

ψ **AUPI** *notizie*

Associazione Unitaria Psicologi Italiani

2012

n. 1

- **Non si esce dalla crisi
senza risorse per lo sviluppo**
- **Tar Lazio.
Lo Psicologo nelle commissioni mediche
per l'accertamento dell'invalidità civile**
- **Utilità dell'International Classification
of Functioning, Disability and Health (ICF)
nella descrizione delle funzioni e capacità
nelle persone con disturbi mentali**

Notizie

SOMMARIO



1

Non si esce dalla crisi senza risorse per lo sviluppo - M. Sellini



4

Responsabilità professionale
Documento FASSID - AUIPI -
SINAFO



24

Governo Clino



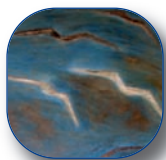
9

Ludopatia.
Indagine conoscitiva sugli aspetti
sociali e sanitari



28

Regione Sicilia.
Salute Mentale e Dipendenze
nel PSR



11

Tar Lazio. Lo Psicologo nelle commis-
sioni mediche per l'accertamento
dell'invalidità civile - R. Perini



47

Utilità dell'International Classifica-
tion of Functioning, Disability and
Health (ICF) nella descrizione delle
funzioni e capacità nelle persone
con disturbi mentali - R. Perini



23

Comunicazione
Nuovo Coordinatore Regionale
FASSID



50

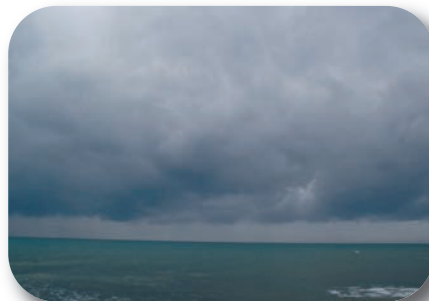
Schede d'iscrizione

In copertina: Fregene, *Gabbiani in volo*.

Opera gentilmente concessa dalla Pittrice BIANCA GANDOLFO. <http://digilander.libero.it/biancagandolfo/>

Non si esce dalla crisi senza risorse per lo sviluppo

Mario Sellini
Segretario Generale



La “cura” dei mali economico-finanziari dell’Italia prosegue implacabile. Dopo la stangata sulla previdenza, ci era stata promessa una vera liberalizzazione.

Qualcosa è stato fatto (!). Come al solito e come tutti gli altri Governi precedenti, il risultato è: “forte con i deboli e debole con i forti”.

Le Banche, i grandi Potentati finanziari, alcune Categorie forti, non sono state toccate o lo sono state solo in minima parte. Quando parliamo di categorie forti, intendiamo quelle che sono tali sul piano economico e del reddito. Parliamo di Categorie che dichiarano, in media, redditi di centinaia di migliaia di euro.

Le Banche escono assolutamente indenni da queste liberalizzazioni. Anzi. La loro forza e le rendite finanziarie crescono e di molto.

Le Banche si “capitalizzano” grazie alla BCE (Banca Centrale Europea), guidata dal Governatore Mario Draghi.

La BCE ha fatto un prestito alle Banche di proporzioni enormi. Centinaia di miliardi di euro a un interesse annuo pari all’1%. Non ci sarebbe da scandalizzarsi se questa immensa iniezione di liquidità nel sistema bancario servisse a ridare ossigeno alle imprese. Se servisse a ridare fiato e risorse agli investimenti. Se servisse a rimettere in moto l’economia reale del paese.

“**Nonostante questa immensa iniezione di liquidità le Banche continuano a tenere chiusi i rubinetti. Ma allora che fine hanno fatto le centinaia di miliardi che la BCE ha prestato alle Banche?**”

Sembra non stia accadendo nulla di tutto ciò. Le piccole e medie imprese continuano a non ottenere prestiti per gli investimenti. I cittadini non riescono ad avere un mutuo. Il sistema produttivo e imprenditoriale continua a non avere accesso al credito. E l’economia del nostro Paese langue.

Nonostante questa immensa iniezione di liquidità le Banche continuano a tenere chiusi i rubinetti. Ma allora che fine hanno fatto le centinaia di miliardi che la BCE ha prestato alle Banche?

Di certo le Banche non pagano l’1% annuo di interesse alla BCE per tenersi i soldi in cassaforte. In qualche modo li stanno utilizzando. Alle imprese non li stanno erogando. Ai cittadini neppure. Vuoi vedere che con questi soldi hanno comprato i Titoli di Stato a copertura del Debito Pubblico?

“**Le Banche acquistano i Titoli di Stato che rendono alle Banche il 3, 4, 5, e anche il 7% di interesse annuo. Senza fare il minimo sforzo il sistema bancario si ritrova con un guadagno netto importante.**”

Per il cittadino comune che non conosce le regole del sistema finanziario tutto ciò sarebbe incomprensibile.

Gli Stati autorizzano la BCE a stampare moneta. Questi soldi sono dati alle Banche e le Banche pagano un interesse pari all’1% annuo. Con questi stessi soldi, le Banche acquistano i Titoli di Stato che rendono alle

Banche il 3, 4, 5, e anche il 7% di interesse annuo. Senza fare il minimo sforzo il sistema bancario si ritrova con un guadagno netto importante.

Ma questi soldi non dovevano servire a rivitalizzare il sistema produttivo? Troppo complicato per noi comuni cittadini alle prese con una crisi sempre grave e con un aumento della tassazione e dei prezzi che sembra non fermarsi a fronte di un blocco salariale e contrattuale senza precedenti. Dopo queste pseudo liberalizzazioni è arrivato il momento di "riformare il mercato del lavoro". Altra riforma chiesta dall'Europa e alla quale, sembra, non ci si possa opporre. Anche in questo caso non siamo pregiudizialmente contrari ad una profonda revisione del mercato del lavoro. Oltre il 40% dei giovani non trova lavoro. La percentuale

sarebbe molto più alta se, alle statistiche ufficiali, aggiungessimo tutti quelli che un lavoro non lo cercano neppure.

Sono diventati milioni i giovani (ma ci sono anche degli over 40) che trovano un lavoro solo se precario. Quelli per i quali è un miraggio ottenere un contratto per 12 mesi, quando l'orizzonte temporale di un lavoro precario non supera il mese. Per non parlare delle finte partite IVA. Un esercito di precari travestiti da "imprenditori/professionisti".

Ci siamo cullati nell'illusione che una riforma del mercato del lavoro dovesse servire a eliminare queste storture. A far diventare trasparente un mercato del lavoro che crea "nuovi schiavi". Pensiamo che l'accesso al mondo del lavoro debba essere disciplinato e che non possano esistere decine di forme paracontrattuali che servono unicamente a rendere sempre più precario il posto di lavoro.

La realtà dei fatti è molto diversa. La riforma del mercato del lavoro sembra doversi risolvere in una massiccia riduzione delle tutele per i lavoratori. Di tutti i lavoratori. L'obiettivo principale sembra essere quello di rendere più facile i licenziamenti, quasi come se in Italia fosse vietato licenziare i lavoratori.

Non sembra proprio che sia così. Sono decine e centinaia le aziende che licenziano. Sono centinaia di migliaia i lavo-

“ La riforma del mercato del lavoro sembra doversi risolvere in una massiccia riduzione delle tutele per i lavoratori. ”

“ Una delle ultime leggi approvate dal Governo Berlusconi, ha esteso ai dipendenti pubblici, l'istituto dell'esubero. ”

“ Dare libertà al datore di lavoro di licenziare chi gli aggrada, senza dover giustificare e/o motivare la propria scelta. ”

ratori che dal 2008, anno di inizio della crisi, hanno perso il posto di lavoro. Il licenziamento per motivi economici (crisi dell'azienda) è, purtroppo, prassi quotidiana.

Gli unici lavoratori che avevano, sottolineo avevano, il posto di lavoro garantito erano i dipendenti pubblici. Erano, perché adesso non sono garantiti neppure loro. Dall'autunno del 2011, una delle ultime leggi approvate dal Governo Berlusconi, ha esteso ai dipendenti pubblici, l'istituto dell'esubero che, nell'arco di 18 mesi, deve portare ad una diversa collocazione del lavoratore dichiarato in esubero (mobilità presso la stessa o altra azienda). Allo scadere del termine massimo previsto se non c'è la ricollocazione scatta il licenziamento.

Oggi, tutti i lavoratori, pubblici e privati, possono essere licenziati per "motivi economici". Ma allora, se già oggi è possibile licenziare e si licenzia, eccome, cosa significa "rendere più facile i licenziamenti"?

A mio modesto avviso può significare una sola cosa: dare libertà al datore di lavoro di licenziare chi gli aggrada, senza dover giustificare e/o motivare la propria scelta. È sufficiente che il datore di lavoro, nella lettera di licenziamento scriva semplicemente che "gli dispiace, ma per colpa della crisi per quel lavoratore non c'è più posto."

Poi si scopre che non è affatto vero, che la reale motivazione è che quel lavoratore è "scomodo" perché magari ha avuto da ridire su problemi inerenti la organizzazione del lavoro, che ha partecipato troppo spesso agli scioperi o che contesta i livel-

li di sicurezza ecc.

Sono solo degli esempi. Anche quando il giudice dovesse riconoscere che la vera motivazione del licenziamento non è quella economica, ebbene, anche in questo caso il giudice non potrà reintegrare il lavoratore. Anche se il licenziamento è "discriminatorio", il lavoratore non può tornare al lavoro. Il paradosso è che a fronte di una ingiustizia il lavoratore ha diritto a qualche mese in più di stipendio; un risarcimento

pari a 18 mesi di stipendio invece che 12. L'ingiustizia subita vale poche migliaia di euro.

Non è accettabile. Per quanto ci riguarda l'AUPI contrasterà questa sciagurata ipotesi in tutti i modi.

Per non parlare dell'applicazione di questa riforma anche per il Pubblico Impiego.

Nel settore privato, un datore di lavoro, non manda via un operaio esperto, un bravo tecnico o un Professionista o Dirigente capace. Generalmente il datore di lavoro ha/dovrebbe avere tutto l'interesse a tenersi i bravi, quelli che hanno esperienza, quelli che gli garantiscono la qualità delle prestazioni.

In ambito pubblico tutto questo non avviene. Nel settore pubblico molto spesso non si sa chi sia in realtà il "datore di lavoro". Il Direttore Generale delle nostre Aziende Sanitarie è, formalmente e giuridicamente, il nostro datore di lavoro.

Ma siamo proprio sicuri che sia così? Il Direttore Generale da chi è nominato? Siamo proprio certi che il Presidente della Giunta Regionale o l'Assessore di turno non abbia il potere di chiedere al Direttore Generale di prendere provvedimenti di un certo tipo?

Nella stragrande maggioranza dei casi, nel Pubblico Impiego, il vero "datore di lavoro" è la "politica", e la "gestione politica" della Pubblica Amministrazione ha dimostrato di non avere alcun interesse a valorizzare i migliori.

La quotidianità ci dice che le scelte sono fatte sulla base dell'appartenenza e della fedeltà, piuttosto che sulla competenza. È quello che accade quotidianamente nelle nostre Aziende. È quello che accade, per esempio, nell'attribuzione degli incarichi.

Gli incarichi sono assegnati dal Direttore Generale non sulla base dei curricula scientifici e/o professionali ma con altri criteri che, spesso, nulla hanno a che fare con la funzione da

“ Nel Pubblico Impiego, il vero “datore di lavoro” è la “politica”, e la “gestione politica” della Pubblica Amministrazione ha dimostrato di non avere alcun interesse a valorizzare i migliori. ”

“ Oggi nella Pubblica Amministrazione contano molto di più la “fedeltà” e l’“appartenenza”; molto meno la “competenza”. ”

“ Il vero problema è conservare e incrementare i posti di lavoro, rendendo competitivi i nostri prodotti. ”

svolgere. Oggi nella Pubblica Amministrazione contano molto di più la “fedeltà” e l’“appartenza”; molto meno la “competenza”.

Una lettura realistica delle regole che, oggi, governano il mercato del lavoro dovrebbe spingere tutti, Governo, Parlamento, Datori di lavoro e Sindacati, a trovare soluzioni praticabili ai problemi

che sono, innanzitutto, quello della precarizzazione, sempre più spinta, del lavoro.

I problemi del nostro Paese e dell'economia non si risolvono concedendo, in fatto di licenziamenti, il libero arbitrio ai datori di lavoro. L'aumento della produttività non si ottiene licenziando i lavoratori. Il vero problema è conservare e incrementare i

posti di lavoro, rendendo competitivi i nostri prodotti. Licenziare non risolve alcun problema. Ne crea di ulteriori e più gravi.

Non si può chiudere questo editoriale senza un riferimento a quanto riportato dai mass-media e relativo all'acquisto della nuova sede dell'ENPAP. L'effetto mediatico è stato dirompente e la Categoria è rimasta schiacciata dall' "onda mediatica". Un effetto mediatico talmente forte che ha fatto perdere di vista la situazione oggettiva. Anche i migliori di noi, quelli più attenti, hanno faticato molto a riprendere in mano la situazione.

Ovviamente, da parte nostra c'è la massima fiducia nell'operato della Magistratura che dovrà verificare che tutto sia avvenuto nel rispetto della legge. Quello che possiamo certamente fare è

valutare, in modo obiettivo, la scelta dell'Ente, utilizzando criteri di valutazione economico/finanziari. Da questo punto di vista riteniamo che non ci siano dubbi sulla bontà dell'investimento. Le perizie, i valori di mercato, le stime effettuate dimostrano la bontà della scelta e dell'investimento.

Per tutte le altre valutazioni non possiamo che affidarci ai risultati dell'inchiesta in corso, consapevoli che le inchieste sono solo una parte, la prima, della ricerca della verità dei fatti.



Roma, 19 marzo 2012
Prot. 141/SM/12/F

PRIME OSSERVAZIONI PER LA REALIZZAZIONE DI UN DOCUMENTO ANALITICO PER LA DEFINIZIONE DELLA RESPONSABILITA' DEI FARMACISTI E DEGLI PSICOLOGI E/O PSICOTERAPEUTI DELLE STRUTTURE DEL SSN, MIGLIORAMENTO DELLE CONDIZIONI DI LAVORO, ABBATTIMENTO DEI COSTI PER LA SANITA' E DEFLAZIONE DEI PROCEDIMENTI CIVILI E PENALI.

(Integrazione al documento del Direttivo FASSID del 12 marzo 2012 Prot. 137/SM/12/F)

Premessa

Il progetto di legge n. 50 sul rischio clinico è un buon progetto che però può essere superato se si vuole dare una disciplina organica e completa alla materia definendo i criteri – oggettivi - di responsabilità del medico. Tuttavia è opportuno che siano avviati interventi finalizzati a gestire non soltanto gli eventi sfavorevoli, ma i rischi. Si dovrà passare da un sistema esclusivamente reattivo (gestione dei contenziosi, delle non conformità, gestione delle emergenze ecc.) ad un sistema prevalentemente pro-attivo e preventivo.

Gli eventi avversi rappresentano sicuramente un problema correlato alla qualità delle cure e sono quindi un problema strettamente clinico. Ma, allo stesso tempo, alimentano un problema più generale, ma non meno importante che è quello della perdita di fiducia della popolazione nei confronti del servizio sanitario e dell'aumento dei contenziosi.

1. Prestazione sanitaria e confini dell'atto professionale del farmacista

Tra gli specifici ambiti di competenza della farmacia ospedaliera e servizi farmaceutici territoriali giova evidenziare:

- la gestione dei farmaci anche sperimentali, dei dispositivi medici, dei diagnostici, dei gas medicali.
- la produzione di farmaci galenici, radiofarmaci, informazione e documentazione sul farmaco, farmacovigilanza, vigilanza sui dispositivi medici.

Gli ambiti di intervento in cui si sviluppa l'attività dei farmacisti operanti nelle strutture ospedaliere e territoriali del SSN sono riassumibili in:

1. Erogazione dell'assistenza farmaceutica sia ai pazienti ricoverati sia in regime ambulatoriale e, a partire dal 2009, ai pazienti presenti nelle strutture penitenziarie afferite al SSN.
2. Monitoraggio delle prescrizioni, Vigilanza sui D.M, Farmacovigilanza, Vigilanza sulle farmacie e officine farmaceutiche,
3. Produzione galenica di medicinali
4. Valutazione delle nuove tecnologie, svolta nell'ambito di gruppi multidisciplinari, relativamente all'impatto clinico, economico e organizzativo in seguito alla loro introduzione.
5. Educazione, informazione, formazione, insegnamento in materia di farmaci e DM finalizzata alla conoscenza e alla promozione dell'appropriatezza di utilizzo e di allocazione delle risorse del SSN.

E' evidente la presenza di attività in cui la prestazione del farmacista rappresenta l'atto terminale di un percorso clinico (v. punti 1 e 3) e attività in cui la prestazione del farmacista entra nel percorso clinico in modo meno diretto ma, in ogni caso, incidente. (v. punti 2,4,5)

2. La responsabilità del professionista psicologo e/o psicoterapeuta.

Premessa

La responsabilità del professionista psicologo e/o psicoterapeuta assume caratteristiche che si differenziano a seconda dello specifico ambito operativo ovvero rispetto alle funzioni delle strutture in cui lo psicologo opera (Ospedale, DSM, SERT, Consultorio Familiare Neuropsichiatria Infantile) e alle diverse caratteristiche dei soggetti che si affidano (adulti, minori, capaci, incapaci).

La responsabilità del professionista psicologo e/o psicoterapeuta nella sua declinazione per le funzioni che allo psicologo e/o psicoterapeuta sono attribuite, si differenzia dalla responsabilità del professionista medico solo per l'ambito di esplicazione che è definito dalle Discipline d'inquadramento nel SSN Area di Psicologia:

1. Disciplina di Psicologia;
2. Disciplina di Psicoterapia.

Questo a fronte di un più ampio ambito di esplicazione della responsabilità del medico che è definito dalle Discipline d'inquadramento nel SSN Area Medica 26 Discipline, Area Chirurgica 13 Discipline, Area di Odontoiatria 1 Disciplina, Area della Medicina Diagnostica e dei Servizi 13 Discipline, Area di Sanità Pubblica 5 Discipline (*MINISTERO DELLA SALUTE - DECRETI 31.02.1998-22.01.1999-02.08.2000-31.07.2002-26.08.2004-18.01.2006(due)-19.06.2006*)

2.1 Perimetro Professionale Obiettivi

La psicologia clinica è uno specifico ambito di competenze finalizzato alla ricerca e all'intervento per la valutazione e la prevenzione, il trattamento e la cura di stati mentali e di sistemi disfunzionali o patologici, nonché al miglioramento ottimale delle condizioni comportamentali e biologiche dipendenti da variabili psicologiche soggettive, situazionali e sistemiche. La psicologia clinica configura i suoi 'oggetti' di studio e di intervento nei processi che possono limitare o disturbare anche gravemente le capacità di adattamento intrapsichico, interpersonale o di gruppo, generando situazioni di disagio, di sofferenza e di devianza. Lo studio e l'intervento sul 'caso', ovvero la persona e i suoi contesti interattivi, costituiscono l'ambito elettivo della psicologia clinica.

(Fonte della definizione: "Collegio dei professori e ricercatori di ruolo di Psicologia Clinica delle Università Italiane")

2.2 Perimetro Professionale Attività

Le attività professionali dei professionisti psicologi e/o psicoterapeuti sono tutte quelle regolate dalla Legge n.56/89 e successive modifiche ed integrazioni che disciplinano l'esercizio della professione di Psicologo.

In particolare:

- attività relative all'uso degli strumenti conoscitivi e di diagnosi;
- le attività di abilitazione e riabilitazione e di sostegno in ambiti di organismi sociali e alle comunità;
- Le attività di ambito psicologico clinico;
- Le attività relative all'esercizio della psicoterapia per gli iscritti all'apposito elenco dell'Ordine degli Psicologi;

2.3 Responsabilità Professionale

Nell'esercizio della professione, lo psicologo e/o psicoterapeuta può incorrere in varie specie di responsabilità che conseguono a:

- **inosservanza** degli obblighi o violazione dei divieti imposti allo psicologo e/o psicoterapeuta dalle leggi e dai regolamenti che disciplinano l'esercizio della professione;
- **trasgressione** dei doveri di ufficio o di servizio inerenti al rapporto di impiego o di servizio;
- **inadempimento** delle obbligazioni nascenti dal contratto di prestazione d'opera nei confronti del paziente (omessa, ritardata, erronea diagnosi etc);
- **errata applicazione** delle regole diagnostico-terapeutiche da cui derivi un danno al paziente (lesione personale o morte).

La responsabilità professionale dello psicologo e/o psicoterapeuta nasce sostanzialmente da una prestazione errata, ritardata e comunque inadeguata che ha prodotto effetti negativi sul diritto alla salute del paziente.

Detto comportamento concretizza quella che viene chiamata **colpa professionale dello** psicologo e/o psicoterapeuta.

Colui che per imperizia, imprudenza, negligenza ovvero per inosservanza di norme nello svolgimento della professione di psicologo e/o psicoterapeuta cagioni ad altri lesioni, danni fisici o la morte soggiace in sede penale a sanzioni pecuniarie e restrittive della libertà personale, in sede civile ad obblighi risarcitori. In sede disciplinare a sanzioni previste dal CCNL e in sede deontologica a sanzioni disciplinari comminate dall'Ordine degli Psicologi.

3. Definizione colpa medica grave

Il nostro ordinamento giuridico positivo non ha mai definito il concetto di "colpa grave" (il codice penale all'art. 133 si limita a dare una definizione del grado della colpa e il codice civile all'art. 2236 si limita a identificare il limite nella colpa per imperizia).

In Italia l'unico caso in cui è definita normativamente la colpa grave è per la responsabilità civile dei magistrati. In tale caso si è ritenuto di dover proteggere il magistrato al fine di garantire serenità nell'operato. Analogamente, tale concetto può ben (e meglio) essere imposto al campo sanitario.

In generale, si dice essere "grave" quella colpa presente quando non viene usata la diligenza, prudenza e perizia propria di tutti gli uomini, tale da essere inescusabile.

Occorre pertanto riuscire a dare una corretta definizione di colpa grave.

Al pari dei magistrati la colpa grave dovrà tenere conto di tutti i fattori di colpa e non solo dei casi di inequivocabile imperizia.

La colpa grave che dovrà consistere nell'evidente e marcata trasgressione di obblighi di servizio o di regole di condotta ovvero omissione – che si concretizza nell'inosservanza di quel minimo di diligenza richiesto nel caso concreto, in una marcata imperizia o una irrazionale imprudenza – dovrà indicare come connotazioni di tale trasgressione: I) siano ex ante astrattamente riconoscibili; II) non sussistano oggettive ed eccezionali difficoltà nello svolgimento dello specifico compito; III) in caso di potenziale e particolare pericolosità delle funzioni esercitate dal soggetto, questo non si sia attenuto all'obbligo di usare il massimo della cautela e dell'attenzione; IV) nel caso di illecito che si concreti in comportamento omissivo, questo sia pervicace ed ingiustificato, tale da rendere ostensiva la volontà del soggetto di disinteressarsi deliberatamente di adempimenti che gli fanno carico.

Una possibile positiva definizione di colpa in ambito sanitario dovrà essere elaborata con esperti del settore (avvocati, magistrati e ctu).

4. Responsabilità professionale del Farmacista vs. responsabilità organizzazione

4.1 In ambito civile

E' da delineare il margine di responsabilità professionale del singolo laddove la professione viene esercitata nell'ambito di vincoli definiti dalla struttura o dalla istituzione.

Il farmacista è particolarmente sensibile alle diverse esigenze di natura clinica (a volte anche motivate da necessità difensive) e all'autonomia delle scelte. In organizzazioni complesse quali le strutture sanitarie l'autonomia della scelta raramente è del singolo. Le scelte del professionista sono molto spesso vincolate dai confini/vincoli organizzativi e risorse messe a disposizione

dall'organizzazione. In contesti diversi lo stesso professionista potrebbe assumere diverse decisioni/scelte.

La reale possibilità della distinzione tra responsabilità tipica del *Farmacista* e responsabilità dell'organizzazione risulta difficilmente praticabile. In molti casi, addirittura, potrebbe risultare, in mancanza di una riforma organica, dannosa per i cittadini e per la pubblica salute.

Una esemplificazione comportamentale riferita alla predetta situazione può essere rappresentata dal "caso dei biosimilari". Resistenze alla loro diffusione, che le istituzioni richiedono invece di promuovere, sono molto spesso espressione di comportamenti difensivi. E' necessario che siano meglio definite le responsabilità delle organizzazioni e delle istituzioni in funzione del grado di condizionamento delle scelte riferito all'assistenza che può essere erogata.

5. Responsabilità professionale dello Psicologo e/o Psicoterapeuta vs. responsabilità organizzazione

5.1 In ambito civile

Gli Psicologi e/o Psicoterapeuti possono essere giudicati e ritenuti responsabili sulla base di presupposti giuridici che nella realtà non esistono.

Si parla di responsabilità professionale laddove è pacifico che di professionale (inteso nel termine teleologicamente inteso nel codice civile) v'è poco.

Il concetto di professionale implica l'autonomia delle scelte. Scelte che sono oramai esclusivamente dettate dall'organizzazione aziendale e dal concetto di sanità – manageriale imposta.

Conseguentemente, il professionista operante presso una struttura pubblica I) non ha piena autonomia delle decisioni (a volte anche per carenze organiche o strumentali o organizzative); II) non ha piena discrezionalità sul comportamento da tenere e i mezzi tecnici da utilizzare; III) sovente è limitata anche la piena personalità della prestazione. Appare perfino inutile evidenziare o tentare di distinguere tra responsabilità tipica dello Psicologo e/o Psicoterapeuta e responsabilità dell'organizzazione (che oltre ad essere inutile potrebbe essere –in mancanza di una riforma organica - dannosa per i cittadini e per la pubblica salute).

Una seconda finzione giuridica è quella che la responsabilità del professionista sanitario è contrattuale da "contatto sociale" a contenuto e a rapporto obbligatorio.

Ora delle due l'una o è a contenuto contrattuale o obbligatorio. E' come dire che il magistrato risponde per responsabilità contrattuale da contatto sociale in quanto avendo avanzato richiesta al Tribunale ho diritto di avere una sentenza inappuntabile.

In altre parole, l'eventuale azione di risarcimento non dovrà avere come legittimato passivo il professionista sanitario, ma dovrà essere diretta sempre nei confronti della Regione.

La Regione entro un anno potrà agire, qualora ritenga esistente la colpa grave, in rivalsa verso il professionista. Solo in questo caso potranno essere attivate procedure gestite da terzi di conciliazione tra struttura e professionista.

In caso di disaccordo si può iniziare una azione giudiziaria vera e propria. L'azione di rivalsa (per colpa grave) non può mai superare una somma pari a un terzo, ovvero una metà di una annualità di stipendio netto del professionista.

6. In ambito penale

Introdurre l'art. 590-ter al codice penale:

«Art 590-ter (Morte o lesioni come conseguenza di condotta colposa in ambito sanitario)

“L'esercente una professione sanitaria che, in presenza di esigenze terapeutiche, avendo eseguito od omesso un trattamento, cagioni la morte o una lesione personale del paziente è punibile ai sensi degli articoli 589 e 590 solo in caso di colpa grave. Ai sensi del presente articolo la colpa è grave quando l'azione o l'omissione dell'esercente una professione sanitaria, grandemente inosservante di regole dell'arte, ha creato un rischio irragionevole per la salute del paziente, concretizzatosi nell'evento.»

Tale definizione, ovviamente, è una base di partenza ma può essere rivista sulla base delle esperienze giurisprudenziali.

7. Provvedimenti disciplinari e formazione

La revisione della regolamentazione della colpa grave limiterebbe il ricorso a comportamenti difensivi e ridurrebbe i costi assicurativi. Nel lungo periodo si verificherebbe una maggiore attenzione ai percorsi preventivi di gestione del rischio, una riduzione degli errori sanitari e dei contenziosi. A tal fine occorrerà imporre ai medici prescrittori l'obbligo di specificare, giustificare e meglio definire la richiesta medica. La dimostrata inappropriata o inadeguatezza della prescrizione dovrà essere meglio definita anche per quanto riguarda gli aspetti delle correlate responsabilità.

In materia di Farmaci e Dispositivi medici dovranno essere promosse esperienze di **informazione indipendente** che siano capaci di stimolare il confronto e il dibattito delle proposte di industria farmaceutica e di biomedicali.

Occorre ridefinire i caratteri dell'ECM nell'ambito delle discipline di Psicologia e Psicoterapia, rendendo obbligatoria ed effettiva la formazione che dovrà essere ricercata dal professionista e non dovrà essere sponsorizzata da aziende. Occorrerà realizzare crediti formativi obbligatori sulla deontologia e responsabilità professionale affidata a specialisti del settore.

Occorrerà, infine, realizzare percorsi formativi obbligatori sulla deontologia e responsabilità professionale affidata a specialisti del settore.

Il Direttivo FASSID



XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

INDAGINE CONOSCITIVA:

Indagine conoscitiva sugli aspetti sociali e sanitari.

Audizione di rappresentanti della Federazione italiana operatori servizi dipendenze (FEDERSERD), del SerT di Arezzo, della Società italiana per l'intervento sulle patologie compulsive (SIIPAC), dell'Associazione unitaria psicologi italiani (AUIPI), dell'Associazione italiani per la psicologia clinica e la psicoterapia (AIPCP) e del Consiglio nazionale dell'ordine degli psicologi (*Svolgimento e conclusione*)

48

INDAGINE CONOSCITIVA

Martedì 20 marzo 2012. — Presidenza del vicepresidente Gero GRASSI.

La seduta comincia alle 15.55.

Indagine conoscitiva sugli aspetti sociali e sanitari.

Audizione di rappresentanti della Federazione italiana operatori servizi dipendenze (FEDERSERD), del SerT di Arezzo, della Società italiana per l'intervento sulle patologie compulsive (SIIPAC), dell'Associazione unitaria psicologi italiani (AUIPI), dell'Associazione italiani per la psicologia clinica e la psicoterapia (AIPCP) e del Consiglio nazionale dell'ordine degli psicologi.

(*Svolgimento e conclusione*).

Gero GRASSI, *presidente*, propone che la pubblicità dei lavori sia assicurata anche mediante impianti audiovisivi a circuito chiuso. Non essendovi obiezioni, ne dispone l'attivazione.

Nella seduta odierna è previsto lo svolgimento dell'audizione di rappresentanti

della Federazione italiana operatori servizi dipendenze (FEDERSERD), del SerT di Arezzo, della Società italiana per l'intervento sulle patologie compulsive (SIIPAC), dell'Associazione unitaria psicologi italiani (AUIPI), dell'Associazione italiani per la psicologia clinica e la psicoterapia (AIPCP) e del Consiglio nazionale dell'ordine degli psicologi.

Introduce, quindi, l'audizione, ringraziando per la Federazione italiana operatori servizi dipendenze (FEDERSERD) il *presidente*, dottor Alfio Lucchini e il dottor Maurizio Fea, *membro del Consiglio direttivo nazionale Federserd*; per il SerT di Arezzo, il dottor Paolo Eduardo Dimauro, *direttore del Dipartimento delle dipendenze - Azienda USL 8 di Arezzo*, e la dott.ssa Valentina Cocci, *psicologa - Azienda USL 8 di Arezzo*; per la Società italiana per l'intervento sulle patologie compulsive (SIIPAC), il *presidente*, dottor Cesare Guerreschi; per l'Associazione unitaria psicologi italiani (AUIPI), il *segretario generale*, dottor Mauro Sellini; per l'Associazione italiani per la psicologia clinica e la psicoterapia (AIPCP), il dottor Marco Timpano Sportiello, *socio* e, infine, per il

Martedì 20 marzo 2012

– 49 –

Commissione XII

Consiglio nazionale dell'ordine degli psicologi, il *segretario*, dottore Paolo Barcucci.

Il dottor Paolo Eduardo DIMAURO, *direttore del SERT di Arezzo*, il dottor Alfio LUCCHINI, *presidente della FEDERSERD*, il dottor Cesare GUERRESCHI, *presidente della S.I.I.P.A.C.*, il dottor Mauro SELLINI, *segretario generale dell'AUPI*, il dottor Marco TIMPANO SPORTIELLO, *socio della AIPCP* e il dottor Paolo BARCUCCI,

segretario del Consiglio nazionale dell'ordine degli psicologi, svolgono una relazione sui temi oggetto dell'audizione.

Gero GRASSI, *presidente*, ringrazia gli intervenuti e dichiara conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 16.50.

N.B.: Il resoconto stenografico della seduta è pubblicato in un fascicolo a parte.

Tar Lazio Lo Psicologo nelle commissioni mediche per l'accertamento dell'invalidità civile

Rinaldo Perini



Pinluigi Palma, Presidente del CNOP e dell'Ordine della Puglia ci comunica che **“L'Ordine della Puglia ha vinto il ricorso contro la ASL di Bari che aveva escluso lo Psicologo dalla Commissione ex L. 104/92. La vicenda è iniziata con un ricorso dell'Ordine al Tar Puglia alla delibera della ASL di Bari, ma poi, siccome la delibera contestata per l'esclusione della figura dello psicologo faceva riferimento ad una circolare ministeriale, che ha quindi efficacia sul territorio nazionale, è stato necessario spostare il ricorso al Tar Lazio.**

L'aspetto più interessante, è che la sentenza ha un rilievo nazionale, derivante dal fatto che unitamente alla delibera della ASL è stata annullata (nei limiti dell'interesse) la circolare del Ministero del Tesoro, Bilancio e della Programmazione economica n. 150 del 7.5.2001 che non prevedeva gli Psicologi tra gli “esperti” con cui integrare le commissioni mediche ai sensi della legge n. 104/92”.

Il diniego della ASL ad integrare le commissioni con la figura dell'esperto Psicologo si è fondato sulla circolare del Ministero del Tesoro n. 150 del 7.5.2001, che prevede che le predette commissioni devono essere integrate necessariamente da un medico specialista e non da un esperto della materia, come invece prevede l'art. 4, L n. 104/1992. La disposizione principale di riferimento è L'art. 4 L. n. 104/1992, che nel disciplinare la composizione delle commissioni stabilisce che **“gli accertamenti relativi alla minorazione, alle difficoltà, alla necessità dell'intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva individuale residua, di cui all'articolo 3, sono effettuati dalle unità sanitarie locali**

mediante le commissioni mediche di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, che sono integrate da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare, in servizio presso le unità sanitarie locali”.

I Giudici del TAR del Lazio, partendo dal presupposto che **“il criterio letterale di ermeneutica delle leggi è quello prioritario.”** ritengono che **“l'art 4 della legge n. 104/92, nel contemplare, tra i componenti chiamati ad integrare le commissioni mediche di cui trattasi, la figura dell'“esperto nei casi da esaminare” (che deve essere in servizio “presso le unità sanitarie locali”), utilizza un'espressione assolutamente generica. Invece, secondo la Circolare in contestazione, tale esperto, con il quale di volta in volta e a seconda dei casi da esaminare vanno integrate le dette commissioni mediche, deve essere necessariamente un “medico specialista” nella disciplina”.**

Secondo i Giudici del TAR l'art. 4 della legge n. 104/92, dove il legislatore ha adoperato il termine generico e omnicomprensivo di “esperto”, in un testo normativo riguardante le commissioni mediche, lo ha adoperato, per una indicazione in via generale di un componente integrativo delle commissioni stesse, che fosse in grado di ampliare ed integrare la capacità analitica della commissione con lo specifico contributo professionale di un, come recita l'articolo 4 della legge n. 104/92 **“esperto nei casi da esaminare” (che deve essere in servizio “presso le unità sanitarie locali”)**”.

Dunque i Giudici del TAR del Lazio sostengono **“le commissioni sono chiamate ad effettuare una valuta-**

zione che non è solo di carattere squisitamente medico, ma anche, quanto meno in relazione alla c.d. “diagnosi funzionale”, rivolta ad individuare le ricadute della patologia del soggetto sulla sua vita di relazione e sulla sua capacità lavorativa, aspetti, dunque per i quali appare pertinente e non ultroneo anche l’apporto dello psicologo, il quale, d’altra parte, come componente esperto, va semmai ad integrare e non già a sostituire i componenti ordinari della commissione che per legge, come già detto, sono componenti “medici”.

Volendo fare una valutazione più generale appare evidente che l’impostazione della circolare del Ministero del Tesoro n. 150 del 7.5.2001 annullata (nei limiti dell’interesse) dalla sentenza quando specifica che *“In particolare, gli accertamenti relativi alle condizioni di disabilità e le indicazioni delle conseguenze derivanti dalle minorazioni per accedere al sistema per l’inserimento lavorativo nonché l’effettuazione delle visite sanitarie di controllo della per-*

manenza dello stato invalidante sono attribuiti, in via esclusiva, alle A.S.L. locali, mediante le commissioni mediche di cui all’art. 4 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 legge 5 febbraio 1992, n. 104, integrate, com’è noto, da un operatore sociale e da un esperto (medico specialista) a seconda dei casi da esaminare.

Tale integrazione rileva, infatti, ai fini dell’accertamento dell’esistenza e dell’entità dell’handicap, che comporta, tra l’altro, una valutazione del grado di integrazione della persona e delle difficoltà da essa incontrate.”

introducendo nel testo la dizione *“(medico specialista) a seconda dei casi da esaminare.”* limita e contraddice il fine che essa stessa enuncia ovvero quello che l’integrazione è finalizzata ad *“una valutazione del grado di integrazione della persona e delle difficoltà da essa incontrate.”*

Per questo guardiamo con interesse agli aspetti che la sentenza mette in rilievo, sapendo che la nostra azione non è e non sarà solo a tutela della perdita di chance dei Colleghi che operano nelle aziende sanitarie, ma che va a sostegno del diritto della persona con disabilità a vedere lette comprese e riconosciute le sue condizioni.

“Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.”

(Pubblicata in G. U. 17 febbraio 1992, n. 39, S.O.)

Omissis

4. Accertamento dell’handicap. - 1. Gli accertamenti relativi alla minorazione, alle difficoltà, alla necessità dell’intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva individuale residua, di cui all’articolo 3, sono effettuati dalle unità sanitarie locali mediante le commissioni mediche di cui all’articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, che sono integrate da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare, in servizio presso le unità sanitarie locali.

Legge 15 ottobre 1990, n. 295

“Modifiche ed integrazioni all’articolo 3 del D.L. 30 maggio 1988, n. 173 , convertito, con modificazioni, dalla L. 26 luglio 1988, n. 291, e successive modificazioni, in materia di revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti”

(Pubblicata nella G.U. 20 ottobre 1990, n. 246)

Articolo 1

1. Gli accertamenti sanitari relativi alle domande per ottenere la pensione, l’assegno o le indennità d’invalidità civile, di cui alla legge 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni, alla legge 27 maggio 1970 n. 382, e successive modificazioni, alla legge 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni, e alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, come modificata dalla legge 21 novembre 1988, n. 508, nonché gli accertamenti sanitari relativi alle domande per usufruire di benefici diversi da quelli innanzi indicati sono effettuati dalle unità sanitarie locali, a modifica di quanto stabilito in materia dall’articolo 3 del decreto-legge 30 maggio 1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 1988, n. 291, e dall’articolo 6-bis, comma 1, del decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 gennaio 1990, n. 8, e successive modificazioni.

2. Nell’ambito di ciascuna unità sanitaria locale operano una o più commissioni mediche incaricate di effettuare gli accertamenti. Esse sono composte da un medico specialista in medicina legale che assume le funzioni di presidente e da due medici di cui uno scelto prioritariamente tra gli specialisti in medicina del lavoro. I medici di cui al presente comma sono scelti tra i medici dipendenti o convenzionati della unità sanitaria locale territorialmente competente.

3. Le commissioni di cui al comma 2 sono di volta in volta integrate con un sanitario in rappresentanza, rispettivamente, dell’Associazione nazionale dei mutilati ed invalidi civili, dell’Unione italiana ciechi, dell’Ente nazionale per la protezione e l’assistenza ai sordomuti e dell’Associazione nazionale delle famiglie dei fanciulli ed adulti subnormali, ogni qualvolta devono pronunciarsi su invalidi appartenenti alle rispettive categorie.

4. In sede di accertamento sanitario, la persona interessata può farsi assistere dal proprio medico di fiducia.

Omissis

N. 02880/2012 REG.PROV.COLL.

N. 01999/2011 REG.RIC.



R E P U B B L I C A I T A L I A N A

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio

(Sezione Terza)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 1999 del 2011, proposto da:
Ordine degli Psicologi della Regione Puglia, in persona del legale rappresentante,
Presidente p.t. del Consiglio dell'Ordine, rappresentato e difeso dall'avv. Antonio
Nichil, con domicilio eletto presso lo studio dell'Avv. Marco Gardin in Roma, via
Laura Mantegazza, 24;

contro

Ministero dell'Economia e delle Finanze, rappresentato e difeso dall'Avvocatura
Generale dello Stato, domiciliataria per legge in Roma, via dei Portoghesi, 12;
Azienda Sanitaria Locale di Bari, n.c.;

per l'annullamento

- del provvedimento di diniego a firma del Direttore Generale della ASL di Bari
prot. 57959/1 del 26.3.2010, pervenuto all'Ordine degli Psicologi di Bari in data
8.4.2010, nonchè di ogni altro atto presupposto, connesso o comunque
conseguenziale e in particolare, ove ritenuta atto effettivamente lesivo, della
Circolare del Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione

Economica n. 150 del 7.5.2001 e ancora, ove ritenuta anch'essa atto lesivo, della medesima deliberazione del Direttore Generale della ASL di Bari n. 63 del 20 gennaio 2010 nella parte in cui non prevede anche la figura dello Psicologo fra gli esperti con cui integrare le commissioni mediche ai sensi della legge n. 104;

Visti il ricorso e i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio di Ministero dell'Economia e delle Finanze;

Vista la decisione del CdS, V, n. 529/2011, di accoglimento del ricorso per regolamento di competenza, con indicazione, come competente, di questo TAR per il ricorso inizialmente proposto davanti al Tar Puglia, Lecce;

Visto l'atto di riassunzione davanti a questo TAR, depositato il 4.3.2011;

Vista l'ordinanza n. 1415/2011 di reiezione dell'istanza cautelare;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore designato per l'udienza pubblica del giorno 25 gennaio 2012 il dott. Domenico Lundini e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO e DIRITTO

L'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia contesta, con il ricorso di cui in epigrafe, il provvedimento a firma del Direttore Generale della ASL di Bari n. 57959/1 del 26.3.2010, con il quale è stata respinta la richiesta dell'Ordine stesso che nelle commissioni mediche previste dalla legge n. 104 del 1992 per l'accertamento dell'invalidità civile, potessero trovare ingresso anche gli psicologi, nonché gli atti presupposti, tra i quali, in particolare, la Circolare del Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica n. 150 del 7.5.2001, posta a fondamento della determinazione reiettiva suddetta, ed ancora, ove ritenuto atto lesivo, della deliberazione della ASL sopra menzionata n. 63 del 20.1.2010, nella parte in cui non prevede anche gli psicologi tra gli "esperti" con cui integrare le commissioni mediche ai sensi della legge n. 104/92.

In ragione della ricomprensione, nell'impugnativa, della Circolare di cui sopra, il Consiglio di Stato, adito per regolamento di competenza, ritenendo la Circolare stessa atto con efficacia estesa all'intero territorio nazionale, ha ritenuto, con decisione della Sez. V n. 529 del 25.1.2011, che il ricorso (originariamente presentato alla Sezione di Lecce del Tar Puglia), spettasse alla competenza del TAR Lazio, davanti al quale, quindi, il giudizio è stato riassunto dall'Ordine ricorrente.

Quest'ultimo, con un unico articolato motivo, deduce quanto segue avverso gli atti impugnati:

-Violazione e falsa applicazione dell'art. 4 della legge 5.2.1992, n. 104 e successive modificazioni e integrazioni, nonché del DPCM 13.1.2000. Eccesso di potere per mancata considerazione delle circostanze di fatto e di diritto. Contraddittorietà interna. Difetto di motivazione. Violazione dell'art. 97 della Costituzione e del principio di buon andamento dell'azione amministrativa. Ingiustizia manifesta.

Il Ministero intimato si è costituito con memoria di mera forma.

Tanto premesso, ritiene il Collegio che il ricorso di cui trattasi sia suscettibile di favorevole esame e debba essere quindi accolto, nei limiti dell'impugnativa della nota ASL di Bari datata 26.3.2010 e (in parte qua) della Circolare Ministeriale n. 150 del 7.5.2001, dovendosi invece ritenere irricevibile per tardività la contestazione (peraltro solo ipoteticamente azionata) della nota/avviso pubblico di riorganizzazione delle commissioni Mediche, da parte della medesima ASL, in data 20.1.2010, atteso che lo stesso Ordine ricorrente dichiara espressamente (cfr. tra l'altro delibera di conferimento del mandato difensivo) di aver chiesto l'integrazione di tale atto (avendolo evidentemente conosciuto) sin dal 22.2.2010 e quindi ben prima dei 60 giorni antecedenti il ricorso di cui trattasi, notificato il 7.6.2010.

Quanto all'interesse al ricorso, non se ne può negare la sussistenza e persistenza, sia ai fini dell'eventuale riedizione, rinnovazione, integrazione di atti, come quelli in contestazione, riguardanti la categoria, sia ai fini, anche semplicemente, della tutela

avverso determinazioni di carattere generale (con valore vincolante ai fini applicativi sul piano amministrativo nei confronti di organi ed uffici periferici) restrittive di interessi e prerogative della intera categoria degli Psicologi, legittimamente rappresentata e tutelata quindi, in questa sede, dall'Ordine professionale ricorrente.

La questione attiene, nella sostanza, alla possibilità (negata dall'Amministrazione ministeriale e sostenuta invece dalla parte ricorrente), anche per gli psicologi, di far parte delle commissioni previste dalla legge n. 104 del 1992.

Al riguardo va premesso che tale fonte normativa, contenente i principi dell'ordinamento in materia di diritti, integrazione sociale e assistenza della persona handicappata, prevede, all'art. 3: -che "è persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione"; -che tale persona "ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative"; -che poi, "qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità", conseguentemente determinando "priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici".

Il successivo art. 4, che particolarmente interessa in questa sede, stabilisce poi che "gli accertamenti relativi alla minorazione, alle difficoltà, alla necessità dell'intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva individuale residua, di cui all'articolo 3, sono effettuati dalle unità sanitarie locali mediante le commissioni mediche di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, che sono integrate da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare, in

servizio presso le unità sanitarie locali”. Le commissioni predette sono anche chiamate a pronunciarsi ai sensi dell’art. 1 comma 4 della legge n. 68/2009 (“Norme per il diritto al lavoro dei disabili”), il quale dispone infatti quanto segue: “L’accertamento delle condizioni di disabilità di cui al presente articolo, che danno diritto di accedere al sistema per l’inserimento lavorativo dei disabili, è effettuato dalle commissioni di cui all’articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, secondo i criteri indicati nell’atto di indirizzo e coordinamento emanato dal Presidente del Consiglio dei ministri entro centoventi giorni dalla data di cui all’articolo 23, comma 1. Con il medesimo atto vengono stabiliti i criteri e le modalità per l’effettuazione delle visite sanitarie di controllo della permanenza dello stato invalidante”.

A sua volta, l’art. 1 della predetta legge n. 295/90 (richiamato dall’art. 4 della legge n. 104/92), dettando la normale composizione delle commissioni mediche costituite nell’ambito delle UU.SS.LL. per gli “accertamenti sanitari relativi alle domande per ottenere la pensione, l’assegno o le indennità d’invalidità civile”, di cui alle leggi specificate nel medesimo articolo (comma 1), nonché per “gli accertamenti sanitari relativi alle domande per usufruire di benefici diversi da quelli innanzi indicati”, specifica (comma 2) che le commissioni stesse “sono composte da un medico specialista in medicina legale che assume le funzioni di presidente e da due medici di cui uno scelto prioritariamente tra gli specialisti in medicina del lavoro”.

Come si vede, l’art. 4 della legge n. 104/92, nel contemplare, tra i componenti chiamati ad integrare le commissioni mediche di cui trattasi, la figura dell’”esperto nei casi da esaminare” (che deve essere in servizio “presso le unità sanitarie locali”), utilizza un’espressione assolutamente generica. Invece, secondo la Circolare in contestazione, tale esperto, con il quale di volta in volta e a seconda dei casi da esaminare vanno integrate le dette commissioni mediche, deve essere necessariamente un “medico specialista” nella disciplina, e a tale orientamento si è

fedelmente attenuta la ASL di Bari nel rigettare la richiesta formulata dal Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Puglia.

L'assunto ministeriale, contenuto nella Circolare in questione, non può essere condiviso, alla luce, anzitutto, come giustamente rimarca il ricorrente, del dato letterale della norma contenuta nell'art. 4 della legge n. 104/92, laddove appunto il legislatore ha adoperato il termine generico e omnicomprensivo di "esperto", nel mentre, se fosse vero l'assunto dell'Amministrazione, non si comprende per quale motivo non sia stata adoperata l'espressione di "medico specialista nella disciplina" (o altra analoga). In effetti il criterio letterale di ermeneutica delle leggi è quello prioritario. Nel caso di specie, se il legislatore, in un testo normativo riguardante le commissioni mediche, ha adoperato, per la indicazione in via generale di un componente integrativo delle commissioni stesse, un termine differente ("esperto") da quello riferito ("medico/i") ai componenti ordinari, ciò non può essere privo di significato e deve essere spiegato nel senso che con tale termine la norma ha voluto ricomprendere tutte quelle figure professionali (e quindi anche lo psicologo), che si dovessero rendere necessarie (o opportune) a seconda della specificità dei casi da esaminare. Si pensi, ad esempio, per l'eventuale integrazione della commissione con uno "psicologo", a tutti quegli stati di disagio psicologico che, senza tuttavia tradursi in vere e proprie patologie di rilevanza psichiatrica, condizionino comunque in peius e in maniera stabile e costante la vita e quindi la capacità lavorativa della persona, la cui diagnosi appunto è di competenza dello psicologo.

Oltre al dato letterale, soccorrono poi, al fine di avvalorare l'interpretazione sopra esposta della disposizione normativa di cui trattasi, anche elementi di interpretazione sistematica e complessiva, se si considera quanto segue:

a) nella stessa Circolare ministeriale in contestazione si precisa alla pag. 2, significativamente, "...che l'attività da parte delle commissioni mediche A.S.L. concerne vuoi l'acquisizione di notizie utili per l'individuazione della posizione del

disabile nel suo ambiente, la sua situazione familiare, di scolarità e di lavoro (profilo socio-lavorativo) vuoi la descrizione analitica della compromissione dello stato psico-fisico e sensoriale (diagnosi funzionale), sulla base dei dati anamnestico-clinici nonché della valutazione documentale sanitaria preesistente; e che “.....accanto alla prassi consolidata della valutazione percentuale degli stati invalidanti, si devono introdurre aggiustamenti valutativi che tengano conto dei contenuti della più volte menzionata legge n. 104/1992, onde far sì che il giudizio globale si adatti allo scopo che la normativa oggetto della presente circolare direttoriale si prefigge e cioè l'inserimento sociale del disabile”;

b) sostanzialmente, emerge dal testo della Circolare che le commissioni sono chiamate ad effettuare una valutazione che non è solo di carattere squisitamente medico, ma anche, quanto meno in relazione alla c.d. “diagnosi funzionale”, rivolta ad individuare le ricadute della patologia del soggetto sulla sua vita di relazione e sulla sua capacità lavorativa, aspetti, dunque per i quali appare pertinente e non ultroneo anche l'apporto dello psicologo, il quale, d'altra parte, come componente esperto, va semmai ad integrare e non già a sostituire i componenti ordinari della commissione che per legge, come già detto, sono componenti “medici”;

c) la multidisciplinarietà dell'intervento e delle competenze (anche delle commissioni) nella materia di cui si occupa la Circolare predetta, appare anche plausibile alla stregua, ad esempio, di uno dei suoi passaggi conclusivi, ove si afferma che “l'handicap e il suo grado (lieve, medio, grave e gravissimo) sono, quindi, chiaramente collegati, ma non necessariamente coincidenti con la condizione e la misura di invalidità civile, di sordomutismo e di cecità, influenzando il fattore soggettivo nonché quello ambientale, tant'è che due persone, a parità di categoria e percentuale di minorazione, potranno essere diversamente valutate rispetto all'handicap”;

d) né potrebbe ritenersi che le funzioni relative alle valutazioni di cui si è detto sono già svolte e quindi assicurate dalla figura dell'“operatore sociale”, dal

momento che la figura professionale dell'assistente sociale (cui plausibilmente la legge si è riferita) e dello psicologo sono differenti per percorso formativo di studi e mansionario specifico in ambito SSN;

e) inoltre, ulteriori importanti spunti di interpretazione sistematica che inducono a ritenere che l'”esperto” ex art. 4 della legge n. 104/92 possa essere anche uno “psicologo”, emergono dall'art. 19 della medesima legge, ove, sebbene in una disposizione relativa specificamente alla disciplina del collocamento obbligatorio dei soggetti “affetti da minorazione psichica, i quali abbiano una capacità lavorativa che ne consente l'impiego in mansioni compatibili”, si stabilisce che ai fini dell'avviamento al lavoro, la detta capacità lavorativa “è accertata dalle commissioni di cui all'articolo 4 della presente legge, integrate ai sensi dello stesso articolo da uno specialista nelle discipline neurologiche, psichiatriche o psicologiche” (con espresso riconoscimento quindi della possibile integrazione delle commissioni stesse con uno “psicologo”);

f) ed ancora, non è privo di rilievo, ai fini che interessano in questa sede, anche il disposto dell'art. 2 comma 1 della L. n. 423/93, nella parte in cui dispone, interpretando l'art. 12 comma 5 della legge n. 104/92, che “l'individuazione dell'alunno come persona handicappata, necessaria per assicurare l'esercizio del diritto all'educazione, all'istruzione ed all'integrazione scolastica di cui agli articoli 12 e 13 della medesima legge, non consiste nell'accertamento previsto dall'articolo 4 della legge stessa, ma è effettuata secondo i criteri stabiliti nell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 7 dell'anzidetto articolo 12. In attesa dell'adozione dell'atto di indirizzo e coordinamento, al fine di garantire i necessari interventi di sostegno, all'individuazione provvedono, nel rispetto delle relative competenze, uno psicologo, ovvero un medico specialista nella patologia denunciata, in servizio presso l'unità sanitaria locale di residenza dell'alunno”.

Sulla base delle esposte considerazioni e con assorbimento di ogni profilo di censura non esaminato, deve essere quindi accolto il ricorso in epigrafe, e per

l'effetto vanno annullati gli atti impugnati, limitatamente alla nota della ASL Bari n. 57959/1 del 16.3.2010 e (nei limiti dell'interesse) alla Circolare del Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica n. 150 del 7.5.2001.

Le spese tuttavia, tenuto conto della particolarità della questione esaminata, vanno compensate tra le parti.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio (Sezione Terza), definitivamente pronunciando sul ricorso, come in epigrafe proposto, accoglie lo stesso, nei limiti dell'annullamento della nota ASL Bari 26.3.2010 e (nei limiti dell'interesse) della presupposta Circolare Ministeriale del 2001.

Compensa le spese.

Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'autorità amministrativa.

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 25 gennaio 2012 con l'intervento dei magistrati:

Franco Bianchi, Presidente

Domenico Lundini, Consigliere, Estensore

Giuseppe Sapone, Consigliere

L'ESTENSORE

IL PRESIDENTE

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 26/03/2012

IL SEGRETARIO

(Art. 89, co. 3, cod. proc. amm.)



FASSID
Federazione Aipac Aupi Simet Sinafo Snr Dirigenti

Coordinamento Regionale Lombardia

Milano, 24 marzo 2012

Al Direttore Generale Sanità Dott. Carlo Lucchina
E, pc.
Al Presidente della Giunta Regionale
All'Assessore della Sanità Regione Lombardia
AL Presidente del Consiglio Regionale
Al Presidente della III° Commissione Sanità e Assistenza
Al Direttivo Nazionale FASSID
All'Intersindacale della Dirigenza Medica e Sanitaria Regionale

Oggetto: Comunicazione relativa alla nomina del nuovo Coordinatore Regionale FASSID

In data 22.03.2012, presso la Sede FASSID di Roma, Via Farini 62, si è riunito il Direttivo FASSID Nazionale assieme ai Segretari Regionali delle Aree FASSID Lombardia (AIPAC, AUPI, SIMeT, SINAFO, SNR). A seguito di tale incontro, si è proceduto alla nomina del Coordinatore Regionale ed è stato eletto il Dr. Salvatore Zavaglia, nuovo Coordinatore della Federazione FASSID della Regione Lombardia.

Si ricorda che essendo la FASSID una Federazione costituita da cinque Aree distinte, fermo restando il parere unico e vincolante, le convocazioni intersindacali vanno effettuate ai seguenti recapiti:

AIPAC – Dott.ssa Loredana Tocalli : e-mail tocalli.aipac.reg@hsacco.it
AUPI – Dott. Salvatore Zavaglia: e-mail szavaglia@tin.it
SIMeT – Dott. Antonio Bastone: e-mail coas-monza@libero.it
SINAFO – Dott.ssa Gerarda Bruno: e-mail gbruno@asl.milano.it
SNR – Dott. Gaetano Reali: e-mail gaetano.reali@gmail.com

Distinti Saluti

Il Coordinatore FASSID Regione Lombardia
Dr. Salvatore Zavaglia

Dr. Salvatore Zavaglia e-mail: szavaglia@tin.it Tel. 3284188758 Segreteria 02 6691184 - Fax 026691943
Studio 0332877041 - Fax 0332877055

(15 marzo 2012)



Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche per una maggiore efficienza e funzionalità del Servizio sanitario nazionale.

(C. 278-799-977-ter-1552-1942-2146-2355-2529-2693-2909/A)

ULTERIORE NUOVO TESTO UNIFICATO ADOTTATO COME NUOVO TESTO BASE, QUALE RISULTANTE DAGLI EMENDAMENTI APPROVATI

Art. 1.

(Principi fondamentali in materia di governo delle attività cliniche).

1. Il governo delle attività cliniche è disciplinato dalle regioni nel rispetto dei principi fondamentali di cui alla presente legge, nonché dei principi di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

2. Il governo delle attività cliniche delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico, nonché delle aziende di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, è attuato con la partecipazione del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, come da ultimo modificato dall'articolo 2 della presente legge. Nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, le regioni definiscono le soluzioni organizzative più adeguate per la presa in carico integrale dei bisogni socio-sanitari e per la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale.

3. Il governo delle attività cliniche garantisce, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il modello organizzativo idoneo a rispondere efficacemente alle esigenze degli utenti e dei professionisti del Servizio sanitario nazionale, attraverso l'integrazione degli aspetti clinico-assistenziali e di quelli gestionali relativi all'assistenza al cittadino, assicurando il miglioramento continuo della qualità e nel rispetto dei principi di equità, di appropriatezza e di universalità nell'accesso ai servizi. A tal fine le regioni prevedono il coinvolgimento dei comuni, attraverso la con-

ferenza dei sindaci, nelle funzioni programmatiche. Le regioni promuovono altresì forme e strumenti di partecipazione democratica nella fase di programmazione delle politiche socio-sanitarie mediante il coinvolgimento delle associazioni di tutela dei diritti. Le regioni, nel promuovere le forme di partecipazione democratica di cui al precedente periodo, prevedono il coinvolgimento anche delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di rappresentanza del terzo settore.

Art. 2.

(Autonomia e responsabilità del medico).

1. Le attività mediche e sanitarie sono dirette alla tutela della salute degli individui e della collettività.

2. Tali attività sono erogate nel rispetto dei principi di autonomia e responsabilità, diretta e non delegabile, dei medici e dei professionisti sanitari nell'ambito delle proprie specifiche competenze e nel rispetto delle funzioni ad essi affidate e svolte.

3. Le norme, emanate sia a livello nazionale che regionale, connesse alle esigenze organizzative e gestionali dei servizi sanitari e socio-sanitari e di ogni altra attività esercitata da questi professionisti si applicano nell'ambito di tali principi di autonomia e responsabilità.

Art. 3.

(Funzioni del Collegio di direzione).

1. Le regioni prevedono l'istituzione, nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario regionale, del Collegio di direzione, quale organo dell'azienda, di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, individuandone la composizione in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nella azienda o nell'ente e disciplinandone le competenze e i criteri di

funzionamento, nonché le relazioni con gli altri organi aziendali.

2. Il Collegio di direzione, in particolare, concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca e la didattica, e allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato e di efficienza, dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati, ed è consultato obbligatoriamente dal direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche. Nel caso in cui il direttore generale adotti un provvedimento contrario al parere del Collegio di direzione, questo deve essere motivato.

Art. 4.

(Requisiti e criteri di valutazione dei direttori generali).

1. Le regioni provvedono alla nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale nel rispetto dei termini e dei requisiti già previsti dagli articoli 3 e 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, garantendo adeguate misure di pubblicità dei bandi, delle nomine e dei curricula e di trasparenza nella valutazione degli aspiranti, nonché il possesso da parte degli aspiranti medesimi di un diploma di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale nel campo delle strutture sanitarie e settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, nonché del requisito dell'età anagrafica non superiore a 65 anni, al momento della nomina.

2. Le regioni provvedono altresì alla definizione di criteri e di sistemi di valutazione e verifica dell'attività dei direttori generali, sulla base di obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, all'ottimizzazione e alla funzionalità dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

Art. 5.

(Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura).

1. Le regioni, tenuto conto delle norme in materia stabilite dalla contrattazione collettiva, disciplinano i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, previo avviso cui l'azienda è tenuta a dare adeguata pubblicità, sulla base dei seguenti principi:

a) la selezione viene effettuata da una commissione presieduta dal direttore sanitario e composta da due direttori di struttura complessa nella medesima specialità dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da elenchi nominativi predisposti dalla regione interessata, tra il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale della stessa disciplina ma comunque esterni all'azienda interessata alla copertura del posto;

b) la commissione riceve dall'azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare e, sulla base dell'analisi comparativa dei curriculum, dei titoli professionali posseduti, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti di un colloquio, seleziona da uno a tre candidati che hanno ottenuto i migliori punteggi. Il direttore generale individua il candidato da nominare sulla base della terna predisposta dalla commissione, motivandone analiticamente la scelta. Qualora il dirigente a cui è stato conferito l'incarico dovesse lasciarlo o decadere entro tre anni dalla nomina si procede alla sostituzione scegliendo tra gli altri due professionisti facenti parte della terna iniziale;

c) la nomina dei responsabili di unità operativa complessa a direzione universitaria è effettuata dal Direttore generale su indicazione del Rettore, su proposta del coordinamento interdipartimentale o dell'analogo competente organo dell'Ateneo, sulla base del curriculum scientifico e professionale del responsabile da nominare.

2. L'incarico di direttore di struttura complessa deve in ogni caso essere confermato al termine di un periodo di prova di sei mesi a decorrere dalla data di nomina a detto incarico, sulla base del lavoro svolto nonché dei criteri di valutazione cui all'articolo 6 della presente legge.

3. L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa o di un dipartimento, è attribuito dal direttore generale, su pro-

posta, rispettivamente, del direttore della struttura complessa di afferenza o del direttore di dipartimento, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. Negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, il direttore scientifico, per le parti di propria competenza, è responsabile delle proposte da sottoporre al direttore generale per l'approvazione, ai sensi dell'articolo 11, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288, e delle leggi regionali vigenti in materia. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con possibilità di rinnovo. L'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico degli incarichi sono definiti dalla contrattazione collettiva nazionale.

4. Per le finalità di cui al presente articolo non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'articolo 15-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Art. 6. (Valutazione dei dirigenti medici e sanitari).

1. I dirigenti medici e sanitari sono sottoposti a valutazione secondo le modalità definite dalle regioni sulla base di linee guida elaborate nel rispetto della normativa contrattuale e approvate tramite intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti con lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, su proposta del Ministro della salute, le quali tengono conto anche dei principi del Titolo II del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Gli strumenti per la valutazione dei dirigenti medici e sanitari con incarico di direzione di struttura complessa e dei direttori di dipartimento rilevano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati, concordati preventivamente in sede di discussione di budget in base alle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione, nonché gli indici di soddisfazione degli utenti e provvedono alla valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato

delle risorse. L'esito positivo della valutazione determina la conferma nell'incarico o il conferimento di altro incarico almeno di pari rilievo.

Art. 7. (Dipartimenti).

1. Le regioni disciplinano l'organizzazione dei dipartimenti e la responsabilità dei direttori di dipartimento secondo i seguenti principi:

- a) l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle aziende sanitarie, ospedaliere e ospedaliero-universitarie;
- b) il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale tra i direttori delle strutture complesse aggregate nel dipartimento;
- c) il direttore di dipartimento è sovraordinato ai direttori di struttura complessa per gli aspetti gestionali attinenti il dipartimento e, di norma, mantiene la direzione della struttura di appartenenza;
- d) nelle aziende ospedaliero-universitarie, di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, è assicurata la parità numerica tra direttori di dipartimento di componente ospedaliera e universitaria, ove possibile.

Art. 8. (Limiti di età).

1. I commi 1 e 2 dell'articolo 15-nonies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in conformità a quanto disposto dal comma 18 dell'articolo 24 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, sono sostituiti dai seguenti:

«1. Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici e sanitari del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa e i ricercatori universitari di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, è stabilito al compimento del sessantasettesimo anno di età. A domanda dell'interessato, sentito il Collegio di direzione, tale limite è stabilito al compimento del settantesimo anno di età.

2. I professori universitari di ruolo cessano dalle ordinarie attività assistenziali con il collocamento a riposo, fatto salvo quanto previsto dalla legge 4 novembre 2005, n. 230. I professori universitari, pur cessando dalle ordinarie attività assistenziali, se impegnati in progetti di ricerca clinica di carattere nazionale o internazionale, possono continuare a svolgere l'attività di ricerca prevista nel progetto. Le disposizioni di cui al presente comma si applicano anche al personale universitario medico e sanitario delle analoghe professionalità della dirigenza del Servizio sanitario nazionale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale».

Art. 9. (Programmazione e gestione delle tecnologie sanitarie).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliero-universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, anche attraverso forme di collaborazione interaziendale, alla programmazione e alla gestione delle tecnologie sanitarie, al fine di garantire un uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici e in particolare delle grandi apparecchiature e dei relativi impianti, i quali devono essere sottoposti a procedure di accettazione, ivi compreso il collaudo, nonché di manutenzione preventiva e correttiva e a verifiche periodiche di sicurezza, di funzionalità e di qualità. La programmazione e la gestione di cui al periodo precedente costituiscono la base per la formazione del personale nell'uso delle tecnologie sanitarie, nonché per l'eventuale acquisizione di nuove tecnologie.

2. Nell'ambito delle procedure di cui al comma 1, al fine di garantire la protezione dalle radiazioni dei pazienti e degli operatori, deve essere prevista la valutazione di sicurezza delle tecnologie radiologiche di cui al decreto legislativo 26 maggio 2000, n. 187, garantendo il coinvolgimento delle strutture di fisica medica.

3. Le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliero-universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, possono costituire, nei loro ambito, organismi o enti no-profit, per la raccolta di fondi atti all'acquisizione di tecnologie sanitarie ritenute di interesse strategico per lo sviluppo della risposta sanitaria aziendale.

Art. 10. (Collegio sindacale e pubblicità degli atti).

1. Le periodiche verifiche di cassa e le relazioni sull'andamento delle attività delle Aziende sanitarie ed ospedaliere svolte dal collegio sindacale devono essere rese note al pubblico anche mediante la pubblicazione nei siti web delle aziende.

Art. 11. (Competenze delle regioni a Statuto speciale e delle province autonome).

1. Sono fatte salve le competenze delle regioni a Statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano, che provvedono all'attuazione delle finalità della presente legge ai sensi dei rispettivi statuti speciali e delle relative norme di attuazione.



REGIONE SICILIANA



ASSESSORATO DELLA SALUTE

**Piano Sanitario Regionale
“PIANO DELLA SALUTE”**

2011-2013

Indice

<i>L'eccellente normalità come obiettivo</i>	9
Introduzione	12
Quadro normativo-programmatico	12
Dal Piano di rientro al Piano Regionale della Salute: dal contenimento della spesa alla riqualificazione dell'assistenza	13
I collegamenti con altri livelli di programmazione: il Patto per la Salute	15
Il Piano Regionale della Salute: principi ispiratori	16
Le politiche sociosanitarie	17
L'Assistenza Religiosa	18
1. Analisi del contesto demografico e di salute della popolazione siciliana	20
1.1 Informazioni demografiche, biostatistiche, epidemiologiche e socio-economiche	20
1.2 Quadro nosografico della Regione	22
1.2.1 Mortalità	22
1.3 Ambiti prioritari di intervento	29
1.3.1 Tumori	29
1.3.2 La salute materna e neonatale in Sicilia	33
1.3.3 Incidenti	34
1.3.4 La non autosufficienza: anziani e disabili	35
1.3.5 I cittadini stranieri in Sicilia	36
1.4 I Determinanti di Salute	37
<i>Problemi di salute rilevanti</i>	43
<i>Obiettivi prioritari</i>	43
2 L'Assistenza sanitaria collettiva e in ambienti di vita e di lavoro	45
2.1 I programmi di educazione alla salute	45
2.1.1 La situazione attuale	45
2.1.2 I Programmi regionali di prevenzione	45
Obiettivi e interventi prioritari per il triennio: il Piano Regionale della Prevenzione	50
2.2 La sicurezza alimentare	51
2.3 La sanità veterinaria	55
2.3.1 L'Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Sicilia "A. Mirri"	57
2.4 La tutela della salute e della sicurezza nei luoghi e negli ambienti di vita e di lavoro	57
2.4.1 Salute e ambiente	57
2.4.2 La tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori	58
2.4.3 Il Patto per la tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro	59
Il Piano si pone i seguenti obiettivi:	61
- migliorare la raccolta e la registrazione delle segnalazioni di patologie correlate al lavoro;	61
3 La centralità del territorio: la riorganizzazione dell'assistenza primaria e il potenziamento della rete assistenziale territoriale finalizzato alla riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza	63

3.1	Il Presidio Territoriale di assistenza (PTA) e il ruolo dei MMG, dei PLS e dei Medici di Continuità Assistenziale	63
	Potenziamento della “gestione integrata” con la specialistica ambulatoriale.....	64
	Le performance clinico-assistenziali per la diffusione di buone pratiche evidence-based.....	65
3.2.	La gestione delle cronicità e l’integrazione ospedale-territorio in una prospettiva di presa in carico globale della persona	66
4.	L’integrazione socio-sanitaria	68
4.1	La non autosufficienza.....	69
4.1.1	L’assistenza domiciliare.....	70
4.1.2	La Rete regionale delle Residenze Sanitarie Assistite	70
4.2	Le Disabilità	71
4.3	La Riabilitazione e il modello operativo: la rete regionale.....	76
4.4	L’assistenza agli immigrati	78
4.5	Il ruolo del volontariato e del privato sociale	80
5.	Le politiche del farmaco	82
5.1	Caratterizzazione dei consumi farmaceutici in Sicilia.....	82
5.2	Il corretto uso del farmaco: dalla prescrizione, alla dispensazione e all’uso.....	83
6	L’Assistenza ospedaliera: nuova configurazione dell’offerta.....	87
6.1	La rete ospedaliera	87
6.1.1	L’assistenza secondo il principio delle reti integrate: l’applicazione del modello Hub & Spoke.....	88
6.1.2	Criteri organizzativi dei Presidi Ospedalieri Pubblici	92
7	Il sistema dell’emergenza sanitaria: le innovazioni del sistema	96
7.1	Il percorso intraospedaliero del paziente in emergenza	97
7.2	Il ruolo del volontariato nel sistema di emergenza urgenza	98
8	L’assistenza nelle isole minori.....	99
9	La Salute della donna, del bambino e dei giovani: obiettivi e azioni	107
9.1	I percorsi assistenziali dell’area materno infantile	113
9.1.1	La procreazione responsabile e il percorso nascita.....	114
9.1.2	Screening e diagnosi prenatale dei difetti congeniti del feto	115
9.1.3	Il percorso IVG.....	116
9.1.4	La Procreazione Medicalmente Assistita (PMA).....	116
9.1.5	Il percorso Salute Sessuale e Riproduttiva dell’età giovanile.....	116
9.1.6	L’assistenza ginecologica	118
9.1.7	Il percorso salute sessuale e riproduttiva delle donne migranti	118
9.2	La prevenzione della mortalità neonatale, materna e delle malattie perinatali: messa in sicurezza dei punti nascita e miglioramento della qualità dell’assistenza al parto e al neonato-counseling e diagnostica prenatale	119
9.2.1	Messa in sicurezza dei punti nascita e miglioramento della qualità dell’assistenza al parto e al neonato	119
9.3	Il puerperio e la salute del neonato e del bambino	121
9.4	L’educazione alla salute e ai corretti stili di vita in età pediatrica e nell’adolescenza	123
9.5	L’integrazione Ospedale-Territorio e i percorsi diagnostico terapeutici in pediatria.....	123
10	La Lotta ai tumori: obiettivi e azioni	126
10.1	La prevenzione dei tumori	126
10.2	La cura dei tumori: la rete oncologica e radioterapica e i percorsi diagnostico-terapeutici	126

10.3	I tumori in età pediatrica	128
10.4	La rete delle radioterapie.....	130
10.5	La riabilitazione in oncologia	130
11	Le cure palliative e la terapia del dolore.....	131
11.1	La rete delle cure palliative.....	131
11.2	La rete della terapia del dolore	132
11.3	Il ruolo del Non Profit, del Volontariato e del Terzo Settore	132
12	L'Area cardiologica: obiettivi e azioni.....	133
12.1	La Prevenzione del Rischio Cardiovascolare.....	133
12.2	La Rete dell'emergenza cardiologica	133
12.3	La Gestione in rete delle aritmie	136
12.4	La rete gestionale integrata per la cura dello Scopenso Cardiaco (SC).....	138
12.5	La Riabilitazione cardiovascolare.....	140
12.6	L'assistenza cardiocirurgica.....	141
13	Le Neuroscienze: obiettivi e azioni.....	142
13.1	Lo sviluppo delle neuroscienze in Sicilia e la messa in rete delle competenze	142
13.2	La rete per l'emergenza neurologica	142
13.2.1	Malattie cerebrovascolari e StroKe Unit	142
13.2.2	Neurotrauma	143
13.3	La rete per le malattie neurologiche croniche.....	143
13.3.1	Demenze e malattia di Alzheimer.....	144
13.3.2	Parkinsonismi e disturbi del movimento ed Epilessia	144
13.3.3	Sclerosi Multipla	144
13.3.4	Malattie neuromuscolari	145
14	La gestione del politraumatizzato	147
14.1	Trauma cranio-encefalico	147
14.2	Il Trauma Center	148
14.3	Il Sistema integrato di riabilitazione ospedale-territorio	149
15	L'Area dei trapianti e il Piano Sangue.....	150
15.1	L'Area dei trapianti: obiettivi e azioni.....	150
15.2	Il Piano Regionale Sangue e Plasma 2010-2012	153
15.3	Riassetto e rifunzionalizzazione della rete per l'assistenza dei pazienti affetti da emoglobinopatie	155
16	La Salute Mentale e le Dipendenze	156
16.1	La Salute Mentale: promozione di percorsi di ripresa	156
16.2	Integrazione della Salute Mentale con le Dipendenze Patologiche e con i distretti 156	
16.2.1	La formazione in Salute Mentale.....	161
16.2.2	La ricerca orientata alla Salute Mentale	162
16.3	La Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA).....	162
16.5	La doppia diagnosi: la gestione integrata.....	168
17	Il miglioramento della Qualità ed il Governo Clinico	171
17.1	Qualità, governo clinico e sicurezza dei pazienti	171
17.2	Programma Regionale per la Promozione permanente della Qualità (PROQUAL)	172

17.3	La gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure.....	172
17.3.1	La funzione aziendale per la qualità e la sicurezza dei pazienti	172
17.3.2	Monitoraggio eventi avversi	173
17.3.3	Programma Regionale per l'implementazione di raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti .	173
17.3.4	Programma di collaborazione con Joint Commission International	173
17.4	Il Coinvolgimento dei pazienti.....	174
17.5	Il Miglioramento dell'efficacia delle prestazioni.....	174
17.6	Il Miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni	175
18	La Formazione del personale per i bisogni di salute e lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale	177
18.1	Analisi dei bisogni formativi.....	177
19	La Comunicazione	182
19.1	Il Consenso informato	182
	Interventi prioritari	182
20	Ricerca e Innovazione.....	184
20.1	La ricerca biomedica ed organizzativa per l'innovazione e lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale.....	184
20.2	La gestione efficace delle tecnologie sanitarie	185
20.3	Le innovazioni tecnologiche	187
20.4	Il Comitato Regionale di Bioetica.....	198
21.	Le risorse	200
21.1	La programmazione degli investimenti.....	200
22	L'Attuazione del Piano.....	205
22.1	Misurabilità e trasparenza: monitoraggio e valutazione	205
22.2	L'Audit civico e l'apporto del volontariato	205
23	Obiettivi prioritari del Piano Sanitario Regionale 2011-2013	205

16 La Salute Mentale e le Dipendenze

16.1 La Salute Mentale: promozione di percorsi di ripresa

I problemi relativi alla Salute Mentale hanno assunto un'importanza crescente a seguito del trend in aumento delle patologie psichiatriche, nonché ai costi diretti ed indiretti associati alle disabilità conseguenti.

Sempre maggiore significato vanno assumendo in tal senso i disturbi psichiatrici dell'età evolutiva-adolescenziale, caratterizzati dalla prevalenza dei disturbi di personalità, da disturbi del comportamento alimentare, dalla presenza di comorbidità tra disturbi psichiatrici ed abuso di sostanze.

Non minore importanza rivestono i disturbi mentali della popolazione anziana, con particolare riferimento alle patologie croniche degenerative, come le demenze nelle loro varie forme.

“Non c'è salute senza salute mentale” è il messaggio consegnato alle Nazioni Europee dalla conferenza di Helsinki del 2005 con il quale l'Unione Europea si impegna a promuovere politiche di salute mentale improntate all'ottica di salute pubblica, all'attenzione di tutte le fasce di età, alla qualificazione di interventi, alla continuità degli interventi, al rispetto dei diritti umani e civili delle persone con disturbi mentali.

Il Parlamento Europeo con la risoluzione del 19/02/09, accogliendo il Patto Europeo, ha posto l'accento sulla prevenzione dei disturbi mentali attraverso un intervento sociale, prestando attenzione ai gruppi più vulnerabili.

Ha affermato altresì l'esigenza di utilizzare al meglio le risorse disponibili e organizzare programmi di sensibilizzazione e formazione, sostenendo che:

- il lavoro ha un ruolo centrale nell'integrazione sociale delle persone affette da disagio mentale;
- il rafforzamento del ruolo delle organizzazioni delle persone affette da disagio mentale e delle famiglie;
- la destigmatizzazione della malattia mentale abbandonando l'uso di pratiche invasive ed inumane;
- la promozione delle attività di riabilitazione psicosociale realizzate attraverso strutture abitative-riabilitative pubbliche di piccole dimensioni, caratterizzate dal modello familiare ed inserite all'interno di contesti urbani favorevoli all'integrazione dei residenti durante tutte le fasi del processo terapeutico-riabilitativo.

La risposta a bisogni così complessi caratterizzati dalla dimensione multifattoriale, non può essere definita in ambito esclusivamente sanitario, ma necessita del collegamento e dell'integrazione, in regime di sussidiarietà, dei soggetti interessati, istituzionali e non, coinvolti: Azienda Sanitaria Provinciale, Enti Locali, associazioni di volontariato e terzo settore, scuola, medici di medicina generale, associazioni di familiari e pazienti, nel rispetto dei reciproci ruoli e funzioni, con l'assunzione di precisi compiti e responsabilità.

In tal modo si porranno le condizioni per l'attivazione di una salute mentale di comunità capace di sviluppare, d'intesa con la rete informale e la società civile nonché la famiglia, progetti terapeutico-riabilitativi individuali dei quali i soggetti portatori del disagio siano protagonisti e non già destinatari passivi.

Tale impostazione presuppone la capacità di promuovere servizi di Salute Mentale capaci di ridefinire modelli clinico-organizzativi, in grado di procedere ad un riconoscimento precoce dei disturbi gravi, alla presa in carico globale del paziente, alla stesura di un Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI) condiviso.

Il PTI prevede tutti gli interventi integrati possibili e tende al mantenimento e/o ri-acquisizione del diritto di cittadinanza attraverso l'inserimento abitativo, lavorativo e sociale. In questo caso va anche ripensata l'offerta della residenzialità psichiatrica, che va vista sempre più quale offerta abitativo-riabilitativa e quindi sempre più verso il modello “casa”.

Tale progetto presuppone sul piano gestionale l'introduzione di una flessibilità nei percorsi assistenziali, anche attraverso un modello integrato pubblico-privato sociale, per le attività socio-riabilitative (formazione/lavoro, residenzialità) nel quale il pubblico continui a mantenere la responsabilità e la titolarità del servizio.

In tal senso, al fine di definire una partnership di qualità, è possibile istituire, presso ogni Azienda Sanitaria Provinciale, un albo delle imprese sociali per la realizzazione dei PTI.

Sulla base di queste considerazioni si ritiene necessario definire una visione strategica della politica di salute mentale, articolata su due assi principali:

- promuovere servizi finalizzati ai percorsi di ripresa
- promuovere la salute mentale nella comunità.

16.2 Integrazione della Salute Mentale con le Dipendenze Patologiche e con i distretti

Il Distretto rappresenta il luogo ove si realizzano sinergie a livello di programmazione, erogazione e valutazione dei servizi. Il Servizio di Salute Mentale, nella programmazione della propria attività, si integra con l'attività di programmazione del Distretto, attraverso la formulazione dei piani di attività territoriali, che esprimono il fabbisogno di assistenza specialistica e territoriale, in forma domiciliare, ambulatoriale e residenziale.

Nell'ambito della programmazione distrettuale ed aziendale è necessario assicurare maggiore attenzione agli interventi diretti alla salute mentale dell'infanzia e della adolescenza, definendo ed adottando in ogni ASP protocolli condivisi tra i servizi di salute mentale, di neuropsichiatria infantile (NPI), di psicologia e servizio sociale e gli altri servizi sanitari e sociali presenti nel territorio, relativamente all'infanzia-adolescenza al fine di migliorarne l'integrazione e la collaborazione.

Al fine inoltre di rendere agevole l'integrazione tra i servizi di salute mentale e i Ser.T. occorre promuovere lo sviluppo della presa in carico globale del soggetto con problematiche psichiatriche e problematiche di dipendenza

patologica nelle varie fasce di età con protocolli condivisi. In ogni caso i dipartimenti Salute Mentale ed i Ser.T. metteranno insieme risorse per istituire servizi integrati per le patologie e le problematiche socio-sanitarie di confine.

Sul piano operativo, negli interventi che verranno coordinati sia con la Neuropsichiatria Infantile (NPI) sia con i Ser.T. , si dovrà adottare una metodologia di lavoro di rete basata sulla individuazione del case management e disegnando collaborazioni e rapporti che garantiscano una presa in carico globale utilizzando lo strumento del PTI-budget di salute.

Obiettivi prioritari

Piano strategico regionale sulla Salute Mentale

Attraverso la costituzione di un Coordinamento Regionale da parte degli Uffici competenti dell'Assessorato verrà definita il piano strategico regionale per attivare politiche sociali e di salute mentale che abbiano carattere di universalità e di esigibilità, che siano partecipative, sistemiche e fortemente emancipatorie, diversificate rispetto ai contesti territoriali e finalizzate alla restituzione del potere alle persone ed alle comunità locali, coerentemente con i principi della legge 328/00 e con gli articoli 2, 3, 38 della Costituzione.

Il Piano strategico dovrà definire linee guida integrate in materia di interventi sociali, ambiente, sanità, istruzione, lavoro, trasporti, comunicazione.

Inoltre promuoverà e sosterrà attraverso azioni di ricerca, formazione, ed accompagnamento approcci alla programmazione locale tipici dei territori socialmente responsabili, basati sulla coerenza di tutte le politiche locali e su metodologie verificabili di governance partecipata, finalizzati al benessere di tutti i cittadini, a partire da quelli più deboli.

Le azioni del Coordinamento avranno come obiettivo principale l'organizzazione di un sistema di welfare capace di promuovere la comunità nel suo complesso attraverso:

- il potenziamento della capacità di trasferimento di innovazione scientifico-tecnologica,
- il potenziamento dello scambio con sistemi territoriali esterni di risorse e di conoscenza,
- l'acquisizione della sostenibilità ambientale e sociale come bagaglio metodologico,
- la promozione di sistemi socio-economici eticamente orientati,
- la regolamentazione e il monitoraggio dell'applicazione uniforme dei LEA;
- l'implementazione della metodologia dei progetti individualizzati di inclusione (budget di salute) destinando risorse finalizzate a sostenere i diritti fondamentali all'abitare, all'affettività/socializzazione, alla creatività, alla formazione permanente, all' inserimento lavorativo e all'autoimprenditorialità, anche attraverso le pratiche di microcredito.

A tale scopo il Coordinamento produrrà strumenti di accompagnamento (documentazione, ricerca, formazione e trasferibilità di buone prassi) per sostenere le azioni di programmazione e valutazione dei distretti socio-sanitari dell'Isola. Si adopererà, inoltre, allo sviluppo di partnership con l'economia sociale (welfare mix) finalizzata all'infrastrutturazione sociale, sanitaria e ambientale della Regione.

Il Coordinamento avrà il compito di organizzare con cadenza biennale la Conferenza Regionale sulla Salute Mentale per:

1. definire le priorità operative dei DD.SS.MM;
2. monitorare e verificare il raggiungimento degli Obiettivi previsti dal Piano Sanitario Regionale;
3. favorire lo sviluppo di progetti innovativi.

La Salute mentale di Comunità

Obiettivo prioritario del presente Piano è la definizione e realizzazione di una Salute Mentale di comunità, che operi in un determinato territorio, in un sistema a rete, con interventi integrati operati dai vari soggetti interessati, istituzionali e non, sanitari, sociali, privati, no profit, rete informale della società civile, fondazioni e famiglie, utilizzando al meglio le prescrizioni della legge 328/2000.

A tal fine:

- le Aziende Sanitarie Provinciali dovranno completare il processo di dipartimentalizzazione dei servizi di Salute Mentale;
- i DD.SS.MM. opereranno per la costruzione di una rete di servizi capace di fornire un intervento integrato, con particolare riferimento alla riabilitazione, e svilupperanno un'organizzazione attraverso la quale assegnare responsabilità tecniche e gestionali precise, in grado di garantire la corretta presa in carico globale del paziente e la continuità dell'azione, stimolando e favorendo la partecipazione dei familiari.

In tale ottica l'Azienda Sanitaria Provinciale si doterà di un proprio Piano di azione locale per la Salute mentale, elaborato attraverso pratiche di concertazione con tutte le agenzie del proprio territorio (Distretti, Enti Locali, Imprese sociali e imprenditoriali, Associazioni dei familiari e degli utenti, organizzazioni del mondo del lavoro sindacali, volontariato e organizzazioni culturali e ricreative, del mondo della formazione).

Nell'individuare gli obiettivi dovrà indicare anche le priorità a medio e breve termine compatibili ed adeguate con le dotazioni finanziarie disponibili e dovrà integrarsi con i Piani di Zona.

A tale scopo ogni Dipartimento deve promuovere un tavolo di concertazione locale per l'attuazione delle politiche di salute mentale di cui è competente. Il tavolo individuerà gli obiettivi prioritari di salute e le conseguenti scelte, nell'ambito delle politiche di integrazione socio-sanitaria e della *governance* clinica dei progetti terapeutici individualizzati, definendo così un'ampia base di partecipazione e condivisione.

La Salute mentale in carcere e l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG)

La legge 230/99 ed il DPCM 01/04/08 impongono una assunzione di responsabilità dei DD.SS.MM, competenti per territorio, relativamente alla organizzazione di un servizio che, garantendo una corretta armonizzazione fra le misure sanitarie e le esigenze di sicurezza consenta da un lato di prendere in carico, all'interno delle carceri, i soggetti con patologia psichiatrica e dall'altro di operare per il definitivo superamento dell'OPG.

In ottemperanza alla norma citata dovrà essere prevista la realizzazione all'interno delle carceri di misure e azioni necessarie per la tutela della salute mentale degli internati con la possibilità di attivare servizi o reparti da destinare a imputati o condannati con sopravvenuta infermità mentale.

Ciò consentirà il rientro dall'OPG di questi ultimi con la conseguente riduzione del carico di internati. Si potrà, quindi, con l'approntamento di idonei PTP e i necessari accordi con i DD.SS.MM. dei territori di provenienza, provvedere alla progressiva dimissione dei pazienti internati e attivare, al contempo, le azioni necessarie alla realizzazione di progetti alternativi all'internamento in OPG.

Con successivo progetto specifico si provvederà a definire gli strumenti organizzativi necessari per affrontare i problemi discendenti.

La gestione integrata dei disturbi del comportamento alimentare

Nel loro complesso sono disturbi relativamente diffusi nella popolazione, di sempre maggiore riscontro clinico, in particolare nella fascia di età giovanile-adulta. A fronte però di un aumento della richiesta di interventi non si è registrata una corrispondente crescita dell'offerta da parte dei servizi, con la creazione di strutture specializzate, situazione questa notevolmente grave nell'Italia centro meridionale.

Data la complessità della patologia, deve essere garantita una risposta multidisciplinare alla multifattorialità che contraddistingue tali disturbi, non potendosi più immaginare l'intervento di un solo specialista in una situazione clinica in cui disturbi fisici sono strettamente correlati ai disturbi psichici.

In considerazione di ciò sarà compito di ciascun DSM attrezzarsi per garantire una gestione integrata del problema, alla quale partecipino oltre agli psichiatri, neuropsichiatri infantili, tossicologi, dietologi, endocrinologi, psicologi, internisti, nutrizionisti ecc.

L'integrazione va garantita con opportuni protocolli che definiscano la fase dell'accoglienza, della diagnosi, e del trattamento attraverso una corretta presa in carico, evitando il ricorso ad interventi extra-regionali creando in loco i presidi necessari, anche di tipo semiresidenziale e residenziale.

La Psichiatria di Collegamento e di Consultazione (P.C.C.)

La psichiatria di collegamento e di consultazione (P.C.C.) svolta nell'Ospedale generale ed in collaborazione con i Medici di Medicina generale garantisce importanti risultati sia sul piano della individuazione precoce dei disturbi psichici, che sul piano della qualità dell'assistenza di base.

La necessità dell'attivazione di una P.C.C. è determinata anche dall'aumento considerevole del numero dei malati cronici (infartuati, dializzati, trapiantati, diabetici, malati di cancro) che presentano problemi psichiatrici e sociali, dal riconoscimento da parte dei medici di altre discipline che un sostegno di tipo psichiatrico può essere determinante nell'incrementare la compliance da parte del paziente, con una migliore riuscita delle procedure diagnostico-terapeutiche previste; dalle richieste sempre più pertinenti di un miglioramento della relazione medico-paziente, basato sulla umanizzazione delle relazioni stesse e sull'ascolto, attento ed empatico, delle istanze di chi vive una sofferenza fisica e/o psichica.

La P.C.C. dovrà, quindi, prendere in carico il paziente nei reparti ospedalieri, evitando il trasferimento in SPDC; sensibilizzare gli specialisti di altre branche a passare, nella prassi medica di tutti i giorni, dal modello "curare-guarire" al modello "prenderci cura" della persona malata e della famiglia.

La psicogeriatría

I disturbi psicopatologici dell'anziano e le sindromi demenziali sono in continuo aumento in tutto il mondo a causa del progressivo invecchiamento della popolazione e rappresentano dunque una delle più importanti emergenze che i sistemi sociosanitari si troveranno ad affrontare nei prossimi anni.

Le disabilità che queste patologie comportano hanno un costo personale, familiare e sociale notevole e necessitano pertanto di un adeguato intervento medico e sociale.

I DD.SS.MM. dovranno identificare i bisogni di cura ed assistenza, attraverso le U.V.A e le U.V.G. ed apponteranno idonei percorsi terapeutici-assistenziali da realizzarsi, tramite opportuni protocolli, in maniera integrata con tutte le agenzie presenti sul territorio, che di tale problema si occupano.

Interventi prioritari

Le azioni volte ad affrontare i problemi inerenti ad alcune specifiche patologie per l'alto costo personale e sociale che le stesse comportano (es. psicosi gravi, comportamenti suicidari, disturbi di personalità, disturbi dell'adolescenza con particolare riguardo ai disturbi del comportamento alimentare, demenze) sono quelle di seguito individuate:

- promuovere l'integrazione con i servizi per le tossicodipendenze e per l'età evolutiva al fine di intervenire efficacemente nelle patologie di confine, nelle doppie diagnosi, nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta, nei disturbi del comportamento alimentare;
- garantire l'applicazione di interventi precoci sugli esordi psicotici attraverso programmi di intervento integrati tra le varie figure professionali secondo modelli operativi basate su evidenze scientifiche consolidate;

- favorire le aggregazioni di genitori e pazienti stimolando la formazione di associazioni e gruppi auto-mutuo-aiuto al fine di garantire al meglio la partecipazione alle scelte di salute mentale;
- favorire l'accesso ai servizi, attuando misure di flessibilità affinché gli stessi si proiettino all'esterno cessando di essere servizi di attesa e si trasformino in servizi attivi che vadano a farsi carico del problema laddove si produce, intensificando l'attività domiciliare, in collaborazione con i familiari, i M.M.G. e altre istituzioni, consentendo quanto più è possibile la permanenza dell'utente al proprio domicilio;
- implementare direttamente o in mix pubblico-privato sociale le strutture semiresidenziali con finalità sia di socializzazione, sia di orientamento professionale;
- definire in maniera chiara le procedure per gli accertamenti sanitari obbligatori ed i T.S.O., specificando responsabilità e titolarità dell'intervento;
- garantire la partecipazione attiva del paziente alla stesura del progetto terapeutico individualizzato che lo riguarda, e la possibile condivisione della famiglia;
- partecipare alla programmazione ed attuazione degli interventi integrati previsti dalla Legge 328/00 per le problematiche di competenza;
- sviluppare "il gruppo di lavoro" al fine di monitorare e migliorare il lavoro di équipe multi- professionale;
- sostenere la motivazione e la formazione degli operatori delle UU.OO., allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza sviluppando metodiche per la corretta gestione del rischio clinico.

Strumenti e modalità operative

Il Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI) è uno strumento operativo col quale viene riaffermata la centralità della persona e il valore del legame nella comunità. Riaffermare il valore della persona, anche quando disabile o demente o apparentemente improduttiva, vuol dire fare di tutto per non relegarla alle istituzioni assistenziali, sostenendo con più forza la famiglia e ricercando nuove forme di mutualità comunitaria al fine di aumentare la "capacità di presa in carico".

Il PTI si colloca all'interno di un intervento più ampio che ha come obiettivo finale la costruzione di un sistema di sostegno e cura ad alta integrazione socio-sanitaria alle persone con bisogni, fondata sul rafforzamento delle reti di comunità, sulla qualificazione degli interventi di volontariato e di economia sociale e sulla migliore integrazione con i servizi socio-sanitari, divenuti capaci di fare comunità, del terzo settore e delle organizzazioni produttive.

In questo senso si vuole sviluppare un programma di passaggio progressivo da forme prevalentemente sanitarie di risposta al bisogno socio-sanitario a forme partecipate ed organiche al tessuto sociale, radicando le persone con disabilità nel tessuto di vita normale, sia dal punto di vista abitativo che lavorativo e sociale, contribuendo in tal modo al miglioramento della qualità della vita discendente dall'inserimento in un'attività lavorativa soddisfacente, dal vivere in un luogo dignitoso liberamente scelto, dall'aver amici, relazioni, vita sociale.

Il PTI prevede interventi volti a :

- ridefinire l'organizzazione dei servizi territoriali per renderla più coerente con l'approccio di cura comunitario;
- ri-orientare le professionalità degli operatori in genere che si occupano del territorio verso la cultura della *community-care*;
- valorizzare l'informale nelle attività riabilitative;
- approfondire le conoscenze della comunità attraverso la definizione di profili che ne rappresentano le aree- risorse e le aree problematiche;
- coinvolgere il terzo settore ed il privato imprenditoriale, divenuto soggetto attivo capace di esprimere l'utilità sociale del proprio lavoro, in collaborazione con altri soggetti del territorio e secondo logiche di partenariato con il sistema pubblico;
- promuovere, nelle realtà locali, nuove forme di mutualità con strumenti innovativi di espansione del sistema di protezione ed integrazione sociale legata al territorio, in grado di fornire nuove opportunità occupazionali e relazionali per le "fasce deboli";
- valorizzare l'identità sociale, l'habitat ed il lavoro quali alternative necessarie ai percorsi di istituzionalizzazione o abbandono di persone con disabilità sociale;
- realizzare, in accordo con il privato sociale, forme di habitat sociale e formazione/lavoro alternativi alla istituzionalizzazione, favorendo il sostegno abitativo di tipo domiciliare;
- individuare, per ogni PTI, il *case manager* che avrà la funzione di integrazione di tutti gli interventi multiprofessionali e multiistituzionali.

La diffusione e la personalizzazione nelle prassi del modello del PTI non solo consentirà di adoperare una "buona pratica", ma garantirà prognosi positive e protagonismo delle persone- utenti.

Presa in carico globale del paziente grave

Rappresenta una missione specifica del DSM, con priorità di intervento, deve essere orientata allo sviluppo di una proficua alleanza di lavoro tra tutti i componenti del sistema a rete.

Ciò comporta un forte investimento della équipe multiprofessionale del DSM e dei partners della rete al fine di garantire una progettualità che partendo dalla osservazione del soggetto con i suoi bisogni e le sue abilità e verificate le risorse disponibili nella comunità, definisca un PTI, di cui il DSM ne assume la responsabilità. Il PTI garantisce al soggetto un sostegno ed un punto di riferimento stabili che ne impediscono la deriva sociale. Una presa in carico così globale consente una risposta reale ai bisogni della persona con disagio, da svolgersi nei

luoghi propri del soggetto, riducendo anche i costi di gestione diretti e indiretti conseguenti ad un eventuale ricovero. Tale modello operativo è una buona pratica clinica specialmente nei confronti di pazienti con gravi disturbi psichici e notevole deficit del funzionamento psicosociale.

Con i soggetti che spesso negano il bisogno e vivono l'approccio come intrusivo e minaccioso, vanno adottate tutte le strategie necessarie per costruire un rapporto di collaborazione in seno al loro contesto familiare e sociale e ciò in quanto la relazione di fiducia tra le persone e gli operatori è la *conditio sine qua non* per poter realizzare un trattamento efficace.

Saranno valutati dall'Assessorato progetti specifici aziendali inerenti la gestione dell'emergenza in psichiatria che prevedano la presenza di P.S. per la Salute Mentale attivi nelle 24 ore, sia all'interno dei DSM e/o negli SPDC, al fine di ridurre il ricorso ai Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO).

Saranno valutati inoltre progetti orientati a promuovere modelli telematici di assistenza psichiatrica "a distanza" che consentano il collegamento tra il professionista e il paziente al proprio domicilio.

Integrazione pubblico-privato

Le attività d'integrazione socio-sanitaria in salute mentale hanno come obiettivo la trasformazione dei bisogni a prevalenza sanitaria e rilevanza sociale in bisogni a prevalenza sociale e rilevanza sanitaria, con restituzione delle persone affette da situazioni di grave rischio/vulnerabilità al corpo sociale.

Il rapporto con il privato sociale e imprenditoriale trova senso e reciproca utilità quando è vincolato fortemente a strategie terapeutiche uniche e sempre governate dal servizio pubblico e soprattutto finalizzato alla costruzione di un prodotto di concreti diritti.

Il pubblico si confronta con il privato co-progettando e costruendo cogestione sui progetti terapeutici individualizzati, che prevedono la corresponsabilità anche della municipalità, con la partecipazione diretta dei protagonisti, destinatari dei servizi, e della famiglia.

Spetta al DSM elaborare metodologie che siano di sostegno allo sviluppo ed alla fornitura di servizi sociosanitari integrati ed alla creazione di una rete di connessione. Il DSM inoltre favorirà la messa a punto di un sistema di relazioni, di prevenzione, di assistenza, di consulenza e formazione per il miglioramento, l'accessibilità, la qualità e la diffusione dei servizi sanitari.

L'interazione e l'integrazione che s'intende sviluppare fra il pubblico ed il privato sociale all'interno del percorso ha l'obiettivo di determinare una modalità innovativa nella gestione dei servizi, delle relazioni, della formazione per la promozione attiva dei diritti di cittadinanza, rappresentati da un habitat riabilitativo dignitoso, da attività di relazioni e socializzazione, da formazione permanente, da attività lavorative.

La partnership di qualità può essere identificata con la costituzione di un albo aziendale delle imprese sociali disponibili a co-gestire PTI ed il mix gestionale riabilitativo può essere realizzato limitatamente alle attività abilitative-riabilitative, formative e lavorative.

Inclusione sociale e lavorativa delle persone affette da disagio psichico

Nell'affermazione del diritto di cittadinanza è unanimemente riconosciuta la centralità dei processi di inclusione sociale e lavorativa, quali elementi che possono determinare un reale cambiamento della condizione della persona affetta da disagio psichico.

L'inclusione sociale non può prescindere dalla implementazione del PTI, coprogettato e cofinanziato dall'Ente locale, in linea con i Piani di Zona, nonché dalla collaborazione con il privato sociale.

In questi ambiti i D.S.M. opereranno affinché il diritto al lavoro venga garantito a tutti i fruitori del servizio, attivando percorsi di formazione-lavoro, ricercando opportunità lavorative e promuovendo, quindi, una reale autonomia degli utenti; contribuiranno, inoltre, a valorizzare il ruolo svolto dalla cooperazione sociale ed a promuovere la realizzazione di vere e proprie imprese sociali, delle quali gli utenti siano soggetti attivi, protagonisti della propria vita, costruendo progetti lavorativi che coniughino il diritto al lavoro con i principi di mutualità, solidarietà e sviluppo dell'individuo e del contesto sociale.

Sostegno abitativo: residenzialità e domiciliarità per le persone con disagio psichico

La chiusura dei manicomi ha dato vita ad una trasformazione culturale tendente all'abbattimento delle barriere ed alla individuazione di percorsi di inclusione sociale attiva per le persone con disturbi psichici.

In questo senso hanno preso l'avvio una serie di esperienze di residenzialità a minore o maggiore protezione e con caratteristiche disomogenee nel territorio regionale.

Le residenze, comunque, debbono consentire alle persone che esprimono un disagio e una sofferenza psichica, di evitare la separazione dalla vita sociale che spinge verso esiti di invalidazione, di deprivazione e di riappropriarsi della propria dignità e della propria autonomia, fermo restando che non possono essere concepite come soluzione abitativa permanente.

L'esperienza, già in più parti maturata, evidenzia l'esigenza di utilizzare lo strumento del PTI per la promozione del sostegno abitativo-riabilitativo e la piccola dimensione della casa quale elemento favorente le relazioni interpersonali. Tali strutture inserite nel contesto urbano, devono essere organizzate con un grado di protezione non definito aprioristicamente in maniera rigida al fine di poter andare incontro alle esigenze degli utenti ed ai loro bisogni.

Sarà compito, quindi, dei D.S.M., fermo restando il limite massimo di 20 posti letto, incentivare e promuovere le sopracitate residenze di piccole dimensioni con caratteristiche di civile abitazione, in modo da favorire un clima

che valorizzi relazioni personalizzate, emotivamente investite da pazienti e operatori, facilitando percorsi di uscita dal circuito psichiatrico.

A tal fine e nell'intento di prevenire e ridurre il ricorso alla residenzialità, va potenziata l'attività domiciliare negli abituali contesti abitativi degli utenti.

Le strutture abitato-riabilitative sono gestite direttamente dai D.S.M. o cogestite con il privato sociale, in un mix pubblico-privato sociale o dal privato convenzionato accreditato. Le stesse avranno un numero complessivo tendenziale per ASP di 3 posti letto per 10.000 abitanti.

Con specifico provvedimento verrà rivisitato il modello organizzativo della residenzialità psichiatrica tenuto conto di peculiari bisogni assistenziali.

Gli ingressi e le dimissioni dei pazienti, disposti dai DD.SS.MM., avvengono in accordo con la persona assistita, la famiglia ed eventuali altri soggetti interessati, in conformità al PTI ed alle periodiche verifiche in esso previste.

I soggetti ultrasessantenni con residualità psichiatrica e morbilità multifattoriale geriatrica-internistica, dovranno trovare allocazione, in comunità protette e/o in RSA sulla base della normativa vigente e dalle indicazioni di programmazione sanitaria.

I soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali sono assistiti nelle strutture residenziali previste dall'art. 26 della legge 833/78 coerentemente alle indicazioni del DPCM 14/2/2001 in tema di prestazioni sociosanitarie.

Completano il panorama della residenzialità le comunità alloggio ed i gruppi appartamento: tali strutture, con caratteristiche sociali e socio-assistenziali, non direttamente gestite dai DD.SS.MM., sono destinate, sulla base di quanto previsto dalla normativa vigente, a pazienti psichiatrici stabilizzati ma in situazioni sociali precarie sotto l'aspetto relazionale, familiare ed ambientale che non si adattano ad un domicilio proprio.

Sistema informativo regionale e aziendale

Va istituito un sistema di raccolta delle informazioni, sia a livello regionale che dei DD.SS.MM., che possa garantire il monitoraggio delle strategie di intervento ed il miglioramento della qualità dell'assistenza.

Il sistema informativo regionale, attraverso il monitoraggio dei Servizi con l'analisi del volume delle prestazioni, le valutazioni epidemiologiche dell'utenza e i pattern di trattamento, permetterà di valutare l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza degli stessi e degli interventi, aventi al centro la persona, messi in atto per soddisfare il bisogno di salute di quest'ultima.

Il sistema informativo regionale, unitamente a quello di DD.SS.MM., consentirà l'organizzazione e la verifica di qualità delle attività dei Servizi e la fruizione degli strumenti indispensabili per la programmazione e per la Ricerca ed il Miglioramento Continuo della Qualità.

16.2.1 La formazione in Salute Mentale

Oggi si sottolinea l'importanza, per l'operatore, di sentirsi parte non solo della singola équipe, ma di un'intera organizzazione nel suo complesso, ovvero di un sistema sociale e sanitario che si interroga ed opera per lo sviluppo della salute mentale in una determinata comunità locale.

In atto i servizi psichiatrici sono caratterizzati da una forte frammentazione nelle prassi, una debole identità professionale, una forte demotivazione, un elevato rischio di burn-out.

Incidere su questa realtà diffusa nei servizi psichiatrici necessita un impegno delle Direzioni Aziendali che innalzi la motivazione e fornisca strumenti condivisi che diano senso al processo lavorativo.

La "formazione", in tal senso, specie se mirata ad ambiti specifici, contribuisce a determinare prassi condivise, efficienza, risultato e quindi maggiore identità e fiducia negli operatori stessi, destinatari della formazione,

In ambito psichiatrico l'attenzione alla persona "operatore" è di fondamentale importanza.

In questa direzione, la psichiatria, per la sua specificità rispetto ad altri ambiti della medicina, non può prescindere dalle qualità relazionali ed umane dell'operatore, così le singole mansioni e competenze non possono parcellizzarsi in relazione sia all'unicità del "soggetto" della cura, sia alla necessità di "personalizzare" la cura stessa.

Una formazione che addestri alla tolleranza dell'insicurezza ed alla relazione, riduce la minaccia all'autostima per l'operatore. L'intervento poi in ambiti diversi, quali le residenze, il sociale, il lavoro necessita ancora di più una identità forte e una formazione orientata alla relazione.

Lo strumento della formazione continua è uno dei cardini per la governance clinica e per la crescita culturale del DSM. A tal fine, va promossa una formazione che dia gli strumenti per valutare i percorsi di cittadinanza, la qualità e l'efficacia degli interventi, che consenta di sperimentare metodi di lavoro nuovi e valutarne gli esiti e approfondire e sviluppare la ricerca, necessaria al miglioramento dei percorsi di cura e di salute.

Appare inoltre opportuno promuovere la supervisione – intesa come co-visione – per sostenere e accompagnare i processi di formazione permanente dei gruppi di lavoro deputati alla cura psichiatrica, alla promozione ed alla tutela della salute mentale.

Infine, nel rispetto delle reciproche autonomie, andranno previste intese finalizzate all'utilizzo delle competenze e delle strutture del DSM nella formazione universitaria.

16.2.2 La ricerca orientata alla Salute Mentale

La ricerca in salute mentale, oltre a seguire le usuali linee tecnico-scientifiche, dovrà essere orientata alla valutazione delle prassi assistenziali e dei loro esiti. In tal senso la ricerca avrà il compito di:

- Promuovere una cultura comune e una prassi condivisa rispetto alla valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi
- Motivare ad un uso routinario degli strumenti di valutazione
- Valutare la gravità e il miglioramento dei pazienti
- Osservare "l'ampiezza dell'effetto del trattamento" e "la riproducibilità" del miglioramento
- Indagare come le diverse variabili socio-demografiche e cliniche incidono sul decorso della malattia
- Valutare l'evoluzione del carico e dei problemi dei familiari
- Valutare l'evoluzione della soddisfazione degli utenti nei confronti degli interventi proposti
- Valutare la recidività dei ricoveri, dei tentativi di suicidio e degli agiti antisociali.

16.3 La Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)

La salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza è riconosciuta come esigenza sociale fondamentale, particolarmente enfatizzata in tutti i documenti d'indirizzo e di pianificazione nazionali e sopranazionali.

All'interno di questo orientamento di carattere generale un'attenzione particolare merita la salute mentale e neurologica dei soggetti in età evolutiva, per la valenza preventiva che gli interventi assumono in questa età della vita rispetto alla comparsa di disturbi invalidanti nelle età successive, per la complessità dei modelli d'intervento, per le notevoli interrelazioni che costantemente si instaurano tra dimensione più strettamente sanitaria e dimensione sociale e relazionale.

Il profilo epidemiologico che sostiene la domanda di salute in quest'ambito è profondamente cambiato negli ultimi anni, anche sotto la spinta delle profonde trasformazioni che hanno interessato i nostri contesti sociali.

Se il miglioramento delle condizioni complessive che attengono alla gravidanza, al parto e alle cure perinatali ha ridotto la componente di grave disabilità neuromotoria e cognitiva, si presentano in incremento i bisogni correlati al disagio e alla sofferenza mentale, a volte con correlati comportamentali eclatanti, spesso con sintomatologia discreta, ma con uguale o maggiore probabilità di condizionare il percorso evolutivo di questi bambini.

In questi ultimi anni hanno acquistato particolare rilevanza epidemiologica e/o sociale alcune problematiche specifiche:

- incremento dei tassi di incidenza della psicopatologia "maggiore" in adolescenza, probabilmente correlata anche ad un abbassamento dell'età d'esordio di questi disturbi;
- patologia correlata a situazioni di maltrattamento, trascuratezza e abuso;
- disturbi generalizzati dello sviluppo;
- disturbi del comportamento alimentare;
- calo progressivo dell'età d'inizio dei comportamenti d'abuso;
- difficoltà del bambino immigrato;
- disagi emotivi correlati alle separazioni problematiche dei genitori.

Contemporaneamente l'accresciuta consapevolezza del diritto alla cura e all'assistenza condiziona una domanda sempre più consistente e puntuale da parte degli utenti ed è significativamente aumentata la richiesta di interventi da parte dei committenti istituzionali (Scuole, Tribunali, Servizi Sociali).

Inoltre è necessaria l'adozione strutturata di procedure diagnostiche e terapeutiche basate sulla evidenza, premessa indispensabile per dare coerenza e validità agli interventi complessivi ed elevare i livelli qualitativi dell'assistenza.

Parimenti si rende indispensabile individuare strategie e modalità per effettuare una sistematica valutazione di risultato mediante studi di follow-up che non si possono fermare all'età evolutiva ma debbono necessariamente essere protratti fino all'età adulta.

Riferimenti per la programmazione

La pianificazione dell'area d'assistenza richiede di recuperare i contenuti del Progetto Obiettivo Tutela della salute mentale 1998-2000, all'interno della cornice concettuale contenuta nelle "Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale" recepite dalla Regione siciliana con Decreto 24 settembre 2009 e al Progetto Materno Infantile (DM 24 Aprile 2000).

Alcuni dati rilevanti di natura epidemiologica e metodologica vanno assunti come indispensabili riferimenti per la programmazione.

Il carico assistenziale potenziale si deduce dai tassi di prevalenza che oscillano tra il 12 ed il 20 % della popolazione di riferimento (22% della popolazione complessiva). L'utenza potenziale nella nostra Regione oscilla tra 130 e 220 mila pazienti.

Vengono riportati altissimi indici di comorbidità tra i disturbi delle tre aree di competenza (psicopatologia, neurologia e neuropsicologia) anche in diverse e successive fasce di età, sullo stesso asse problematico o su assi problematici diversi.

Gli interventi acquistano una valenza preventiva intrinseca rispetto alla patologia psichiatrica dell'età adulta. Studi epidemiologici recenti dimostrano che la gran parte dei pazienti adulti con disturbi psichiatrici presentava

sintomi già in età evolutiva: il 75% di loro prima dei 18 anni (Offord 2000) ed il 50% prima dei 14 anni (Kessler 2005).

In questo contesto, la presa in carico multiprofessionale è una modalità d'intervento consolidata, in considerazione della stretta interdipendenza che esiste tra processo di sviluppo e contesto di vita e che necessita di un approccio che integri la dimensione neurobiologica, psicologica, relazionale, sociale e pedagogica.

Le situazioni che afferiscono ai servizi si caratterizzano, in genere, per la complessità della sintomatologia clinica, per durata medio-lunga dei sintomi, per la presenza di fasi di acuzie e di relative remissioni, per le temporanee situazioni di scompenso nelle relazioni familiari e sociali.

L'assistenza richiede la disponibilità di strutture differenziate (ambulatorio, strutture semiresidenziali tipo centro diurno, strutture residenziali, day hospital, polo ospedaliero con degenza), con possibilità di un passaggio coordinato da un regime assistenziale ad un altro, in modo da offrire opzioni di cura a vari livelli di intensità, complessità e durata, e dare risposte complessive e coerenti alle esigenze degli utenti, garantendo la continuità terapeutica.

A livello operativo appare indispensabile adottare iniziative atte a garantire la necessaria integrazione con altri ambiti sanitari "di confine" (U.O. ospedaliere di pediatria, di neonatologia, di terapia intensiva neonatale; pediatri di libera scelta; medici di medicina generale; consultori familiari; medicina scolastica; riabilitazione; ecc) e con i servizi socio-assistenziali degli Enti Locali, con il Sistema Scolastico, il Sistema Giudiziario e le Organizzazioni del Terzo Settore.

Obiettivi prioritari

Il presente Piano individua i seguenti obiettivi prioritari:

- garantire, in tutto l'ambito regionale, i livelli essenziali di assistenza, di cui al D.P.C.M. del 29 novembre 2001;
- promuovere la salute mentale in età evolutiva con particolare riferimento ai soggetti in età adolescenziale e ai minori immigrati;
- individuare precocemente, con il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta, i gravi disturbi neurologici e psicopatologici ad alto impatto sociale, per i quali la diagnosi tempestiva costituisce un sicuro criterio di prognosi più favorevole;
- ridurre le conseguenze invalidanti delle gravi disabilità neurologiche e psichiatriche, sviluppando le abilità residue, favorendo le autonomie personali ed i processi di adattamento;
- individuare le "patologie sottosoglia", spesso non diagnosticate e curate, con frequente tendenza alla cronicizzazione e all'evoluzione sfavorevole, anche nelle età successive;
- prendere in carico i minori vittime di trascuratezza, maltrattamento e abuso;
- contrastare la tendenza alla emarginazione e alla istituzionalizzazione dei soggetti con psicopatologia "maggior", attraverso programmi di integrazione scolastica, lavorativa e sociale;
- effettuare una diagnosi precoce e la presa in carico dei minori con disturbi del comportamento alimentare.

Interventi prioritari

- garantire la continuità assistenziale ed il collegamento funzionale tra le diverse strutture operative di NPJA, territoriali ed ospedaliere;
- integrare i servizi di N.P.I.A. con altri ambiti sanitari "di confine": U.O. ospedaliere di pediatria, di neonatologia, di terapia intensiva neonatale; pediatri di libera scelta; medici di medicina generale; DSM; SerT; consultori familiari; medicina scolastica; riabilitazione, ecc;
- garantire i collegamenti con gli altri servizi della ASP e con le altre Istituzioni coinvolte nella tutela dell'infanzia (Enti Locali, Scuola, Autorità Giudiziarie, Privato Sociale);
- contribuire a programmare interventi di educazione alla salute prioritariamente intesa come formazione ed aggiornamento del personale di altre istituzioni o servizi che intervengono sull'età evolutiva ed in particolare sulla salute mentale e sull'handicap;
- sviluppare la ricerca epidemiologica ed effettuare analisi sistematiche di processo e di esito;
- adottare protocolli diagnostici e terapeutici indicati da Società scientifiche accreditate per le principali categorie nosografiche e favorire interventi fondati sulla evidence based medicine;
- promuovere e monitorare il processo di miglioramento continuo della qualità;
- garantire il collegamento, la collaborazione e la partecipazione delle associazioni dei familiari degli utenti.

Rete dei servizi assistenziali.

In riferimento alla definizione dei livelli essenziali di assistenza, di cui al D.P.C.M. del 29 novembre 2001, ai bambini e agli adolescenti con disturbi neurologici, psicopatologici e neuropsicologici va garantita:

1. l'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
2. l'assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale
3. l'assistenza ospedaliera

I servizi per l'assistenza territoriale sono articolati in:

1. Unità Operative Territoriali
2. Strutture Semiresidenziali
3. Strutture residenziali per adolescenti

1. Le U.O. multiprofessionali territoriali di NPIA sono le strutture deputate alla presa in carico globale del bambino e dell'adolescente con disturbi di competenza.
Le attività delle suddette UU.OO., come di seguito indicate, dovranno essere ricondotte all'interno di progetti di presa in carico individualizzati e dovrà essere garantita l'integrazione degli interventi complessivi e la continuità delle cure:
 - Effettuano interventi ambulatoriali e domiciliari multiprofessionali per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.
 - 1. Svolgono le attività sanitarie finalizzate all'integrazione scolastica degli alunni disabili ai sensi della legge 104/92, del DPR 24 febbraio 94, e delle normative successive, con l'eventuale supporto di specialisti, specificamente individuati, per determinate patologie (oculista, ORL, ortopedico, ecc.).
 - 2. Definiscono percorsi terapeutico-riabilitativi per gli utenti di competenza, di concerto con le strutture distrettuali di riabilitazione e condivisi con le strutture private accreditate eventualmente presenti nel territorio, ed effettuano attività di prescrizione, verifica e valutazione delle prestazioni riabilitative ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali nel rispetto di un percorso di programmazione condivisa e coordinata.
 - 3. Partecipano agli interventi di tutela dei soggetti in età evolutiva richiesti dalla Magistratura o derivanti da provvedimenti emanati dalla stessa in collegamento con i servizi sociali del territorio.
 - 4. Garantiscono collaborazione specialistica nell'assistenza domiciliare integrata e negli interventi necessari a garantire l'assistenza domiciliare ai minori con problematiche neuropsichiche.
 - 5. Assicurano il collegamento funzionale con i servizi sanitari "di confine" (pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, medicina preventiva, consultori, Moduli Dipartimentali di Salute Mentale, SERT, riabilitazione, ecc.) e con le varie Agenzie sociali coinvolte a vario titolo nella presa in carico (scoloristiche, giudiziarie, terzo settore, ecc.).
 - 6. Effettuano attività di consulenza e sostegno multidisciplinare nelle strutture residenziali a carattere socio-assistenziale (gruppi appartamento, pronta accoglienza, centri socio-riabilitativi, comunità alloggio) per la parte specialistica di competenza.
 - Svolgono attività di programmazione congiunta e di raccordo per i pazienti ricoverati nelle U.O. ospedaliere di NPIA e per quelli inseriti in strutture semiresidenziali e residenziali terapeutiche.
 - Svolgono specifiche azioni assistenziali o il trattamento di singole patologie o quadri patologici che richiedono specifiche o particolari competenze ed in particolare attraverso attività ambulatoriali finalizzate a:
 - valutazione e trattamenti nei confronti dei minori abusati e/o maltrattati
 - abuso di sostanze e /o patologie comportamentali in età evolutiva
 - psicoterapia in età evolutiva
 - disturbi pervasivi dello sviluppo
 - trattamento dell'epilessia e della cefalea in età evolutiva
 - trattamento delle psicopatologia in età adolescenziale e di confine (16 - 20 anni)
 - trattamento dell'emergenza e del disagio psichico in età adolescenziale
2. Le Strutture Semiresidenziali effettuano attività terapeutico-riabilitative per gravi disturbi della comunicazione, della relazione e della socializzazione.
Sono finalizzate a garantire interventi intensivi, complessi e coordinati che consentano di:
 - acquisire abilità cognitive, comunicative e relazionali;
 - acquisire le autonomie possibili adeguate al proprio contesto ambientale;
 - prevenire la cronicizzazione dei disturbi;
 - contenere il rischio dei ricoveri impropri;
 - garantire continuità e raccordo con le strutture educative di appartenenza del bambino/adolescente.Le attività effettuate presso le strutture semiresidenziali dovranno trovare adeguate modalità d'integrazione con quelle effettuate dalle U.O. distrettuali.
Le strutture semiresidenziali possono trovare articolazioni diverse, tra quelle possibili si indicano:
 - *centri diurni diagnostico-terapeutici per la prima e seconda infanzia*, finalizzati alla diagnosi ed al trattamento per cicli intensivi, di breve durata, dei disturbi di sviluppo.
 - *centri diurni per adolescenti* con gravi disturbi psicopatologici, finalizzati a contenere al massimo il ricovero ospedaliero e la sua durata, prevenendone la necessità mediante trattamento terapeutico intensivo e permettendo dimissioni protette.I centri per l'assistenza semiresidenziale hanno valenza sopradistrettuale, devono essere dotati di équipe multiprofessionali e devono essere attivi almeno 6 ore al giorno per 6 giorni la settimana.
3. Le Strutture Residenziali Terapeutiche accolgono adolescenti con disturbo psicopatologico o gravi patologie della comunicazione, relazione e socializzazione che necessitano sia di interventi intensivi, complessi e coordinati che di ospitalità a ciclo continuo e per brevi periodi.
Sono preferibilmente collocate nell'area di residenza della famiglia per garantire una continuità di rapporto con le relazioni significative e le istituzioni educative.
Devono prevedere un intervento integrato socio sanitario ed educativo.

L'intervento terapeutico e riabilitativo svolto con modalità residenziale deve essere parte di un sistema complesso e coordinato di interventi, fortemente integrato con la comunità locale, e il progetto terapeutico deve andare oltre la stretta residenzialità, che deve essere limitata nel tempo ed orientata al proprio superamento, ed in stretto raccordo con le strutture territoriali di NPIA invianti.

Le strutture residenziali per adolescenti devono essere dotate di équipe multiprofessionali ed hanno valenza sopradistrettuale.

L'assistenza neuropsichiatria infantile all'interno degli ospedali deve assolvere ai seguenti compiti:

- rispondere ai bisogni di diagnosi e cura delle patologie neurologiche e psichiatriche acute e di elevata complessità;
- gestire le situazioni di emergenza-urgenza neurologica e psichiatrica;
- offrire attività di consulenza neuro-psichiatrica;
- garantire la continuità assistenziale ed il collegamento funzionale con le altre strutture di NPIA del territorio e con i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura per la gestione integrata delle situazioni di emergenza-urgenza psichiatrica dei soggetti adolescenti.

Risorse

La periodica rilevazione delle risorse, effettuata da questo Assessorato, ha consentito di evidenziare profonde differenze di risorse dedicate alla NPIA nei vari ambiti provinciali, tali da configurare significative disuguaglianze nelle reali opportunità di cura di questa particolare categoria di utenti.

Per superare le attuali discrepanze ed assicurare a tutta la popolazione minorile della nostra Regione pari diritti per quanto riguarda questo aspetto particolare di tutela della salute, le risorse umane da destinare all'area assistenziale devono costituire un organico unico da utilizzare in maniera dinamica e razionale.

La presa in carico multiprofessionale del paziente è assicurata dal lavoro di équipe composte dalle seguenti figure professionali esperte nel campo dell'età evolutiva:

- neuropsichiatri infantili,
- psicologi
- assistenti sociali, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva,
- terapisti della riabilitazione psichiatrica,
- logopedisti,
- pedagogisti/educatori professionali,
- infermieri,
- tecnici.

Modello organizzativo

Le competenze della NPIA attengono tradizionalmente alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi neurologici, psicopatologici e psicologici dei soggetti in età evolutiva.

L'ambito di azione della Disciplina e dei relativi servizi, oltre alla salute mentale, comprende quindi importanti aspetti di salute fisica, di disabilità psico-fisica e di tutela sociale che, in questa fase della vita, appaiono quasi sempre profondamente intrecciati tra di loro.

La NPIA integra competenze che attengono alle neuroscienze e alle scienze del comportamento e si pone, sul piano assistenziale, come punto d'incontro rispetto ad altri ambiti d'assistenza (salute mentale, materno – infantile, riabilitazione).

La collocazione della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza nel DSM-DP, che appare essere in linea con gli attuali orientamenti diagnostici e con le recenti indicazioni di pianificazione nazionale, presuppone che vengano stabilite modalità di raccordo funzionale con gli altri ambiti assistenziali di confine al fine di dare coerenza agli interventi complessivi, evitando la loro sovrapposizione ed incrementi di spesa.

I documenti di programmazione sanitaria regionale finora adottati, non hanno contemplato una pianificazione organica per l'assistenza ai bambini e agli adolescenti con disturbi neuropsichiatrici, ma hanno previsto competenze specifiche in vari ambiti di assistenza (salute mentale, handicap, riabilitazione, ecc.).

Considerato che la gran parte dell'utenza esprime domande di salute che intersecano i vari ambiti, si rischia nei fatti di determinare una discontinuità della presa in carico che contrasta con tutte le evidenze e le raccomandazioni di tipo scientifico e gestionale, in ambito nazionale ed internazionale.

Appare indispensabile definire un modello organizzativo che deve permettere di coniugare l'unitarietà di programmazione, l'omogeneità delle prestazioni e la continuità della presa in carico, con il decentramento distrettuale e la forte integrazione sociosanitaria.

La complessità e la criticità dei compiti richiedono una specifica competenza specialistica e una articolazione di servizi (a valenza distrettuale, sopradistrettuale ed interdistrettuale), che operando a differenti livelli di complessità, intensità e durata, assicurano ed integrano i differenti livelli essenziali d'assistenza.

Le Dipendenze patologiche rappresentano un'espressione di disagio psico-sociale e mentale che il ricorso a modalità compulsive con utilizzo di diversivi chimici non permette di alleviare, finendo per sommare una patologia al disagio preesistente.

Il concetto di irreversibilità della condizione morbosa di tossicodipendenza sotto le sue varie forme rischia di scivolare verso quello della cronicità ed impedisce in quest'ottica culturale il ricorso a modelli di cura sostenibili ed integrati, considerando che i Servizi Pubblici per le dipendenze Patologiche sono stati congegnati in un'ottica multidisciplinare.

Il Sistema dei Servizi per le Dipendenze della Regione Siciliana si caratterizza per i seguenti elementi:

1. Omogeneità di "mission".
2. Alto grado di collaborazione e condivisione operativa.
3. Solida strutturazione con spiccata capacità di lettura del territorio
4. Particolare attenzione al "total quality management".
5. Solida esperienza nel campo della prevenzione universale, selettiva ed indicata.

Caratteristiche queste che sono state costruite nel tempo partendo dal comune sentire che il paziente è "al centro" di un processo assistenziale e terapeutico a cui partecipano attivamente più attori, ognuno portatore di un proprio "sapere" e di una propria professionalità.

Il "Sistema dei servizi" della Regione Siciliana ha maturato finora esperienza e capacità per potersi porre obiettivi in linea con le nuove sfide che il fenomeno della diffusione e consumo di sostanze psicotrope ed alcool proponenti per fasce d'età (età a rischio 14-64) sempre più precoci ad ogni livello della scala sociale e professionale.

Criticità

- L'aumento notevole dell'uso di sostanze d'abuso psicostimolanti, soprattutto cocaina, LSD ed MDMA
- La crescita della cultura della "normalizzazione dell'uso di droghe" diffusissima tra i giovani e gli adolescenti
- L'aumento del poliabuso e del consumo di alcool nelle fasce adolescenziali.
- L'ampliamento della fascia d'età dell'utenza, 14-64 anni
- L'aumento della utenza femminile, nello specifico dipendenza da alcool, nicotina e cocaina con un notevole incremento delle patologie sessualmente trasmesse (HIV, HCV, herpes genitalis etc)
- L'aumento della utenza genitoriale che rappresenta in atto il 15% dell'utenza totale
- L'aumento dell'incidenza del disturbo psichiatrico, delle patologie infettive (HIV, HCV, tubercolosi) nei consumatori di droghe
- L'aumento dell'utenza con dipendenze patologiche comportamentali (gioco d'azzardo patologico, dipendenza sessuale, shopping compulsivo, dipendenza da internet)
- La carenza organizzativa e di personale: i SerT hanno un elevato numero di utenti con un incremento negli ultimi 6 anni del 100% (dati DOE SICILIA rapporto Regionale 2008), ma operano spesso in condizioni di sotto dimensionamento rispetto ai bisogni dell'utenza e del territorio di competenza, meno 30% del personale rispetto alla data di attivazione del 1992, mancata applicazione della Legge del 18 febbraio del 1999 n.45 recante "Disposizioni per il fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze" e mancata revisione degli organici sulla base del nuovo quadro epidemiologico delle tossicodipendenze, della rilevazione del numero di utenti in trattamento e della popolazione a rischio.
- La mancata definizione dei requisiti specifici necessari per l'accreditamento per i servizi pubblici e privati per la cura e la riabilitazione delle dipendenze patologiche
- La difficoltà dei SerT a collegarsi con gli altri servizi territoriali e a diventare, oltre a punto di riferimento per l'assistenza sanitaria, anche centro di prevenzione e promozione attiva della salute per le aree fragili
- Il passaggio al SSN dei Presidi per le Tossicodipendenze degli Istituti Penitenziari
- Certificazione di assenza di tossicodipendenza per i lavoratori a rischio (Decreto Assessorato Sanità 24 luglio 2009).

La complessità che emerge da questi nuovi indicatori rende necessaria una evoluzione dei servizi per le dipendenze da "sistema" erogatore di prestazioni a "sistema integrato di reti territoriali, relazionali, pensanti , progettuali ed operativi" per un intervento globale sui reali bisogni di salute nell'ambito delle dipendenze patologiche.

Interventi prioritari

1. Rafforzare il Sistema dei Servizi per le dipendenze della Regione Siciliana con la attivazione dell'Area Dipendenze Patologiche attraverso anche la revisione organizzativa dei SerT
2. Mantenere e migliorare l'Osservatorio Epidemiologico Regionale per le Dipendenze per valutare in modo appropriato i bisogni di salute.
3. Mettere a regime la manutenzione del sistema di gestione delle attività dei servizi denominato Osservatorio Provinciale Dipendenze (OEPD), parte costitutiva integrante del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale e Nazionale, in atto molte ASP siciliane hanno un debito informativo con il Ministero della Salute.
4. Promuovere una efficace attività di prevenzione delle dipendenze patologiche attraverso la valorizzazione delle risorse disponibili.
5. Incrementare il numero di soggetti consumatori e/o dipendenti in contatto con la rete dei servizi per ora collocati nel sommerso.

6. Potenziare i programmi finalizzati al reinserimento familiare e lavorativo degli utenti, mirando al pieno recupero della persona.
7. Attivare il sistema di "allerta precoce e risposta rapida per le droghe" al fine di prevenire le morti per overdose e tagli pericolosi.
8. Monitorare i risultati e gli esiti dei trattamenti anche ai fini del recupero e delle dimissioni dal trattamento con successivo follow up.

Attività di prevenzione

Sulla base delle indicazioni del Piano d'azione dell'Unione Europea in materia di lotta contro la droga (2009/2012), e del Piano d'Azione Nazionale contro le Droghe recepito dalla Regione Siciliana, l'attività di prevenzione delle Dipendenze Patologiche deve proporsi i seguenti obiettivi :

1. Prevenire il consumo di stupefacenti e i rischi ad esso connessi.
A tale scopo è necessario promuovere l'innovazione nei programmi e negli interventi di prevenzione a carattere generale previsti dai Piani di zona nei diversi Distretti socio-sanitari:
 - incentivando la creazione di campagne informative, non di tipo dissuasivo, basate su dati probanti e valutati, riguardo gli effetti dell'uso e abuso di sostanze tossiche all'organismo;
 - valorizzando le esperienze positive già attivate sul territorio con particolare rilievo per i programmi sulla vulnerabilità da dipendenza da sostanza;
 - coinvolgendo i diversi attori interessati, soprattutto le scuola, le associazioni sportive, gli ambienti di divertimento;
 - prediligendo metodologie che favoriscono il confronto tra pari e la creazione di Centri di aggregazione ed educativi in ogni comune.
2. Prevenire il comportamento ad alto rischio dei consumatori (compreso il consumo endovenoso) tramite interventi mirati a:
 - elaborare ulteriormente i sistemi di individuazione precoce e di tempestivo intervento;
 - continuare ad elaborare e porre in essere una prevenzione efficace, selettiva e valutata mirata ai gruppi vulnerabili, offrendo loro servizi facilmente accessibili di sostegno psicologico e di gestione dei comportamenti problematici con lavoro di prossimità, ove opportuno;
 - ridurre le situazioni di disagio giovanile che potrebbero sfociare in dipendenze da sostanze psicotrope attraverso la presenza di operatori specializzati in tutte le scuole medie e superiori della Regione (artt.105-106 DPR 309/90, legge 49 del 2006).
Tale attività va realizzata nell'ambito dei Piani di zona dei Distretti socio-sanitari, mettendo in sinergia le risorse del fondo nazionale lotta alla droga, della scuola, degli enti locali, del privato sociale e degli operatori sanitari dei Ser.T preposti alla prevenzione della tossicodipendenza.

Il sistema dei Servizi: l'Area per le Dipendenze Patologiche

Le Dipendenze patologiche rappresentano un'espressione di disagio psicologico e sociale, nonché mentale che il ricorso ad alcol e stupefacenti permette di alleviare, finendo per sommare un grave problema ad uno persistente.

Al perseguimento degli obiettivi della prevenzione, della cura, della riabilitazione e del reinserimento sociale dei tossicodipendenti concorrono diverse realtà all'interno delle Aziende Sanitarie Provinciali, unitamente ad altre amministrazioni pubbliche (comuni, prefetture, scuole, carceri...), al privato sociale accreditato ed al volontariato. Per una migliore organizzazione dei servizi occorre favorire una nuova cultura di intervento, che permetta un approccio interdisciplinare ed un più efficace livello di integrazione aziendale ed extra-aziendale, nell'area delle dipendenze patologiche da sostanze d'abuso o psicotrope.

In tal senso, occorre creare una alleanza terapeutica tra paziente/cittadino e operatori per prevenire, curare i danni indotti da comportamenti a rischio, dall'uso problematico e dalle dipendenze da sostanze legali, illegali e da comportamenti patologici, recuperare e reinserire la persona al suo ruolo sociale.

All'Area delle Dipendenze Patologiche afferiscono i SERT dell'A.S.P., gli Enti accreditati e convenzionati con l'A.S.P. che perseguono comuni finalità tra loro interconnesse ed ha come obiettivo generale quello di sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nel settore delle dipendenze patologiche ad elevata integrazione socio-sanitaria con raggiungimento di obiettivi di salute ottimali.

All' Area compete la programmazione, il coordinamento, la realizzazione e la valutazione annuale del *Progetto Dipendenze Patologiche*, anche per quello che concerne le risorse assegnate.

L'Area deve provvedere inoltre a:

- coordinare le attività delle UU.OO. e le strutture accreditate riabilitative, a progetto, di volontariato che vi afferiscono in un'azione concertata e finalizzata all'obiettivo comune di evitare i fenomeni di abuso e di curare quelli in atto;
- rilevare i bisogni assistenziali sulla base dei dati epidemiologici attraverso l'Osservatorio provinciale delle Dipendenze Patologiche;
- esercitare funzioni di valutazione dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità dell'assistenza erogata;
- promuovere la formazione continua e l'aggiornamento tecnico, scientifico e culturale delle risorse professionali assegnate al Dipartimento;
- predisporre il Piano qualità annuale;

- proporre alla Direzione aziendale, in base all'attività di valutazione, il budget necessario per la realizzazione delle attività previste dal *Progetto Dipendenze Patologiche* al fine di soddisfare le reali esigenze del territorio;
- stabilire protocolli di collaborazione con le altre strutture aziendali non facenti parte del DSM e con altre amministrazioni (prefetture, scuole, carceri, comuni, ecc.) secondo un sistema di interventi a rete, definendo gli obiettivi prioritari e le competenze di ciascun componente la rete, al fine di evitare la dispersione e la sovrapposizione delle risorse e delle azioni.
- Riorganizzazione dell'attività dei SERT anche in funzione delle nuove forme di Dipendenze patologiche.
- Formazione Continua
- Valutazione Budget necessario
- Predisposizione piano di qualità

L'Area può articolarsi al suo interno in Ser.D. – Servizio Dipendenze e Ser.T..

I Ser.D. sono strutture anche con valenza pluridistrettuale e provvedono, con apposito piano provinciale sulle droghe, all'individuazione di azioni e prestazioni preventive, assistenziali e riabilitative.

I Ser.T. sono strutture distrettuali dotate di responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie che operano nella nuova ottica del servizio territoriale inteso come servizio alla persona ed alla comunità con prestazioni socio-sanitarie, programmi integrati dove l'utente e la sua famiglia trovano una risposta personalizzata ad una pluralità di bisogni e garantiscono, nell'ambito del Distretto socio-sanitario, la necessaria integrazione socio-sanitaria nei modi e nelle forme previste dalla normativa vigente (legge 49/2006, DPR309/90, Piano Nazionale sulle droghe 2008, legge n. 328/00 e L.R.5/2009).

La programmazione delle attività, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva, al Comitato delle Dipendenze, degli operatori del Ser.T e degli Enti accreditati e convenzionati con l'ASP.

Il Comitato delle Dipendenze è l'organo di gestione e di programmazione interna dell'Area.

L'Osservatorio Epidemiologico Provinciale Dipendenze (Circolare n.1259 del 6/8/09) è un organo di supporto con compiti di raccolta ed analisi dei dati di ricerca sulla evoluzione della diffusione dell'uso delle sostanze e sugli stili di consumo nel territorio al fine di percepire con tempestività i bisogni di intervento o di assistenza espressi e programmare il più precocemente possibile strategie socio sanitarie di prevenzione, di contrasto o di governo.

Nell'ambito della riorganizzazione dei servizi per le tossicodipendenze, il potenziamento dei SERT e il riconoscimento della loro funzione peculiare sulla base delle indicazioni assessoriali costituisce il presupposto per garantire l'autonomia gestionale, organizzativa e funzionale a fronte dell'incremento dei consumi di sostanze d'abuso e delle nuove dipendenze e quindi dell'utenza, fermo restando i contatti con la S.M.. per la doppia diagnosi indipendentemente dall'appartenenza

Reinserimento lavorativo

Un'azione efficace e completa contro le dipendenze deve necessariamente prevedere la fase della inclusione nel mondo del lavoro di coloro che hanno concluso con successo un programma di riabilitazione dalla tossicodipendenza.

Gli interventi saranno basati sulla valorizzazione delle buone esperienze già in atto nel sistema pubblico e nel privato sociale accreditato.

Obiettivo di questi progetti è favorire l'integrazione sociale del soggetto in difficoltà attraverso processi di socializzazione che mirano;

- all'acquisizione di un ruolo lavorativo,
- allo sviluppo del senso di appartenenza alla comunità;
- allo sviluppo di abilità sociali quali la ricerca di occupazione, di nuovi gruppi amicali e dell'abitazione

Gli interventi si pongono in continuità con i trattamenti medici, psicologici, pedagogici e socio-riabilitativi definiti dal Ser.T. e ne costituiscono una componente inscindibile.

Gli obiettivi sono raggiungibili attraverso attività e strumenti messi in atto dagli Organi ed Enti istituzionalmente competenti.

Tossicodipendenza e strutture carcerarie

Viste le recenti disposizioni normative, al fine di garantire un'adeguata assistenza ai tossicodipendenti detenuti, si ritiene necessario la costituzione di unità operative multi-disciplinari all'interno di ciascun carcere della Regione anche utilizzando personale che in esse già opera.

16.5 La doppia diagnosi: la gestione integrata

La presenza di un quadro clinico di dipendenza da sostanze, accanto a rilevanti patologie di natura psichiatrica, osservata con una frequenza crescente in questi ultimi anni, costituisce un rilevante problema di carattere sociosanitario a cui corrisponde l'esigenza di una presa in carico globale attraverso attività congiunte e coerenti,

anche mediante la stipula di protocolli di intesa tra l'Area della Salute Mentale e l'Area delle Dipendenze patologiche, con la finalità di pervenire ad un modello integrato di gestione.

I protocolli dovranno stabilire:

- i modi dell'accertamento diagnostico e della collaborazione dei servizi allo stesso;
- i tempi e le modalità di definizione dei programmi terapeutici compresa la definizione del servizio referente , del case manager e dell'eventuale stesura dei piani terapeutici per psicofarmaci;
- le modalità di gestione dell'urgenza e di situazioni ad essa collegate compresa l'eventuale necessità di degenza ospedaliera;
- la metodologia per la stesura e l'applicazione dei programmi riabilitativi residenziali;
- le modalità di presa in carico e di verifica dei programmi terapeutici per i pazienti residenti in strutture;
- le vie di accesso facilitate per le prestazioni dei relativi servizi territoriali;
- i livelli di responsabilità all'interno delle aree Salute Mentale e Dipendenze Patologiche sulle attività sopra elencate.

Attraverso la costituzione di un Coordinamento Regionale per le Dipendenze Patologiche sarà definito il piano strategico regionale delle politiche sociosanitarie nel settore.

Utilità dell'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) nella descrizione delle funzioni e capacità nelle persone con disturbi mentali

I PARTE

Rinaldo Perini

Parole chiave: ICF, Disturbi mentali, DSM IV, Riabilitazione Psichiatrica

Keywords: ICF, Mental disorder, DSM, Psychiatric rehabilitation

A. Razionale

La tutela della salute mentale ed il trattamento dei disturbi mentali da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale si articola in:

- promozione della salute mentale e prevenzione,
- valutazione e diagnosi,
- cura e riabilitazione del disagio mentale e dei disturbi psichici in età adulta.

I Dipartimenti si connotano come "Orientati alla Comunità" ed operano, articolando e coordinando la propria azione sia a livello territoriale che ospedaliero, attraverso una rete di servizi territoriali/ospedalieri, fortemente radicati nella comunità locale di riferimento, che assicurano nel loro complesso i livelli di assistenza integrandosi con altre agenzie territoriali.

Questa impostazione consente di pianificare l'utilizzo delle risorse disponibili sul piano del livello di cura, del livello assistenziale e dello specifico contesto sociale ritagliando per ogni singolo paziente uno specifico Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI).

Geoffrey M. Reed¹ in un suo articolo suggerisce che il modello di cura dominante basato sul trattamento dei



disturbi acuti determina un'enfasi eccessiva sulla diagnosi che contribuisce a realizzare una distorsione verso il trattamento farmacologico ed un sottoutilizzo dei trattamenti psicologici e riabilitativi per le persone con disturbi mentali.

Secondo l'Autore i Disturbi mentali gravi possono essere più accuratamente concettualizzati come una condizione cronica, in cui la capacità di funzionamento della persona ha la stessa importanza della diagnosi nella definizione del livello di cura e di assistenza necessario².

In questa prospettiva l'ICF, che consente di descrivere la gamma completa del funzionamento umano, può divenire un linguaggio una struttura transdisciplinare per:

- pianificare i trattamenti,
- definire gli obiettivi,
- valutare i progressi e gli outcome,
- stabilire la destinazione di specifiche risorse.

Scopo di questo lavoro è, attraverso l'analisi dei contributi e delle esperienze in letteratura, quello di definire un modello per l'assessment delle persone con disturbi mentali secondo i codici ICF.

B. Pensiero clinico e diagnosi dei disturbi mentali

Nella diagnosi dei disturbi mentali è necessario distinguere tra sintomi, sindromi e categorie diagnostiche.

Il DSM-IV è il sistema di classificazione nosografica dei

¹ Geoffrey M. Reed, Department of Mental Health and Substance Abuse (MSD/MER), World Health Organization, 20, avenue Appia, CH-1211 Geneva, Switzerland.

² Reed GM, Spaulding WD, Bufka L F (2009) The relevance of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to mental disorders and their treatment. *Alter - European Journal of Disability research* Volume 3, n° 4 pages 340-359 (octobre 2009).

disturbi mentali, attualmente utilizzato dagli psichiatri e dagli psicologi clinici degli Stati Uniti e di molti altri paesi compresa l'Italia.

Le caratteristiche del DSM-IV sono.

- ateoricità,
- diagnosi multiassiale.

La scelta dell'ateoricità determina una prospettiva puramente descrittiva. Il sistema multiassiale comporta la valutazione su diversi assi, ognuno dei quali si riferisce ad un diverso campo di informazioni che può aiutare il clinico nel pianificare il trattamento e prevedere l'esito. La classificazione multiassiale del DSM-IV comprende cinque assi:

Asse I Disturbi Clinici

Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica

Asse II Disturbi di Personalità

Ritardo Mentale

Asse III Condizioni Mediche Generali

Asse IV Problemi Psicosociali ed Ambientali

Asse V Valutazione Globale del Funzionamento

L'uso del sistema multiassiale facilita la valutazione ampia e sistematica dei vari disturbi mentali e condizioni mediche generali, dei problemi ambientali e psicosociali e del livello di funzionamento, che potrebbero essere trascurati se il centro dell'attenzione fosse rivolto alla valutazione di un singolo problema in atto.

Un sistema multiassiale fornisce un conveniente schema per organizzare e comunicare l'informazione clinica, per cogliere la complessità delle situazioni cliniche, e per descrivere l'eterogeneità degli individui che si presentano con la stessa diagnosi. Inoltre, il sistema multiassiale favorisce l'applicazione del modello biopsicosociale negli ambienti clinici, didattici e di ricerca.

La diagnosi multiassiale prevede la valutazione di ogni soggetto rispetto a cinque diversi assi, obbligando il clinico a prendere in considerazione altre importanti informazioni oltre la raccolta dei sintomi.

Sulla base di questa distinzione Stefanie Baron e Michael Linden propongono una integrazione tra l'utilizzo dell'ICD 10 e del DSM IV e l'ICF³. Infatti l'ICF ha lo scopo di fornire un linguaggio ed un sistema unificato e standardizzato per la descrizione dello stato di salute e delle condizioni ad esso correlate.

Se si comparano ICD 10, DSM IV e ICF possiamo vedere come i sistemi di classificazione ICD 10 ed il DSM IV definiscano gli algoritmi diagnostici mentre l'ICF definisce i criteri, come funzioni, capacità, fattori di contesto, fattori personali e attività e partecipazione.

Dunque se la diagnosi è un costrutto teorico che deriva da un algoritmo diagnostico che comprende non solo i sintomi, ma anche il decorso della malattia, la sua origine e le conseguenze della condizione di malato sulla vita del paziente la classificazione ICF può essere il **glossario di definizioni delle funzioni** da utilizzare con l'ICD 10 ed il DSM IV.

La classificazione ICF completa la classificazione ICD-10 ed il DSM IV che contengono informazioni sulla diagnosi e sull'eziologia della patologia. Al contrario l'ICF non contiene riferimenti alla malattia ma si riferisce al solo funzionamento. L'ICD-10 e l'ICF usati in modo complementare forniscono un quadro globale della malattia e del funzionamento dell'individuo.

C. La struttura ICF

L'ICF⁴ è un sistema concettuale con un linguaggio composto di codici e qualificatori che servono da riferimento per la descrizione delle componenti del funzionamento umano, dei fattori ambientali e personali.

Le informazioni fornite dall'ICF sono una descrizione delle situazioni che riguardano il funzionamento umano e le sue restrizioni, e la classificazione serve da modello di riferimento per l'organizzazione di queste informazioni, strutturandole in modo significativo, interrelato e facilmente accessibile.

³ Baron S, Linden M (2008) The role of the "International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF" in the description and classification of mental disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (2008) 258 [Suppl 5]:81–85.

⁴ World Health Organization (2001) Geneva ICF Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute, Erickson 2008.

Parte 1

Funzionamento e disabilità

Corpo: strutture e funzioni

Attività: es. apprendimento, comunicazione mobilità, ecc.

Partecipazione: es. interazioni e relazioni interpersonali, vita sociale, civile e di comunità, ecc.

Parte 2

Fattori contestuali

F. Ambientali: es. prodotti e tecnologia, ambiente naturale e cambiamenti ambientali, relazioni e sostegno sociale, ecc.

F. Personali: non sono classificati nell'ICF a causa della loro enorme varietà.

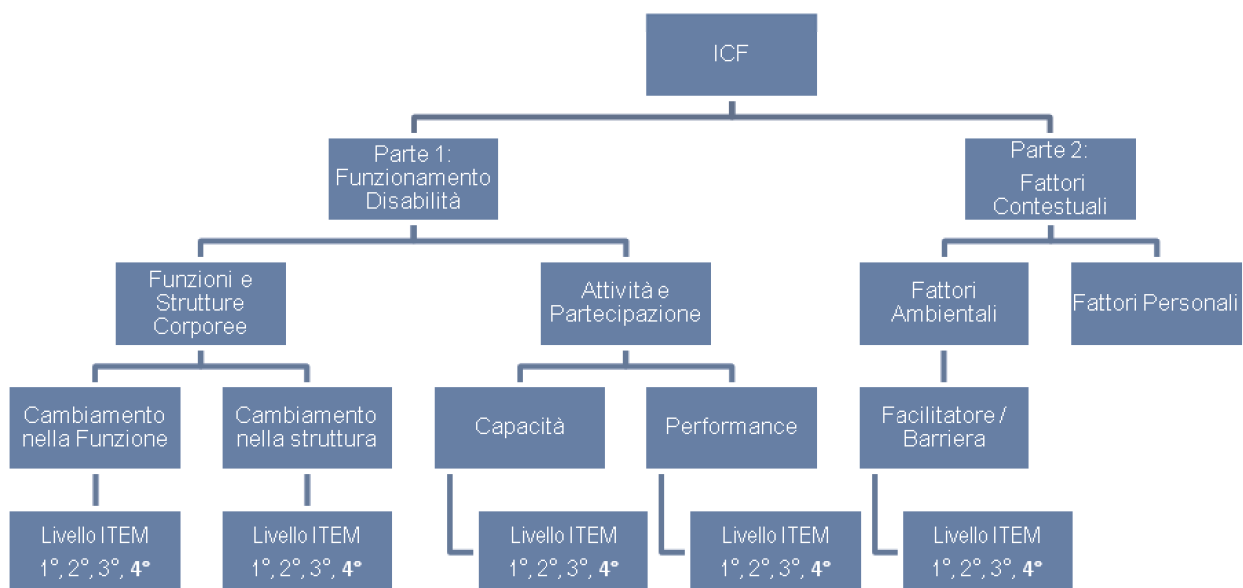


Figura 1 Struttura ICF.

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: vitotu@tiscali.it

RINALDO PERINI
 Tel. 06/8860828 - 348/3701599
 e.mail: rinperi@gmail.com

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	GARAU TULLIO	347/5278967	PAZZAGLIA ANTONELLA	0733/900316
ACQUADRO LOREDANA	015/9899853	GATTI RITA	339/3844751	PEIS RINALDO	347/2727886
ALESSANDRONI VINICIO	0736/844413	GENTILE SALVATORE	0835/986450	PERETTI PAOLO	335/6127875
ARCICASA ANGELO	335/5995602	GIAMBUZZI ROBERTO	085/9173275	PERINI RINALDO	0774/357209
BALDASSARRE GIROLAMO	0874/823714	GIOSSI PAOLA	031/370243	POLI GIACOMO	0376/919155
BELLANCA RITA	349/3323542	GUASTELLA SALVATORE	335/5713051	PUTZOLU DOMENICO	0783/290326
BERNARDINI ENRICO	0746/483073	GUELLA CHIARA	333/4419094	QUARTA PAOLA	338/9920044
BINI LAURA	339/5324246	INFURCHIA GIUSEPPE	0922/733580	RASSU MARIA ROSA	079/9959809
CALLONI GIOVANNI	329/7509118	INNEO GIUSEPPE	338/4678461	RICCIO DOMENICO	339/4864048
CALVANI ROBERTO	0432/553571	LAZZARI DAVID	0744/423871	RIPPA ARTURO	329/6505673
CANNIZZARO CATERINA	393/2050574	LIO SONIA	335/6677205	ROSSINI MARIO	335/5995603
CARSANA ANTONELLA	329/2185930	LETTINI GIANFRANCO	0972/39239	RUBINO VINCENZO	349/7923121
CARTISANO ORLANDO	0963/591650	LOMBARDO ARMODIO	338/1429311	SALINO PAOLA	349/5624609
CASULA SEVERINO	388/6154491	MACCOLINI DIANA	0546/602438	SALTARINI DORIS	335/6301874
CAVION ROBERTO	0444/757550	MANFREDA PAOLO	0863/441720	SANTORO LUCIA	347/5737814
CERIONI ANNA GRAZIA	0721/882849	MANGIFESTA ANNA	333/4690308	SARTORELLI MARIA CHIARA	347/5142566
CIRACI CARMELO	340/9383794	MANNA PAOLA	347/3677796	SARTORI SIRIO	0187/406121
COLOMBARI MANUELA	051/6838432	MARENCO GIANCARLO	0141/392729	SCACCIONI RAFFAELLA	0161/250097
CONTARDI M.CLEOFE	0721/739722	MARTIN MARIA ROSA	347/2592282	SCARDILLI SALVO	095/894367
CORDARO ENZO	06/65104301	MEGNA FRANCESCO	0962/924262	SELLINI MARIO	0968/76244
CORTI M. ELISABETTA	0341/482387	MERCURI EUGENIO	0968/25331	SERRA LETIZIA	0131/443370
D'ANGELO ANNA	0885/781776	MERLINI FRANCO	02/58013132	SOLARI SILVANO	0187/732772
D'ANGELIS ERMENEGILDO	0824/313790	MICOZZI MAURIZIO	0734/965752	SOPPELSA ALESSIO	0471/907470
DE BORTOLI VIRGINIO	0437/931375	MIGLIO VIRGINIA	347/3173998	SPITALE GIUSEPPE	0931/582458
DE LUCA VERA	039/2717478	NARDIN BRUNO	347/4334386	TADDEI BRUNO	051/6224285
DE PASQUALE AMELIA	339/2753414	NARDO GIAMPIETRO	348/9335893	TAGLIAMONTE MARIA	338/2137311
DI GIAMMARCO GILDA	0861/591737	NOVAGA ANNA ROSA	0541/698772	TRIGLIA ANGELO L.	328/6231685
D'IMPORZANO AGOSTINO	349/8339603	NOVELLI STEFANO	0385/582902	TRISTAINO FRANCESCO	0984/73392
DORDONI GIORDANA	338/7404609	PAINI GIANCARLA	347/2211654	TUMMINO VITO	031/523327
FLARA' NATALIO	0861/8020305	PALMA G. LUIGI	0836/554819	ZAVAGLIA SALVATORE	328/4188758
FRATI FULVIO	349/0775079	PALMIERI GIOVANNI	0835/253952		
GAETA NICOLA	0883/483439	PASCALI FERRUCCIO	340/4073885		

PROBIVIRI

ACETO CLAUDIA	0141/487651
ABAZIA LEONARDO	335/7406044
GHIANI MARIA CARMEN	338/3700477
MANIGLIA RAFFAELE	0832/661083
TIENGO GIOVANBATTISTA	335/6082191

REVISORI DEI CONTI

ARCICASA ANGELO	335/5995602
CAMPOLO FORTUNATO	0964/20494
CHIAVARO CLAUDIO	0874/409389
MENGHINI GIACOMO	06/98340888
POLI GIACOMO	0376/919155

COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

CONFERENZA DELLE REGIONI

MARENCO GIANCARLO

SEGRETARIO REGIONALE PIEMONTE
Tel. 0141/487651
giancarlomarengo@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. 0187/732772
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
annag989@virgilio.it - annagraziacerioni@tiscalinet.it

SANTORO LUCIA

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

LAZZARI DAVID

SEGRETARIO REGIONALE UMBRIA
Tel. 0744/423871
lazzarid@aospertni.it

INNEO GIUSEPPE

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

MANFREDA PAOLO

SEGRETARIO REGIONALE ABRUZZO
Tel. 0863/441720
paolomanfreda@sipsia.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 SCACCONI 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 CARSAÑA 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 PIANTA Daniela 0342/712305
 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 DE BORTOLI Virginio 0437/83500
 TV NARDIN Bruno 347/4334386
 VR SIGNORI Lino 045/8015471
 VI CAVION Roberto 0444/757550
 PD PUPULIN Giorgio 049/9324988

FRIULI

Segretario Regionale

ARCICASA Angelo 335/5995602

Segretari Provinciali

UD CALVANI Roberto 0432/553571
 PN MASCI Silvia 0434/553631

LIGURIA

Segretario Regionale

SOLARI Silvano 0187/732772

Segretari Provinciali

GE SOLARI Silvano 0187/732772
 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 0546/602438
 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

COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

PO DEGLI INNOCENTI Dario 0574/21135
MS SARTORI Sirio 0187/406121

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 Centro UNGARO Luciana 06/58704922
RM Nord CORDARO Enzo 06/65104301
RM Sud-Est INNEO Giuseppe 338/4678461
FR MOLLICONE Antonio 333/1232458
LT SANAPO Aldo 338/2687293
RI BERNARDINI Enrico 0746/278927
VT CAVASINO Sergio 0761/339232

ABRUZZO

Segretario Regionale

MANFREDA Paolo 0863/441720

Segretari Provinciali

AQ MANFREDA Paolo 0863/509071
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 QUARTA Paola 338/9920044
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 BIANCO Agata 0923/472256
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

DIPENDENTI / AZIENDE SANITARIE

(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)

AREA AUIPI

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 AUIPI via Arenula 16 - 00186 Roma
(inviare una copia protocollata dall'Ente)

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

La/il sottoscritt _____

dipendente con la qualifica di:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dirigente Psicologo | <input type="checkbox"/> Dirigente Fisico |
| <input type="checkbox"/> Dirigente Biologo | <input type="checkbox"/> Dirigente Medico |
| <input type="checkbox"/> Dirigente Chimico | |

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 AUIPI 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 AUIPI 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 AUIPI
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
intestato a

AUIPI
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:

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

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 _____.

Allego copia della ricevuta del versamento sul ccp n° 72492028 intestato *Aupi Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula, 16 - 00186 Roma* di € _____ per la quota associativa relativa all'anno solare 2012 dovuta in qualità di:

- LP € 103,00 Libera/o Professionista, tel. studio: ____/____ fax _____
- CO € 103,00 Convenzionata /o con GeG con Min. Difesa con altro
(Dati Ente tel. lavoro ____/_____)
- SP € 103,00 Dipendente da Ente Sanitario Privato (*non Aris/Aiop*)
(Dati Ente tel. lavoro ____/_____)
- DP € 103,00 Laureato in Psicol. Dipendente da ditta Privata/Ente non Sanitario
(Dati Ditta/Ente tel. lavoro ____/_____)

rinnovando l'iscrizione già in essere l'anno scorso

quale nuova iscrizione

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 intestato *Aupi Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula, 16 - 00186 Roma* di € _____ per la quota d'adesione relativa all'anno solare 2012 dovuta in qualità di:

- XD € 30,00 Laureato in Psicologia non occupato Data di nascita _____
- ST € 30,00 Studente in Psicologia Università di _____
- rinnovando l'adesione già in essere l'anno scorso quale nuova adesione

RICHIESTA DI ABBONAMENTO per l'anno 2012:

- € 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/la Collega la scheda d'iscrizione dev'essere inviata, corredata dalla fotocopia del versamento, ad:

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

La presente scheda è predisposta per l'iscrizione all'AUPI da parte di Colleghi **non-dipendenti da Enti Pubblici**: dovrà essere inviata in fotocopia, opportunamente compilata e **corredata da copia della ricevuta di versamento sul c.c. postale**.

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).

Le quote riportate si riferiscono all'**anno solare 2012**, e sono valide sia per le nuove iscrizioni che per i rinnovi. I versamenti dovranno essere effettuati per mezzo del bollettino di **c.c.p. n° 72492028** intestato a **AUPI Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula 16 - 00186 Roma**. Riportare sulla causale (precauzione di eventuali disguidi postali): Nome, Cognome, Indirizzo comprensivo di CAP e Città, n° telefono, Sigla (LP, CO, etc.) e se si tratta di rinnovo o di nuova iscrizione. Si prega di scrivere a macchina o in stampatello.

firma: _____

CONVENZIONATI AZIENDE SANITARIE

(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)



AUPI
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
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:

- promuovere nella società italiana la ricerca, la cultura e la pratica della Psicologia;
- stimolare e mantenere alti gli standard professionali e scientifici;
- promuovere, implementare e finalizzare il contatto fra le Società scientifiche ed i loro associati su comuni temi di interesse scientifico e culturale;
- divulgare le notizie riguardanti la ricerca psicologica attraverso appropriati strumenti di comunicazione;
- 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;
- 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: aupti.it@aupti.it

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di Aprile 2012



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

*pubblicazione
informativa
no profit*

Omologato

Posteitaliane