possibile:

- accreditare soggetti erogatori di servizi alla persona (assistenza domiciliare agli anziani e ai disabili, servizi educativi per minori ecc.) in possesso di requisiti che assicurino la qualità delle prestazioni;
- assegnare ai cittadini voucher che consentano di ottenere la prestazione, con un sistema di compartecipazione alla spesa regolato dall'ISEE;
- garantire al cittadino la libertà di scelta del fornitore di servizi, con un controllo pubblico sulla correttezza e appropriatezza delle prestazioni.

ESEMPIO n. 2: Disabili

È imminente la definitiva approvazione della legge nazionale sul "Dopo di noi" che promuoverà e sosterrà economicamente le nuove forme di assistenza alle persone disabili destinate a rimanere prive di legami familiari, per preservare il massimo grado di autonomia possibile.

È ormai un dato acquisito che la persona disabile ha il diritto di vivere in un ambiente di tipo familiare e non "istituzionalizzato" o sanitario.

Esistono sul territorio esperienze da valorizzare e modelli replicabili.

Il sistema pubblico non è stato in grado di capire in che direzione andavano i bisogni dei cittadini, convenzionando strutture grandi, che oggi hanno un basso livello di occupazione in quanto la persona disabile e la famiglia le percepiscono come inadeguate, e abbandonando i presidi che mantengono una dimensione familiare, che sono quelli realmente richiesti dai cittadini.

ASL e Comuni del territorio possono avviare una inversione di tendenza, programmando al meglio (anche con la partecipazione dei soggetti della società civile) l'utilizzo delle risorse stanziato dallo Stato già nella legge di stabilità 2016.

ESEMPIO n. 3: Adolescenti

Sono assenti i servizi territoriali specifici per il disagio adolescenziale, che è uno dei problemi emergenti della vita sociale non solo locale.

Esiste un problema di mancata intesa tra Regione, ASL e Comuni, legato al riconoscimento delle Comunità Educative di Accoglienza con interventi a integrazione socio sanitaria (CEAS), che sono previste dalla normativa regionale, ma nei fatti non accreditate per l'assenza di accordo tra Comuni e ASL in merito alla ripartizione delle rette. Le conseguenze sono nefaste, in quanto espongono i minori con disturbi del comportamento gravi al ricovero in reparti ospedalieri di psichiatria per adulti (oltre al dramma umano, con pesante onere economico per il sistema).

Mancano, inoltre, progetti di prevenzione e di intervento specifici territoriali e Servizi extra scuola: i CAG tradizionali rivelano molti limiti di efficacia dell'intervento e di capacità di intercettare i ragazzi in situazioni difficili.

Il modello sperimentato per alcuni anni e non più finanziato dal 2012, che prevedeva una strettissima collaborazione con gli istituti scolastici, presenta alcuni vantaggi:

- consente di incontrare i ragazzi dove realmente si trovano (a scuola);
- eroga un'offerta articolata che può essere fruita in maniera modulare;
- favorisce il collegamento tra il mondo della scuola e quello del lavoro.

ESEMPIO n. 4: Servizi per l'infanzia (3 - 6 anni) (DGR 222/2015)

Il sistema nidi sta attraversando un momento di grave crisi nella nostra regione. Dopo un forte impulso ricevuto attraverso l'erogazione di ampi finanziamenti in funzione dell'apertura di nuovi servizi, il sistema è attualmente in contrazione: numerosi privati sono costretti a chiudere perché non più in grado di sopportare i costi, a fronte del decremento degli iscritti legato alla crisi economica (minori disponibilità finanziarie delle famiglie, più genitori a casa a causa della perdita del lavoro).

In questa situazione, l'attuale legge regionale appare orientata ad assicurare un livello di qualità basato su aspetti più formali (titolo di studio del coordinatore e degli educatori) che sostanziali.

Non sono messi a tema i veri problemi, che potremmo così riassumere:

- gravi difficoltà economiche - nel corso dell'ultimo anno la Regione non ha erogato alcun tipo di sostegno economico in favore dei nidi (nel corso del quinquennio precedente erano stati erogati finanziamenti in conto gestione);
- crisi culturale: il modello del nido sembra a molti vecchio, non in grado di rispondere ai nuovi bisogni;
- ambiguità rispetto al posizionamento del servizio che, per quanto riguarda gli utenti dell'ultimo anno, si sovrappone totalmente alla scuola d'infanzia nell'articolazione della sezione primavera e, in parte, ai bambini anticipatori delle scuole d'infanzia vere e proprie;
- in base alla L. 107/2015 ("buona scuola") il sistema 0 - 3 sarà recepito all'interno del sistema di istruzione, presumibilmente attraverso accordi territoriali e protocolli di intesa. Sarebbe molto utile che la Regione si esprimesse in proposito.

ESEMPIO n. 5: Sistema socio educativo di prevenzione e tutela di bambini e adolescenti (DGR 535/2015)

La delibera quadro sul sistema socio educativo di prevenzione e tutela di bambini e adolescenti presenta alcuni aspetti critici, sui quali si potrebbe intervenire rapidamente con conseguenze positive per i servizi.

- In primo luogo, il provvedimento ha introdotto degli adempimenti burocratici inutili, che vanno in senso contrario rispetto alla **semplificazione amministrativa** da tutti invocata. In particolare i centri di aggregazione, le ludoteche e i centri estivi (paragrafi 16, 17 e 18 Allegato A) dovrebbero essere esclusi dal regime di autorizzazione, per la loro natura e funzione. Precedentemente era prevista una mera comunicazione (solo per i centri di aggregazione) e la delibera ha introdotto una procedura inutile, che peraltro non garantisce un efficace sistema di controllo ex post.
- In secondo luogo, riguardo alle figure professionali (paragrafo 3.5.2 Allegato A) la delibera non è raccordata con il sistema della formazione. I percorsi di riconoscimento del titolo di educatore professionale e TASE non hanno ancora consentito agli operatori in servizio di adeguare il proprio profilo professionale, con problemi sia per i lavoratori che per le aziende. È necessario:
 - migliorare il coordinamento tra i due sistemi;
 - adottare un provvedimento che consenta, almeno agli operatori in servizio che hanno superato la selezione per il percorso di riqualifica, ma non hanno potuto frequentare il corso per mancanza di posti, di svolgere l'attività nelle more della organizzazione di altre edizioni dei corsi.

Inoltre esiste un problema di mancata intesa tra Regione, ASL e Comuni, legato al riconoscimento delle Comunità Educative di Accoglienza con interventi a integrazione socio sanitaria (CEAS) (vedi anche rif. a esempio 3 in questo documento).

In questo momento le poche strutture con queste finalità non vengono accreditate per l'assenza di accordo tra Comuni e ASL in merito alla ripartizione delle rette.

Le conseguenze sono nefaste, in quanto non viene attuata una adeguata politica di appropriatezza degli interventi e si espongono i minori con disturbi del comportamento gravi al ricovero in reparti ospedalieri di psichiatria per adulti (oltre al dramma umano, con pesante onere economico per il sistema).

È quindi necessario che la ASL si assuma l'onere assegnato relativamente agli interventi di supporto sanitario (paragrafo 7b Allegato A).

Osservazioni, suggerimenti e proposte su questo documento a: <info_forum@libero.it>.