

ψ

AUPInotizie

Associazione Unitaria Psicologi Italiani

2011

n. 4

- ▶ **Dirigenza: È arrivata l'ora di dire basta. Non si riporta indietro l'orologio dei Diritti dei Lavoratori**
- ▶ **Si può curare meglio spendendo di meno? Il contributo dello psicologo alla gestione della malattia**
- ▶ **Convegno: Psicologia nell'area delle cure primarie. Torino, 30 settembre 2011**
- ▶ **Atti Aziendali: Psicologia e Psicoterapia e la Direzione di Struttura semplice e complessa**

Notizie

SOMMARIO

Ψ
AUPI

1 Dirigenza: È arrivata l'ora di dire basta.
Non si riporta indietro l'orologio dei Diritti dei Lavoratori - M. Sellini

7 Iniziative sindacali

11 Si può curare meglio spendendo di meno?
Il contributo dello psicologo alla gestione della malattia - David Lazzari

23 Convegno: Psicologia nell'area delle cure primarie. Torino, 30 settembre 2011
Interventi di Letizia Serra, Giancarlo Marengo, David Lazzari, Enrico Chiara, Giulio Titta

42 Atti Aziendali: Psicologia e Psicoterapia
e la Direzione di Struttura semplice e complessa - Rinaldo Perini

45 DSM-5: Aumentano le diagnosi psichiatriche - Paolo Migone

47 Recensioni - Piero Porcelli

50 Schede d'iscrizione

Dirigenza: È arrivata l'ora di dire basta. Non si riporta indietro l'orologio dei Diritti dei Lavoratori

Mario Sellini
Segretario Generale

Dopo tanto torpore, le Confederazioni Sindacali sembra si siano, finalmente, svegliate.

L'illusione che questo Governo fosse in grado di "governare" la crisi sta gradualmente, ma inesorabilmente, svanendo.

In realtà, l'AUPI, insieme a tutte le altre Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medica e Sanitaria, se n'è accorta da molto tempo. Prima di tanti altri. Certamente prima delle grandi Confederazioni.

È sufficiente andare a rileggere le nostre prese di posizione, le nostre iniziative di lotta, risalenti alla primavera del 2010, per avere conferma della tempestività e lungimiranza della nostra analisi.

Per più di due anni, questo Governo, ha negato la crisi. C'è voluta l'Europa e la Commissione Europea per costringere il Governo ad aprire gli occhi.

Dopo gli interventi "lacrime e sangue" di questa estate, il Governo si è di nuovo addormentato. Ci vuole tutta la forza persuasiva del Capo dello Stato e della Comunità Europea per spingere i nostri Ministri a pensare che la crisi si supera, non solo aumentando le tasse, ma incentivando lo sviluppo. Anche se siamo scettici sulla reale volontà e capacità di questo Governo di assumere iniziative per la crescita.

Nei giorni scorsi, la Dirigenza e tutti i Professionisti del Servizio Sanitario ha protestato contro le manovre finanziarie. Una grande manifestazione, molto partecipata, culminata

con un *sit-in* davanti al Parlamento e la consegna, al Presidente della Camera, di oltre 10.000 firme di protesta.

In questa manifestazione, che è solo la prima di una lunga serie di iniziative che dovremo assumere nelle prossime settimane e mesi, l'AUPI ha svolto un ruolo importante e significativo.

Oltre venti le sigle sindacali che hanno aderito alla manifestazione. Pochissimi gli interventi ufficiali dei rappresentanti le Organizzazioni Sindacali. Tra i pochi interventi quello dell'AUPI.

L'AUPI è stata scelta per rappresentare la posizione di tutta la Dirigenza Sanitaria. Parlare a nome e per conto degli oltre 20.000 Dirigenti Sanitari è, sicuramente, un riconoscimento importante.

Un riconoscimento conquistato "sul campo", frutto di una presenza costante e qualificata.

Non è solo l'intervento in nome e per conto di tutta la Dirigenza Sanitaria che qualifica il ruolo dell'AUPI. In piazza Montecitorio, la Delegazione AUPI è stata qualitativamente e quantitativamente molto rilevante. Più di altre Organizzazioni Sindacali ben più "blasonate" e rappresentative di categorie "forti".

È il segno che l'intero gruppo dirigente dell'AUPI, con tutti gli iscritti, è consapevole dell'importanza della "posta in gioco".

Gli Psicologi sono stati presenti in piazza, numerosi e tutti sotto le bandiere e gli striscioni dell'AUPI. Ancora una volta

“*La crisi si supera, non solo aumentando le tasse, ma incentivando lo sviluppo.*”

“*L'AUPI è stata scelta per rappresentare la posizione di tutta la Dirigenza Sanitaria.*”

“*Gli Psicologi sono stati presenti in piazza, numerosi e tutti sotto le bandiere e gli striscioni dell'AUPI. Ancora una volta in piazza senza timori, consapevoli che non è più tempo di titubanze.*”

in piazza senza timori, consapevoli che non è più tempo di titubanze. La situazione è talmente grave che non esporsi in prima persona o pensare di continuare a coltivare il proprio, piccolo, orticello, equivale a essere complici e conniventi delle scelte sciagurate del Governo.

Oggi non ci sono più “orticelli” da salvaguardare. Nel precedente numero di AUPI – Notizie abbiamo quantificato quanto costano, oggi, a ciascuno di noi, le manovre finanziarie già approvate.

Il conto da pagare potrebbe essere ancora più salato. Il Governo vuole continuare a “mettere le mani” nelle nostre tasche, di Dipendenti Pubblici e di Cittadini.

L'ultimo tentativo, a oggi, perché, tra qualche giorno, potrebbe non essere più tale, è stato quello di eliminare i Buoni Pasto. Un tentativo andato a vuoto in virtù della “sollevazione” sindacale che questa iniziativa ha sollevato.

Un tentativo talmente maldestro, “cattivo”, ideologico e inutile che ha suscitato la reazione anche del “Sole 24 Ore”. Il giornale della Confindustria, organo di stampa dei datori di lavoro, anche dei nostri, visto che le Pubbliche Amministrazioni aderiscono a Confindustria, ha dovuto riconoscere che il settore pubblico e i Dirigenti Pubblici hanno già dato tutto quello che potevano dare e anche di più.

Il Pubblico Impiego e la Dirigenza hanno contribuito più di tutti al risanamento dei conti pubblici.

I dati economici dimostrano appieno quanto da noi sostenuto.

Iniziamo con lo sfatare qualcuna delle tante “bufale” che i nostri Ministri e molti politici (di entrambi gli schieramenti) vanno raccontando sul Pubblico Impiego. Il primo mito da

sfatare è che in Italia ci sono troppi dipendenti Pubblici. Questo è falso.

In Italia, i Dipendenti Pubblici, in rapporto al totale complessivo di tutti i lavoratori, pubblici e privati, sono meno

che in USA, Grecia, Gran Bretagna, Canada e Francia. Senza citare i Paesi Scandinavi (tutti) che hanno un numero di dipendenti pubblici che è il doppio degli italiani.

La Germania e il Giappone ne hanno meno dell'Italia e nonostante ciò il Giappone ha un debito pubblico che è il doppio di quello italiano. Questo sta a significare una sola cosa: il debito pubblico non è causato dall'alto numero di Dipendenti Pubblici.

E che i Dipendenti Pubblici non siano la causa della crescita del debito pubblico lo dimostra un altro dato: l'Irlanda e il Portogallo hanno un numero di Dipendenti Pubblici inferiore al nostro. Eppure l'Irlanda è già “fallita” e il Portogallo è sull'orlo del fallimento.

Ma quanto incide la spesa per gli stipendi dei Dipendenti Pubblici sul PIL nei principali paesi dell'occidente industrializzato? Solo in Germania gli stipendi pubblici incidono sul PIL meno che da noi (7,5% contro il nostro 11,2%). Tanti altri Stati (Spagna, Francia, Gran Bretagna) spendono, in percentuale sul PIL, molto più che da noi.

Se questi sono i dati economici; se nella patria del “liberismo” più avanzato (Stati Uniti) dopo la “cura reaganiana” e l'era Bush (padre e figlio); se in Gran Bretagna al termine della “rivoluzione liberista” della Thatcher; i pubblici dipendenti sono più numerosi che in Italia, se queste due nazioni spendono in percentuale sul loro PIL più dell'Italia, vuol dire che i Dipendenti Pubblici non sono la “rovina” economico-finanziaria degli Stati.

“ ***Il Pubblico Impiego e la Dirigenza hanno contribuito più di tutti al risanamento dei conti pubblici.*** ”

“ ***Se nella patria del “liberismo” più avanzato (Stati Uniti) dopo la “cura reaganiana” e l'era Bush (padre e figlio); se in Gran Bretagna al termine della “rivoluzione liberista” della Thatcher; i pubblici dipendenti sono più numerosi che in Italia, se queste due nazioni spendono in percentuale sul loro PIL più dell'Italia, vuol dire che i Dipendenti Pubblici non sono la “rovina” economico-finanziaria degli Stati.*** ”

Altra questione è affermare che la Pubblica Amministrazione, in Italia, funziona male. Questo è vero, anche se non è corretto generalizzare. Ma la causa principale è l'invadenza e l'incapacità della classe politica di "indirizzare" e "governare" il settore pubblico.

Se la Fiat va male la colpa è di Marchionne e dei suoi manager, certamente non degli operai. Se il settore pubblico non funziona la colpa è della classe politica che non sa amministrare.

Molti Ministri di questo Governo dimostrano un "sacro furore" nei confronti dei Dirigenti Pubblici che non trova alcuna giustificazione razionale, né in campo economico, né in quello politico. Un Governo, qualunque sia il suo "colore" politico, dovrebbe avere a cuore il funzionamento dell'apparato statale.

Sono i Pubblici Dipendenti, e in primo luogo i Dirigenti, che fanno funzionare la "macchina" dello Stato. Il Governo può fissare tutti gli obiettivi politici e/o economici che vuole, ma avrà sempre bisogno degli apparati pubblici per raggiungerli.

È davvero incomprensibile la "rabbia" espressa da molti componenti la Maggioranza parlamentare. Verrebbe voglia di abbandonare gli strumenti di analisi politico/sindacale/sociologica e utilizzare quelli per una diagnosi di personalità. Almeno per alcuni Ministri e Parlamentari.

Le Confederazioni sindacali si sono finalmente svegliate e hanno realizzato e/o programmato iniziative sindacali importanti, sciopero compreso.

È anche vero che lo strumento dello sciopero è, parzialmente, superato e controproducente. Certamente non può essere considerato l'unico strumento da mettere in campo. Dobbiamo "inventarci" qualcos'altro. Non sarà difficile perché la rabbia e la preoccupazione tra i dipendenti pubblici e tra i Dirigenti aumentano ogni giorno di più.

“ Sono i Pubblici Dipendenti, e in primo luogo i Dirigenti, che fanno funzionare la “macchina” dello Stato. ”

“ La prospettiva che dobbiamo combattere è quella di riportare indietro l'orologio dei diritti dei lavoratori, e nei Diritti sono ricompresi anche i benefici economici. ”

“ Tenere i giovani fuori dal mercato del lavoro. “Abituarli” alla precarietà, come unica condizione esistenziale e lavorativa possibile. ”

Dopo le manovre di questa estate ci hanno riprovato con il riscatto della laurea, del militare e con i buoni pasto. Ci riproveranno.

Noi dobbiamo essere pronti. Non possiamo mollare. Non reagire oggi, pensando che, alla fine, la tempesta passerà, lasciandoci indenni, è pura illusione.

La prospettiva che dobbiamo combattere è quella di riportare indietro l'orologio dei diritti dei lavoratori, e nei Diritti sono ricompresi anche i benefici economici.

Che sia questo, l'unico, vero obiettivo, lo dimostra la contraddittorietà o meglio la schizofrenia delle "parole d'ordine" di questo Governo e anche dell'Europa. Da un lato tutti

fanno finta di preoccuparsi della condizione giovanile; dell'altissima percentuale di disoccupazione degli under 30, e per quella dei giovani laureati che non trovano lavoro. Dall'altro ci troviamo di fronte un Governo che propone di aumentare sempre di più l'età pensionabile di chi oggi

lavora.

Anche uno stupido comprende che le due proposte sono, di fatto, in aperto e insolubile conflitto. Se chi lavora non va in pensione, come cavolo si fa a dare lavoro ai giovani?

È mai possibile che grandi economisti e "professoroni" non comprendano una banalità del genere? Sanno benissimo che le due proposte sono in conflitto, che il loro vero obiettivo non è quello dichiarato, e che la posta in gioco è ben più alta. Ma quale?

Tenere i giovani fuori dal mercato del lavoro. "Abituarli" alla precarietà, come unica condizione esistenziale e lavorativa possibile. Non dare loro la possibilità di "conoscere", "apprezzare" e quindi far valere, come propri, i diritti e le conquiste che i lavoratori hanno ottenuto negli ultimi 40

anni. Far apparire, ai giovani e ai precari, i diritti dei lavoratori come dei "privilegi" ingiusti nei loro confronti. Crea-

re una massa di milioni di lavoratori precari, senza diritti, da contrapporre ai lavoratori che ancora hanno Contratti Nazionali che garantiscono salari e diritti.

È chiaro che il vero obiettivo è ridurre ed eliminare i Diritti fondamentali dei lavoratori. Metterci

gli uni contro gli altri. Giovani contro "vecchi". Disoccupati contro occupati. Precari contro stabilizzati.

Se così non fosse, non avrebbe senso prolungare l'attività lavorativa di chi sta per andare in pensione. Anzi. Si dovrebbe agevolare il pensionamento per fare spazio ai giovani. Ma non è questo ciò che si vuole realizzare.

Sono in pericolo i Diritti dei lavoratori. Sono costantemente ridotti i diritti dei cittadini. Il diritto alla salute, costituzionalmente riconosciuto, è, ogni

giorno, oggetto di pesantissimi attacchi. L'ultimo in ordine temporale: il Governo ha tagliato, di un miliardo di euro, i fondi per la riqualificazione delle strutture sanitarie.

Prima ci bloccano il rinnovo contrattuale. Poi ci tagliano i soldi per rendere "civili" e vivibili le strutture sanitarie nelle quali lavoriamo. Ma un miliardo di euro in meno riduce drasticamente il diritto alla salute della parte più debole e bisognosa della popolazione.

...E parlano di rendere efficienti i servizi pubblici...

Non c'è tempo da perdere. Dobbiamo rompere gli indugi e affrontare con decisione la sfida che abbiamo di fronte. Ne va della nostra Dignità di Lavoratori, di Dirigenti, di Cittadini.

“ Creare una massa di milioni di lavoratori precari, senza diritti, da contrapporre ai lavoratori che ancora hanno Contratti Nazionali che garantiscono salari e diritti.”

“ Sono in pericolo i Diritti dei lavoratori. Sono costantemente ridotti i diritti dei cittadini.”

“ I Diritti fondamentali dei Lavoratori sono “indisponibili”. Non possono essere oggetto di alcuna trattativa o baratto.”

“ Il riconoscimento dell'AUPI deve tramutarsi nella legittimazione della Professione di Psicologo in tutti i posti di lavoro, nell'organizzazione aziendale, nelle trattative sindacali locali.”

Negli ultimi dieci anni i Dirigenti Pubblici hanno fornito prova di voler fare la propria parte senza mai tirarsi indietro quando ci è stato chiesto di discutere e rendere esigibili i Doveri che comporta l'essere Dirigenti.

Ci è stato chiesto di dare di più. E noi l'abbiamo fatto.

Sui "Doveri" (Produttività, Efficienza, Efficacia, Valutazione

ecc.) abbiamo dato e possiamo anche continuare a discutere sui possibili margini di miglioramento e di recupero della Produttività e dell'Efficacia del nostro lavoro. Ma sui Diritti fondamentali, previsti e garantiti dalla Costituzione e dallo Statuto dei Lavoratori non c'è discussione che tenga.

I Diritti fondamentali dei Lavoratori sono "indisponibili". Non possono essere oggetto di alcuna trattativa o baratto. Ne va della nostra dignità. Della qualità del servizio che erogiamo ai cittadini. Del futuro dei nostri figli e delle giovani generazioni.

La mobilitazione di tutte le Organizzazioni Sindacali dei Dirigenti e dei Professionisti della Sanità dovrà continuare.

L'AUPI ha dato dimostrazione di essere non solo presente e parte attiva, ma di godere di un prestigio riconosciuto da tutti. Il riconoscimento dell'AUPI deve tramutarsi nella legittimazione della Professione di Psicologo in tutti i posti di lavoro, nell'organizzazione aziendale, nelle trattative sindacali locali. Quanto più e meglio riusciremo a essere presenti a livello nazionale, tanto più potremo far valere le ragioni della Psicologia e degli Psicologi a livello locale.

Ai Segretari Nazionali AUPI
Ai Segretari Regionali AUPI
Ai Segretari Provinciali AUPI
Ai Delegati Aziendali AUPI

Roma 26 ottobre 2011

APPELLO
del Segretario Generale

**“GARANTIRE LA RAPPRESENTATIVITÀ
ESSERE IL PRIMO SINDACATO”**

L'ARAN, l'agenzia con la quale l'AUPI discute e firma i Contratti Nazionali di lavoro, ha deciso di **raccogliere i dati sulla Rappresentatività di tutte le Organizzazioni Sindacali. È, per intenderci, la stessa operazione che sta facendo l'ISTAT con il Censimento 2011.**

L'ARAN farà il Censimento di tutte le Organizzazioni Sindacali e verificherà:

1. il numero totale degli iscritti di tutte le Organizzazioni Sindacali;
2. la consistenza numerica degli iscritti di ciascun Sindacato suddivisi per Regione, Provincia e Azienda.

Il risultato che verrà fuori dalla raccolta di questi dati servirà a stabilire qual è il Sindacato che ha il maggior numero di iscritti, qual è il secondo e così via, fino all'ultimo.

Il Sindacato che avrà il maggior numero di iscritti, a livello Nazionale, Regionale, Provinciale e Aziendale, sarà considerato il più “importante” nelle trattative aziendali e nazionali.



Dobbiamo far diventare l'AUPI il Sindacato con il maggior numero di iscritti in TUTTE le Aziende. In TUTTE le Provincie. In TUTTE le Regioni.

Già, oggi, siamo la Categoria Sanitaria più numerosa, dopo i Medici.

DOBBIAMO DIVENTARE il PRIMO SINDACATO.

Ce la dobbiamo fare. Serve solo un piccolo sforzo che si tradurrà, nei prossimi quattro anni, in benefici immediati e tangibili nelle trattative sindacali nelle Aziende.

L'ARAN farà il Censimento delle Organizzazioni Sindacali al 31 dicembre 2011. I dati raccolti saranno utilizzati per stabilire la Rappresentatività di ciascun Sindacato per i prossimi quattro anni.

Nel prossimo mese di novembre ogni Delegato Aziendale, ogni Segretario Provinciale, ogni Segretario Regionale, ogni Segretario Nazionale, ogni iscritto, DEVE AVERE UN UNICO OBIETTIVO: CONVINCERE UNA COLLEGA, UN COLLEGA, NON ANCORA ISCRITTO, A ISCRIVERSI ALL'AUPI.

Le deleghe firmate devono essere protocollate presso l'Azienda Sanitaria entro il 30 novembre o al massimo nei primi giorni del mese di dicembre.

È un momento veramente delicato e difficile. Dobbiamo spiegare ai colleghi la gravità della situazione economica e politica. Ciascuno di noi deve far comprendere ad almeno una collega o un collega non iscritto i rischi che stiamo correndo.

Avere più iscritti a livello Aziendale rende l'AUPI più forte nelle trattative con le Direzioni Generali. Se l'AUPI sarà più forte, più forte sarà la Psicologia e più forti gli Psicologi, perché nelle Aziende non c'è nessun'altra Organizzazione Sindacale che difende gli interessi della Psicologia e degli Psicologi.

Il Segretario Generale

ANAAO ASSOMED - CIMO-ASMD – AAROI-EMAC – FP CGIL MEDICI – FVM – FASSID – CISL MEDICI - FESMED
– ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI - UIL FPL FEDERAZIONE MEDICI – SDS SNABI – AUPI – FP CGIL SPTA -
SINAFO – FEDIR SANITA' – SIDIRSS – FIMMG – SUMAI – SNAMI – INTESA SINDACALE - SMI - FIMP – CIMOP

MEDICI, VETERINARI, DIRIGENTI DEL SSN BOCCIANO LA MANOVRA E SI MOBILITANO PER FERMARE I CONTINUI ATTACCHI AI PROFESSIONISTI DELLA SANITA'

8 settembre 2011

I Medici dipendenti, convenzionati con il Ssn e della ospedalità privata, i veterinari, i dirigenti sanitari, amministrativi, professionali e tecnici, bocchiano la manovra economica approvata ieri dal Senato e danno vita ad una mobilitazione in difesa dei diritti delle categorie e delle condizioni di lavoro dei professionisti della sanità aperta da una manifestazione a Roma il 13 ottobre.

Questa la risposta unitaria delle categorie professionali alla manovra economica approvata ieri con il voto di fiducia al Senato.

Le categorie professionali della sanità sono state colpite con le ultime manovre economiche sia come pubblici dipendenti attraverso il congelamento del contratto e delle convenzioni per 5 anni, con una consistente perdita economica aggravata, per i medici convenzionati, dal mancato riconoscimento delle spese di produzione, sia come dirigenti, sottoposti ad un prelievo forzoso sui redditi superiori a 90.000 euro, bollato come folle e prontamente eliminato per il settore autonomo e privato, sia, infine, come professionisti, con incarichi di lavoro sempre più precarizzati e discrezionali, a prescindere da competenze, meriti e risultati, ed esposti alla invadenza pervasiva della politica.

Siamo alle leggi speciali! Per loro infatti sono anche previsti:

- il congelamento del TFR per 2 anni, una appropriazione indebita di salario differito largamente autofinanziato;
- una mobilità selvaggia, senza regole, discrezionale fino all'arbitrio;
- pensionamento a 65 anni per le donne, malgrado esse siano sottoposte a stressanti turni notturni e festivi, che si aggiungono ai compiti di cura.

Si tratta di inique discriminazioni contro il pubblico impiego, di cui fanno parte i Dirigenti Medici e i dirigenti del SSN, all'interno di una politica recessiva per la sanità italiana, defanziata ed impoverita dal punto di vista economico e di risorse professionali, destinata ad un ruolo povero per i poveri.

Anche dopo l'approvazione della manovra economica le organizzazioni sindacali mantengono lo stato di agitazione a sostegno di una piattaforma di obiettivi a difesa della dignità e del valore delle professioni quali: la discussione sul loro ruolo e la loro collocazione all'interno del sistema; nuove modalità di definizione dei rapporti convenzionali; la definizione dei livelli essenziali organizzativi; la lotta all'abuso di contratti precari; le azioni per contrastare l'incremento del contenzioso con i pazienti.

A sostegno di tale piattaforma che si farà anche carico di proposte sul finanziamento e l'organizzazione del sistema sanitario, le organizzazioni sindacali destinano un pacchetto di iniziative che non escludono azioni di sciopero.

I Medici dipendenti, convenzionati con il Ssn e della ospedalità privata, i veterinari, i dirigenti sanitari, amministrativi, professionali e tecnici vogliono tornare ad essere protagonisti della sanità italiana al servizio della tutela della salute del cittadino e per contrastare gli sprechi, il malaffare e le lottizzazioni che la stanno distruggendo.

Se non ora, quando?

ANAAO ASSOMED - CIMO-ASMD – AAROI-EMAC – FP CGIL MEDICI – FVM – FASSID – CISL MEDICI - FESMED
– ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI - UIL FPL FEDERAZIONE MEDICI – SDS SNABI – AUPI – FP CGIL SPTA -
SINAFO – FEDIR SANITA' – SIDIRSS – FIMMG – SUMAI – SNAMI – INTESA SINDACALE - SMI - FIMP – CIMOP

Sen. Giorgio Napolitano
Presidente della Repubblica

On. Silvio Berlusconi
Presidente del Consiglio dei Ministri

On. Giulio Tremonti
Ministro dell'Economia

On. Renato Brunetta
Ministro della Pubblica Amministrazione

Prof. Ferruccio Fazio
Ministro della Salute

On. Gianfranco Fini
Presidente Camera dei Deputati

Sen. Renato Schifani
Presidente Senato della Repubblica

Roma 7 settembre 2011
Prot. n. /2011/snrm

I Medici dipendenti, convenzionati con il Servizio Sanitario nazionale e della ospedalità privata, i veterinari, i dirigenti sanitari ed amministrativi dipendenti, giudicano negativamente i contenuti della manovra economica alla attenzione del parlamento.

Chi quotidianamente garantisce milioni di prestazioni negli ospedali e nei presidi sanitari territoriali viene sempre più penalizzato e costretto a lavorare in una sanità pubblica sempre più impoverita da devastanti sottofinanziamenti, sprechi e clientele.

L'insieme delle ultime tre manovre economiche si accanisce con modalità plurime contro i Medici e i dirigenti del SSN.

Colpiti come pubblici dipendenti attraverso il congelamento del contratto e delle convenzioni per 5 anni, con una consistente perdita economica aggravata, per i medici convenzionati, dal mancato riconoscimento delle spese di produzione, aumentati carichi burocratici che tolgono spazio alla attività assistenziale, blocco del turn over che, in alcune Regioni, ha ormai raggiunto i 6 anni, con negative ripercussioni anche sul livello di sicurezza delle cure.

Colpiti come dirigenti, sottoposti ad una addizionale irpef che, bollata come folle ed eliminata per i

Segreteria Nazionale Anaa Assomed
Via XX Settembre 68 – 00187 Roma
Telefono 064245741 – fax 0648903523
segreteria.nazionale@anaao.it
www.anaao.it

ANAAO ASSOMED - CIMO-ASMD – AAROI-EMAC – FP CGIL MEDICI – FVM – FASSID – CISL MEDICI - FESMED
– ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI - UIL FPL FEDERAZIONE MEDICI – SDS SNABI – AUPI – FP CGIL SPTA -
SINAFO – FEDIR SANITA' – SIDIRSS – FIMMG – SUMAI – SNAMI – INTESA SINDACALE - SMI - FIMP – CIMOP

dirigenti del settore autonomo e privato, che pure rappresenta appena un terzo della platea interessata, viene lasciata in vita solo per loro in spregio di ogni principio costituzionale di eguaglianza dei cittadini di fronte al fisco. Una nuova aliquota fiscale applicata alla natura giuridica del rapporto di lavoro che produce reddito, nel silenzio dei liberisti "a giorni alterni" che, paghi, hanno ammainato le loro bandiere.

Colpiti come professionisti, con incarichi di lavoro sempre più precarizzati e discrezionali, a prescindere da competenze, meriti e risultati, ed esposti alla invadenza pervasiva della politica.

Si sarebbe voluto perfino rimettere in discussione il riscatto degli anni di laurea e di specializzazione, con l'aggravante di genere del servizio militare. Un provvedimento meschino ed estemporaneo chiamato a colmare i vuoti lasciati da un rinvio a tempo indefinito dei tagli ai costi della politica ed improntato ad un totale disprezzo per gli anni di studio, indispensabili per un Paese civile e avanzato, disincentivante la qualificazione professionale malgrado la bassa percentuale di laureati e specialisti in Italia rispetto ai Paesi dell'unione europea.

Per i medici si sarebbe trattato di dover rinunciare dai sei ai dodici anni pagati a proprie spese, ai fini del raggiungimento della pensione!

Quasi leggi speciali per loro sono anche previsti:

- Il congelamento del TFR per 2 anni, una appropriazione indebita di salario differito largamente autofinanziato;
- una mobilità selvaggia, senza regole, discrezionale fino all'arbitrio;
- pensionamento a 65 anni per le donne, malgrado esse siano sottoposte a stressanti turni notturni e festivi, che si aggiungono ai compiti di cura.

Si tratta di inique discriminazioni contro il pubblico impiego, che comprende i Dirigenti Medici e i dirigenti del SSN, uno status che quasi configura un reato, analogo a quello di immigrato clandestino, che il Governo, però, non disdegna di usare come bancomat da utilizzare per non colpire chi ha di più nei patrimoni, nelle rendite, nei livelli di evasione fiscale.

Il tutto all'interno di una politica recessiva per la sanità italiana, defanziata ed impoverita dal punto di vista economico e di risorse professionali, destinata ad un ruolo povero per i poveri.

Il diritto alla salute non è più esigibile in egual modo in tutte le regioni e da diritto di cittadinanza diventa condizione legata ai territori ove si ha la ventura di vivere. Si perde il valore di coesione sociale assicurato da un servizio sanitario nazionale e, anche attraverso l'impoverimento delle categorie professionali, si distrugge un valore fondamentale di una comunità, l'unico diritto che la costituzione definisce fondamentale.

Non è in discussione la necessità di partecipare ai sacrifici richiesti dalle condizioni economiche del paese. Ma non si può essere i soli a pagare ed in tutti i modi escogitati dalla fantasia del legislatore. Il lavoro che svolgiamo tutti i giorni e tutte le notti a tutela del bene più prezioso dei cittadini e della comunità merita maggior rispetto e valorizzazione. Non siamo burocrazia da liquidare ma professionisti che nei luoghi del loro lavoro quotidianamente rispondono a domande e bisogni di cittadini in momenti delicati della loro vita.

Segreteria Nazionale Anaa Assomed
Via XX Settembre 68 – 00187 Roma
Telefono 064245741 – fax 0648903523
segreteria.nazionale@anaao.it
www.anaao.it

ANAAO ASSOMED - CIMO-ASMD – AAROI-EMAC – FP CGIL MEDICI – FVM – FASSID – CISL MEDICI - FESMED
– ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI - UIL FPL FEDERAZIONE MEDICI – SDS SNABI – AUPI – FP CGIL SPTA -
SINAFO – FEDIR SANITA' – SIDIRSS – FIMMG – SUMAI – SNAMI – INTESA SINDACALE - SMI - FIMP – CIMOP

Le Organizzazioni sindacali dei medici dirigenti e convenzionati, dei veterinari e dei dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale rivolgono un appello alle SS.LL. affinché la manovra venga modificata, almeno nelle parti che non richiedono compensazione economica, nel senso da noi richiesto e venga fermata la campagna persecutoria e punitiva nei loro confronti.

Distinti saluti.

Costantino Troise	ANAAO ASSOMED
Riccardo Cassi	CIMO ASMD
Vincenzo Carpino	AAROI-EMAC
Massimo Cozza	FP CGIL MEDICI
Aldo Grasselli	FVM
Mauro Mazzoni	FASSID
Biagio Papotto	CISL MEDICI
Carmine Gigli	FESMED
Raffaele Perrone Donnorso	ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI
Armando Masucci	UIL FPL FEDERAZIONE MEDICI
Alberto Spanò	SDS SNABI
Mario Sellini	AUPI
Lorena Splendori	FP CGIL SPTA
Antonio Castorina	SINAFO
Antonio Travia	FEDIR SANITA'
Franco Socci	SIDIRSS
Giacomo Milillo	FIMMG
Roberto Lala	SUMAI
Angelo Testa	SNAMI
Salvo Cali	SMI
Giuseppe Mele	FIMP
Fausto Campanozzi	CIMOP

Segreteria Nazionale Anaa Assomed
Via XX Settembre 68 – 00187 Roma
Telefono 064245741 – fax 0648903523
segreteria.nazionale@anaao.it
www.anaao.it

Si può curare meglio spendendo di meno? Il contributo dello psicologo alla gestione della malattia

David Lazzari¹

La situazione italiana

Il SSN italiano spende attualmente circa i 2/3 delle sue risorse per la cura delle malattie croniche (Min. Salute 2008), parliamo di quei grandi capitoli che caratterizzano l'epidemiologia dei paesi sviluppati: sindrome metabolica, diabete, malattie cardiovascolari (cardiache e cerebrali), tumori (sempre più divenuti una situazione di cronicità), e diverse altre malattie e situazioni che comportano disabilità di qualche tipo. Condizioni che sono in continuo aumento nel mondo e che la medicina classica – che ha un modello di cura costruito sulla malattia acuta – si è trovata e si trova impreparata ad affrontare. Solo in Italia questi problemi di salute riguardano circa il 40% della popolazione (Min. Salute 2008) e pongono grandi interrogativi per la sostenibilità del sistema sanitario.

Le maggiori spese, in tutti questi casi, sono dovute alle ricadute sull'andamento della malattia di fattori assolutamente non medici, parliamo del modo in cui la persona vive e gestisce i suoi problemi di salute, ovvero di quello che in concreto pensa e fa. Il mondo sanitario ha cercato di analizzare questi problemi in mille modi ma non ha trovato sinora nessuna ricetta efficace.

Analizzando gli scenari con cui si misurano le scienze della salute e le organizzazioni sanitarie, il grande psicologo canadese Albert Bandura ha sottolineato la necessità di passare da “sistemi centrati sull'offerta” a “sistemi centrati sulla domanda”, in grado cioè di analizzare adeguatamente i bisogni, di lavorare per obiettivi integrati, di costruire alleanze con gli utenti per una loro corretta partecipazione e responsabilizzazione.

La ricerca psicologica si è occupata di questi aspetti, ma spesso è stata condizionata da un approccio troppo accademico e poco operativo o, all'opposto, troppo pratico e privo di verifiche di efficacia. Con 33 teorie sul comportamento, 130 costrutti (Michie ed al. 2005) e spesso proponendo interventi efficaci troppo costosi per essere replicabili su vasta scala (e quindi non appetibili per il sistema sanitario), la psicologia rischia di perdere il treno su una tematica che è di sua pertinenza. Mettiamoci inoltre l'idea diffusa che gli interventi psicologici sono poco misurabili e comunque un costo aggiunto, soprattutto in epoca di vacche magre.

Appare allora necessario costruire un ponte tra ricerca e applicazione, tra evidenze e pratica clinica, tra efficacia e costi, tra linguaggio psicologico e medico, mettendo la psicologia in condizione di inserirsi in modo propositivo ed efficiente nei contesti di cura, senza trasformismi o abdicazioni, ma anche senza la pretesa di non fare i conti con contesti e problemi nuovi e specifici. Come ha affermato lo psicologo americano S. Rollnick: *“costruire un ponte tra teoria e pratica è un viaggio scomodo, nel quale i teorici saranno preoccupati del rischio di ipersemplicizzazione ed i professionisti reagiranno contro il gergo e ciò che sembra loro una inutile complessità.”*. Ma tale “viaggio” appare oggi quanto mai necessario.

Il volume “Psicologia Sanitaria e Malattia Cronica: interventi evidence-based e disease management” nasce con questi intenti ed obiettivi: raccogliere esperti ed esponenti di società scientifiche (che sono quelle che elaborano le linee-guida sugli interventi nelle diverse patologie) per dare conto dello stato dell'arte della ricerca e della esperienza clinica nel campo della gestione della malattia cronica, delineando le politiche ed i bisogni nel settore e le attività psicologiche dimostratesi efficaci (verso i pazienti, i caregiver, gli operatori; a livello individuale, di gruppo, con supporti tecnologici, ecc). Si è cercato cioè di delineare quali sono gli scenari, le regole del gioco, i bisogni scoperti, le azioni efficaci ed efficienti, le criticità e le prospet-

¹ UOC Psicologia Ospedaliera, Az. Osp. Terni – Ass. Ital. Psicologia Sanitaria e Ospedaliera PSISA – Soc. Ital. di PsicoNeuroEndocrinologia SIPNEI.

tive. E questo è stato possibile perché a parlare sono protagonisti sul campo, che uniscono cioè l'abito dello studioso con quello del clinico e dell'operatore.

Una attenzione particolare è stata data alle analisi economiche degli interventi psicologici: non è infatti più proponibile guardare solo all'efficacia, un intervento può essere utile, può cioè produrre vantaggi ma risultare troppo costoso, quando i benefici sono inferiori ai costi. Certamente è complesso valutare questi aspetti, ma è necessario cominciare a confrontarsi con essi, perché la prima obiezione che viene fatta alle proposte degli psicologi è, in genere: "sì, è una cosa interessante, ma non abbiamo i fondi, non possiamo aumentare le spese". Dimostrare che la spesa per un intervento psicologico riduce i costi sanitari e quindi si autofinanzia e fa risparmiare, liberando risorse, è un grande vantaggio.

Il volume presenta anche un saggio del Prof. Stan Maes, uno degli psicologi sanitari maggiormente riconosciuti a livello internazionale e fondatore della *European Health Psychology Society*, che fa il punto sullo stato dell'arte in questo settore a livello internazionale.

Un dato che emerge, e che spiega la necessità di questi approfondimenti, è che non si può pensare di applicare meccanicamente ricette e protocolli di intervento psicologico da un campo all'altro: quello che funziona con il paziente chirurgico può non funzionare con un diabetico, e così via. Vi sono, ovviamente, delle costanti e dei modelli di riferimento, ma l'intervento deve essere altamente specifico. Inoltre risulta vantaggioso selezionare gli interventi in relazione alle caratteristiche del paziente, formando quindi delle sotto-popolazioni, perché questo consente azioni ancor più mirate.

Certamente saranno i colleghi a giudicare, quelli che da anni operano nel settore e che potranno darci utili contributi e suggerimenti, e i giovani che si affacciano alla professione (tra mille difficoltà) e che hanno bisogno di ricevere input operativi chiari e utili, che possono aprirgli strade meno battute. È tuttavia già significativo che a presentare il lavoro sia un dirigente del Ministero della Salute ed i presidenti di importanti società scientifiche (cardiologi, diabetologi, medici di famiglia, oncologi), che – per i rispettivi ruoli - prendono atto e sottolineano l'apporto che la psicologia può dare in questo campo.

Teniamo conto che, in molti casi, le linee-guida internazionali per la cura delle patologie croniche contemplano gli aspetti psicologici e prevedono interventi specifici, anche se spesso in modo riduttivo e inadeguato. Le linee-guida italiane spesso riprendono queste indicazioni (magari riducendole ancora, vista la mancanza di psicologi a quei tavoli), ma anche quello che c'è rimane in genere lettera morta o diviene patrimonio di altre figure (specialisti medici, infermieri, pedagogisti, ecc.) presenti nelle strutture sanitarie. Ma, al di là del problema delle competenze, è il paziente, i caregiver e la qualità dell'assistenza che patiscono questa mancanza, che costituisce un problema ed un limite per la sanità italiana.

La comunità psicologica ha la necessità di aumentare la propria attenzione e la propria presenza in questo settore partendo da una formazione mirata, che consenta di superare lo spazio assolutamente inadeguato che questi aspetti e questi interventi ricevono, sia a livello universitario che nella formazione post-universitaria e nei corsi di aggiornamento. Si tratta spesso di un vero e proprio gap, che limita la conoscenza e l'uso delle evidenze, la costruzione di progetti e proposte efficaci. Dobbiamo quindi incoraggiare e promuovere iniziative concrete, cioè in grado di fornire strumenti (conoscenze e competenze specifiche).

Nuove sfide per i sistemi sanitari

I dati epidemiologici registrano un aumento delle malattie e delle situazioni di salute che vengono definite "croniche" o "non-modificabili". Secondo la definizione dell'OMS comprendono le maggiori condizioni di cronicità legate alle malattie cardiache e all'ictus (malattie cardiovascolari), al cancro, alle malattie respiratorie e al diabete. Ci sono poi le malattie psichiche, i disturbi muscolo-scheletrici e dell'apparato gastrointestinale, i difetti della vista e dell'udito, le malattie genetiche (vedi: www.iss.it). Nel novero delle malattie croniche possono rientrare anche malattie che, in virtù dei trattamenti disponibili, possono assumere un andamento sostanzialmente cronico o cronico-degenerativo come la Sclerosi Multipla o l'Hiv-Aids.

L'incidenza delle malattie croniche è aumentata negli ultimi anni e si prevede un incremento del 65% per il 2030 (Mathers

& Loncar 2005). Il Centers for Disease Control degli U.S.A. ha stimato che circa la metà della popolazione adulta soffre di una o più malattia cronica e che l'assistenza sanitaria per questi problemi assorbe il 75% dell'intera spesa sanitaria statunitense (Centers for Disease Control, 2008).

Inoltre, Cummings e colleghi (2002) stimano che una percentuale tra il 50 ed il 75% delle persone che ricorrono al Medico di famiglia hanno in realtà problemi di origine psicologica (ivi inclusi sia i problemi psicopatologici che quelli di somatizzazione) o problemi con componente psicologica (comportamenti a rischio, abitudini disfunzionali, cattiva gestione di malattie croniche e scarsa aderenza ai trattamenti).

Il dato significativo che la ricerca sta mettendo sempre più in luce – e spiega molte tendenze epidemiologiche in atto – è che la interconnessione tra questi aspetti determina dei veri e propri “feedback negativi” o “circoli viziosi”, i quali – attraverso vie psicologiche, comportamentali e biologiche – sono alla base di quadri involutivi che progressivamente portano all'instaurarsi di patologie singole o multiple, cioè di complesse situazioni di co-morbilità².

L'aspetto forse più indagato riguarda la presenza di depressione³: studi che hanno arruolato migliaia di pazienti monitorati per diversi anni hanno mostrato che, indipendentemente dalla severità della malattia, la presenza di depressione è associata con minore controllo glicemico e aumento dei livelli di emoglobina glicata (Richardson et al., 2008), aumento della presenza di complicazioni micro e macrovascolari (Lin et al., 2009a) nonché ad una maggiore mortalità (Lin et al. 2009b). Uno studio epidemiologico su circa 5000 soggetti ha mostrato un aumento della probabilità del 65% di rischio di contrarre diabete mellito tra i soggetti con diagnosi di depressione clinicamente significativa, e questo vale anche per le forme più lievi di depressione (Campayo et al. 2010).

In generale la presenza di depressione è associata con l'aumento di rischio di malattie cardiovascolari nella popolazione sana e con l'aumento di mortalità in pazienti cardiovascolari (Suls & Bunde, 2005). Si è ipotizzato che uno dei mediatori nel rapporto depressione-malattia cardiovascolari sia uno stato di infiammazione cronica: la proteina C reattiva, uno dei markers dell'infiammazione cronica, è infatti un forte predittore degli eventi cardiovascolari (Pearson et al., 2003). Una recente meta-analisi su 51 ricerche (periodo 1967-2008) ha trovato che la depressione è associata significativamente con elevati livelli di questa proteina e tale associazione è più forte negli uomini e nelle persone obese (Howren et al., 2009)⁴. Molti autori hanno evidenziato come l'infiammazione produca sintomi in parte simili a quelli della depressione (es. anedonia, sintomi vegetativi e disturbi del sonno), suggerendo come l'infiammazione possa essere vista non solo come una conseguenza dei sintomi depressivi ma anche come un fattore che contribuisce alla sua comparsa (Danzer et al., 2008). Matthews e coll. (2010), nell'ambito del progetto SWAN (Study of Women's Health Across the Nation) hanno monitorato annualmente il distress psicologico e livelli di proteina C reattiva per sette anni in una popolazione femminile, evidenziano come (neutralizzate le altre variabili) più elevati livelli di depressione all'inizio del periodo predicono più elevati livelli di proteina C reattiva durante gli anni successivi e vice versa. Gli autori concludono che l'associazione depressione-infiammazione deve essere considerata di tipo bi-direzionale.

Altre review mettono in luce il ruolo dei fattori psicosociali (stress psicologico cronico ed emozioni negative: ansia, rabbia, ostilità, depressione) nei meccanismi patogenetici (es. alterazioni metaboliche, aterosclerosi) che portano alle malattie cardiovascolari, prima causa di morte e disabilità nei paesi occidentali (Everson-Rose & Lewis, 2005; Alboni & Alboni, 2005; Vale, 2005; Williams, 2008). Gli studi evidenziano il ruolo dei fattori psicosociali come predittori dello sviluppo e dell'andamento di coronaropatie (CHD) ed eventi cardiaci acuti (Bunker et al., 2003) e dell'efficacia della valutazione di questi para-

² Per una panoramica delle evidenze nel rapporto tra stress psicologico, salute e malattia vedi Lazzari, 2009b.

³ La depressione è presente nel 42% delle persone con tumore (Pirl 2004), nel 34% di quelle con ictus (Robinson 2003), nel 32% con Parkinson (Nuti e coll. 2004), nel 27% dei diabetici e nel 23% dei cardiopatici (Musselman e coll. 2003).

⁴ Il ruolo dell'obesità era già emerso nello studio epidemiologico MONICA (Monitoring trends and determinants of cardiovascular diseases) dove si era evidenziato che l'associazione tra distress psicologico (depressione e ansia) e livelli di proteina C reattiva diveniva significativa soprattutto tra le persone obese (Ladwig et al., 2003).

metri (Bunker, op.cit.) e degli interventi psicologici sulla morbilità e mortalità (Smith & Ruiz, 2002). Le ricerche cominciano ad esplorare il complesso rapporto tra alcune caratteristiche psicologiche della persona (es. emozioni prevalenti, stile di coping) ed il diverso quadro neuroendocrino ed immunitario che caratterizza la risposta allo stress (Davidson et al., 2004; Smith & MacKenzie, 2006; Master et al. 2008).

Non è possibile riportare in questa sede l'enorme mole di dati sul ruolo dello stress nella evoluzione e nella gestione della malattia e sulla efficacia degli interventi di stress management (Taylor, 2008), appare tuttavia significativo citarne uno per tutti: la ricerca della psicologa Barbara Andersen (2008) che, dopo aver effettuato un intervento psicologico su un gruppo di 227 donne operate per tumore al seno le ha monitorate per i successivi 11 anni, riscontrando il 45% in meno di recidive ed un 56% di riduzione della mortalità rispetto alla popolazione di controllo. Tali significative ricadute biologiche vengono attribuite alla riduzione dello stress a seguito dell'intervento.

Si pensi, inoltre, agli aspetti legati ai progressi medici ed alle nuove tecnologie sanitarie, che aumentano le opportunità di cura ma, al contempo, le procedure ad elevato impatto stressogeno e ricadute ed implicazioni che sono di interesse per la psicologia sanitaria. Parliamo tra l'altro delle problematiche legate ai trapianti, alle implicazioni delle indagini genetiche circa la suscettibilità a specifiche malattie, alle ricadute delle nuove opportunità offerte dall'informatica e dalla telemedicina.

Proprio considerando in particolare tali aspetti il *Journal of the American Medical Association* in un numero speciale sulla ricerca medica nel 21° secolo ha sottolineato la necessità dell'apporto della Health Psychology nella ricerca, nella pratica clinica e nella prevenzione (Collins & McKusick 2001; Niklason & Langer 2001).

La letteratura sui trapianti evidenzia come i fattori psicologici giochino un ruolo importante nella selezione dei pazienti e nelle valutazioni e nelle decisioni di questi ultimi, vi sono inoltre crescenti esperienze ed evidenze sugli aspetti legati alla donazione, al vissuto del trapiantato ed alle ricadute sul trapianto stesso (Olbrish et al. 2002).

La crescente disponibilità di test genetici renderà sempre più necessario affrontare con competenza gli aspetti dell'informazione e della comprensione del significato dei test, assistere le persone nelle loro decisioni, aiutarle nella gestione dei risultati (Lerman et al. 2002). Si apre altresì la prospettiva di indagare la componente genetica alla maggiore vulnerabilità soggettiva allo stress, con possibilità di interventi proattivi di stress management sulle persone a più elevato rischio (Williams, 2008). Un altro aspetto è quello legato all'informatica, oggi esistono oltre 15.000 siti legati alle tematiche della salute sul web e la stima è sicuramente per difetto. Ma se è vero che spesso si tratta di divulgazione poco accurata ed a volte fonte di confusione, è altrettanto vero che esistono aspetti positivi e l'informatica può essere utilizzata come una risorsa. Si pensi più in generale alle opportunità delle tecnologie interattive: programmi di trattamento online (es. gestione del dolore o del peso, psicoeducazione per pazienti o caregiver), chat di discussione ed auto-aiuto tra pazienti, programmi di valutazione (es. neuropsicologia), programmi di sviluppo dell'aderenza (es. email di promemoria, appuntamenti e follow-up gestiti su pagine web), servizi di consultazione per popolazioni con particolari problematiche. Al di là del possibile utilizzo di questi supporti per gli interventi psicologici, è tuttavia importante comprendere gli aspetti psicologici di queste tecniche al fine di evitare effetti indesiderati o una inadeguata efficacia (Jerome et al. 2000).

I costi della cronicità ed i benefici degli interventi psicologici

Una analisi delle ricerche nel campo ha evidenziato che i costi per le malattie croniche hanno un ordine di grandezza che va dal 0,22 al 6,77% del PIL di ciascun Paese. Nei Paesi più sviluppati il solo costo delle malattie cardiovascolari va dall'1 al 3% del PIL. (Suhrcke, Nugent, Stuckler, Rocco, 2006). Solo relativamente al Diabete in pochi anni l'incidenza in Italia è passata dal 5 al 7% della popolazione (ovvero 4,2 milioni di persone), se nel 1998 la spesa per questa malattia era stimata in 5 miliardi di euro, nel 2006 si è arrivati ad 8 miliardi e nel 2010 la cifra salirà ad 11. Diventano allora un investimento fondamentale sia le strategie di prevenzione primaria che le strategie rivolte ad una migliore gestione della malattia.

Dal punto di vista dei costi, le malattie (acute e croniche) comportano (Suhrcke et al., op.cit.):

- “costi diretti” (prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione, le spese delle organizzazioni sanitarie),
- “costi indiretti” (famiglia, lavoro, impegno dei caregiver, relazioni, servizi sociali, ecc.) e
- “costi soggettivi” (lo stress e il disagio psicologico legato alla malattia, il dolore, l'ansia, la depressione).

La letteratura offre indicazioni crescenti sul fatto che queste voci debbano essere considerate come *interdipendenti* (Suhrcke et al., op.cit.): *cioè questi costi corrispondono ad aspetti ed ambiti (assistenziale-sanitario, sociale e psicologico-individuale) che si influenzano reciprocamente*⁵.

È così possibile, ad esempio, agire sugli aspetti soggettivi per ridurre i costi sanitari e sociali della malattia. Questo obiettivo può essere ottenuto principalmente attraverso due vie:

- interventi psicologici diretti sul paziente, aventi come obiettivi la riduzione dell'impatto della malattia e delle cure e lo sviluppo delle risorse di fronteggiamento della persona;
- interventi psicologici indiretti, che agiscono a diversi livelli (organizzazione, operatori, processi assistenziali, interventi, ecc.) per migliorare la personalizzazione delle cure e le modalità di erogazione dell'assistenza, più in generale i risvolti psicologici (relazionali, comportamentali) delle attività sanitarie.

Nel caso delle malattie croniche questi costi sono legati non solo all'attività diretta dei sistemi sanitari, ma anche alla possibilità e capacità della persona (e dei suoi caregiver) di gestire adeguatamente gli aspetti legati alla patologia e di seguire le indicazioni terapeutiche (aderenza, alleanza terapeutica). Maggiore risulta questa capacità (e migliore questa alleanza) e minori saranno i costi diretti, indiretti e soggettivi: quindi sviluppare le abilità delle persone in questo campo risulta un ottimo investimento.

Tabella 1 - Alcune criticità evidenziate dalle associazioni dei malati

MEDICINA DI BASE	% di segnalazioni
Scarsa formazione verso il paziente sulla gestione della patologia	75.00%
Poco tempo per l'ascolto	43.75%
Assenza di figure professionali adeguate per alcuni bisogni di salute	41.76%
SPECIALISTICA TERRITORIALE	
Scarsa formazione/informazione al paz. sulla gestione della patologia	56.25%
Poco tempo dedicato all'ascolto	43.75%
Assenza/scarsa valutazione multidisciplinare delle esidenze di salute	31.25%
ASSISTENZA DOMICILIARE	% di segnalazioni
Assenza della figura dello psicologo	58.82%
OSPEDALE	
Assenza di servizi di intervento psicologici	72.92%
Mancata valutazione multidimensionale dei bisogni di salute	52.08%
Carenza di integrazione tra le figure sanitarie	42.00%

(Fonte: Rapporto CnAMC 2010)

⁵ La classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) dell'O.M.S. (OMS, 2002) si basa sostanzialmente su questo assunto, proponendo una valutazione della salute e della disabilità (funzioni e strutture corporee, abilità nelle attività e possibilità di partecipazione) e delle conseguenti necessità assistenziali basata sulla interazione tra malattia in senso biologico, fattori personali ed ambientali.

Migliorare l'aderenza (o, meglio, l'alleanza terapeutica) comporta risparmi che vanno dal 8,6% al 28,9%, con una riduzione delle necessità di prestazioni sanitarie tra il 9% e il 23% (Lee et al., 2006). Uno studio longitudinale durato due anni ha mostrato che i pazienti con maggiore aderenza ai trattamenti producevano un risparmio del 39% (tra costi diretti ed indiretti) rispetto ai non aderenti ed una migliore qualità della vita (Von Knorring et al., 2006). Una meta-analisi condotta su 21 diversi studi (che hanno coinvolto complessivamente ben 46.847 partecipanti) ha evidenziato che i comportamenti più aderenti ed una migliore autogestione della malattia si associa ad una minore mortalità (Simpson et al., 2006).

Un esempio di questi assunti è contenuto nel Rapporto 2010 del Coordinamento Nazionale delle Associazioni di Malati Cronici (CnAMC 2010)⁶, che raggruppa oltre ottanta associazioni a livello nazionale. Tra i problemi maggiormente segnalati ci sono quelli relativi alla formazione ed informazione del paziente alla gestione della malattia, la mancanza di valutazioni ed interventi multidisciplinari in grado di leggere adeguatamente i bisogni e programmare interventi più integrati ed appropriati, la mancanza di psicologi e servizi di psicologia nel pubblico. Il rapporto evidenzia come tali carenze si traducono in maggiori complicanze ed oneri per la Sanità ed i cittadini: insorgenza di complicanze per il paziente (77.08%), aumento costi sostenuti dalla famiglia (70.83%), aumento costi per la collettività (62.50%), ricorso a trattamenti diagnostico terapeutici non necessari (43.75%), aumento dei ricoveri evitabili (31.25%)⁷.

La gestione integrata della malattia cronica

L'Institute of Medicine of the National Academies (USA) ha affermato nel suo report su "*Integrative Medicine and the Health of the Public*" (2009) che nel XXI secolo assisteremo al passaggio ad un Sistema Sanitario le cui cure saranno: a) basate sulle evidenze, b) centrate sul paziente e c) orientate in maniera sistemica. È stato evidenziato come risulti sempre più necessario considerare la salute e la malattia come realtà multidimensionali di tipo biopsicosociale, anche se la "miscela" dei diversi aspetti può variare non solo in relazione al tipo di malattia ma soprattutto alla singola persona.

L'intervento sanitario, in molte situazioni di malattia, ha tante più probabilità di essere appropriato quanto più è in grado di assicurare valutazioni e risposte integrate, di agire sui principali fattori della gerarchia multifattoriale della malattia.

La risposta a questo dato non sta nel mettere in discussione il ruolo del medico o nel pretendere che sia in grado di occuparsi di tutto, quanto nel prendere atto che si tratta di temi che richiedono la collaborazione e l'integrazione di diverse scienze e professioni. Nessuna professione, neanche quella medica (che pure ha le competenze più vaste ed una centralità fuori discussione) può considerarsi autosufficiente. Inoltre, la frammentazione dei saperi, la moltiplicazione dei dati prodotti e la specializzazione sempre più spinta (non sempre giustificate da logiche di merito!) sono tuttavia una realtà ineludibile con la quale fare i conti.

La capacità di integrazione risulta fondamentale per ricomporre l'unitarietà della persona (e quindi ridarle centralità nel processo clinico) e consentire un approccio più appropriato ed efficace. Se lo sguardo abbraccia la persona e non un solo aspetto o parte di essa⁸ si possono cogliere nessi e significati che altrimenti sfuggono e che possono avere un importante valore in ambito diagnostico e terapeutico.

⁶ Il Coordinamento ed il relativo Rapporto sono curati dalla associazione nazionale "Cittadinanza Attiva" (vedi www.cirradinanzattiva.it) che promuove anche il Tribunale per i Diritti del Malato.

⁷ Vedi Rapporto CnAMC Tab. 8 pag.18.

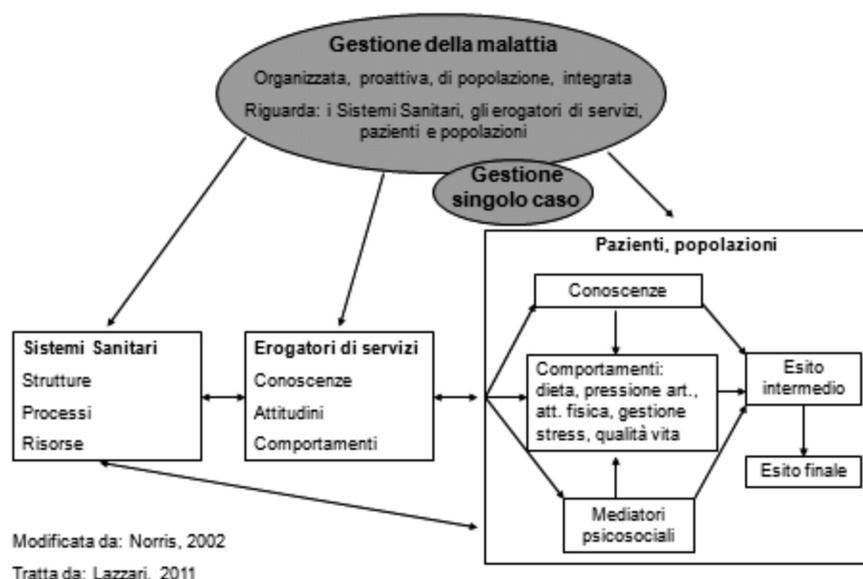
⁸ Ricordiamo che l'etimologia del termine "individuo" rimanda a "non divisibile": quindi una valutazione e un intervento che non discendono da una visione globale della persona non sono, in realtà, considerabili come "individuali".

Purtroppo esistono molti ostacoli allo sviluppo di questo modo di lavorare: una formazione accademica basata su paradigmi eccessivamente riduzionisti che impedisce uno sguardo d'insieme, la carenza di conoscenze sulle altre professioni con la difficoltà a condividere linguaggi e saperi, la preoccupazione per il sovrapporsi di competenze e la confusione o il danno di immagine che ne può derivare, l'insicurezza rispetto al proprio ruolo, il timore del "furto" del paziente, la mancanza di training specifico al lavoro d'equipe e così via.

Tale situazione risulta tanto più limitante nel momento in cui i sistemi sanitari hanno bisogno di evolvere dalla logica della prestazione (basata sulla quantità delle prestazioni erogate, a prescindere dalle modalità e dagli esiti) a quella del "lavoro per obiettivi", che si basa sulla organizzazione delle risorse e delle competenze in base alla definizione di obiettivi definiti e condivisi (e quindi misurabili e modificabili).

La necessità di promuovere momenti e spazi di coordinamento ed integrazione nella gestione delle cure e una partecipazione attiva con corretta responsabilizzazione del paziente al processo di cura ha portato alla definizione di diversi modelli, indicati con nomi diversi ("disease management", "care managements programs", "chronic disease care models", "population management") ma aventi caratteristiche e filosofie sostanzialmente comuni (vedi tab. 2).

Tabella 2 - Schema del *Disease Management*



Il *Disease Management* viene definito dalla Disease Management Association of America come

"un approccio all'assistenza sanitaria ed al rapporto con i pazienti multidisciplinare, coordinato e continuativo per persone a rischio o portatrici di patologia" (DMMA, 2009).

Si tratta in sostanza di sistemi organizzati, integrati, proattivi, orientati alla popolazione, che pongono al centro del sistema un paziente supportato ad esercitare un ruolo attivo ed adeguato nella gestione della sua malattia (Norris, 2002).

Questi programmi dovrebbero contenere i seguenti elementi (DMAA, op. cit.):

- 1) Una popolazione identificata con specifici problemi di salute e malattia;
- 2) L'applicazione di linee-guida basate sulle evidenze per il trattamento di questi pazienti;
- 3) La definizione di processi e modelli operativi che preveda la collaborazione tra i diversi operatori sanitari coinvolti;
- 4) Una stratificazione dei rischi, fornendo gli interventi secondo l'intensità delle cure necessaria ed i bisogni del paziente;
- 5) L'adozione di interventi di sviluppo dell'autogestione da parte del paziente (prevenzione primaria, interventi psico-comportamentali, promozione dell'aderenza e dell'alleanza terapeutica)
- 6) Misurazione, valutazione e gestione dei processi e degli esiti (mediante indicatori condivisi);
- 7) Coinvolgimento di routine degli attori del processo in momenti di feedback informativo, confronto e formazione;
- 8) Uso appropriato delle tecnologie informative ed informatiche.

L'adozione di questo approccio è stata sostenuta, originariamente soprattutto nel contesto statunitense, da revisioni della letteratura che hanno evidenziato la convenienza economica di questi programmi per le malattie croniche, anche se in genere tali valutazioni sono limitate ai costi sanitari diretti (Klonoff & Schwartz, 2000; Norris, 2002b; Goetzl et al., 2005; Knight, 2005).

In Italia un esempio particolarmente significativo è rappresentato dal "Progetto IGEA" promosso dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che prevede la definizione della strategia complessiva dell'intervento rispetto al diabete tipo 2 - considerato esempio paradigmatico di malattia cronica - e il coordinamento e il supporto ai progetti regionali (IGEA, 2009)⁹.

L'obiettivo generale del progetto è quello di ottimizzare i percorsi diagnostici e terapeutici, mettendo il paziente e non il sistema al centro dell'organizzazione assistenziale attraverso la realizzazione di un modello che:

- garantisca interventi efficaci per la totalità dei diabetici
- attui gli interventi secondo i principi della medicina basata sulle prove
- assicuri la possibilità di misurare sia la qualità delle cure che il miglioramento degli esiti
- assicuri la possibilità di attivare gradualmente un modello di assistenza su tutto il territorio nazionale, tenendo conto delle diverse realtà territoriali, ma garantendo comunque uniformità negli interventi

In questo ambito la persona con diabete è "l'elemento centrale del sistema ed ha la responsabilità di una gestione consapevole della propria malattia" questo perché "nel caso del diabete più del 95% delle cure necessarie per il controllo della patologia è gestito direttamente dal paziente" e quindi "i pazienti devono essere messi in condizione di prendere decisioni informate su come vivranno con la loro malattia" (IGEA, Documento di indirizzo, 2008 pag. 12).

⁹ Il progetto prende le mosse dal **Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007** (allegato all'**Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005**) che ha previsto la realizzazione di progetti regionali finalizzati, nel caso del diabete, a prevenirne le complicanze tramite l'adozione di programmi di "disease management". Nel 2006, inoltre, l'Italia, insieme a tutti i Paesi membri dell'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ed all'Unione Europea, ha approvato una strategia complessiva contro le malattie non trasmissibili denominata "Gaining Health" (Guadagnare Salute) che, nell'ambito dell'assistenza alle malattie croniche, punta al riorientamento dei servizi sanitari, grazie a modelli assistenziali adatti a prevenire le disabilità, alla deospedalizzazione e allo sviluppo delle cure primarie, e all'aumento delle competenze delle persone per l'autogestione della propria malattia.

Per rispondere con efficacia a questa esigenza viene superato il tradizionale approccio basato sostanzialmente sulla sola informazione¹⁰ per puntare al “coinvolgimento attivo del paziente nel percorso di cura”.

Gli strumenti di base individuati in questo ambito sono:

- a) una assistenza *ad personam* da parte delle diverse figure assistenziali (il concetto della “personalizzazione delle cure”);
- b) la programmazione di attività educativo-formative per i pazienti ed i familiari (in particolare sulla gestione dei supporti tecnologici domestici, suggerimenti alimentari, elementi di cultura generale sulla malattia e sulle complicità).

Le attività di educazione e formazione – secondo il progetto Igea – sono svolte in collaborazione tra il Medico di Medicina Generale ed il Centro Diabetologico, quale struttura specialistica deputata a seguire specificatamente le persone con diabete. Il fine che ci si prefigge è quello del cosiddetto “empowerment” della persona con diabete.

Interventi psicologici per il disease-management

Il concetto di “empowerment”, al quale oggi spesso si fa ricorso, viene esplicitato così:

“un paziente “empowered” è “una persona che comprende e sceglie, controlla l’ambiente con cui interagisce e si rapporta produttivamente con tutti gli altri soggetti, pianifica per il futuro, è il proprio *case manager*, è un *self care giver*, un manager dei propri stili di vita, protagonista attivo della propria vita e del proprio benessere che interagisce in forma proattiva” (Poletti, 2005). Dal punto di vista psicologico salta subito agli occhi la complessità di questa definizione, i molteplici aspetti e fattori psicologici chiamati in causa e l’impegno che tali obiettivi richiedono nella loro valutazione e nelle strategie di intervento. Risulta infatti evidente che tale paziente “ideale” coincide esattamente con il paziente al quale guardano tutti gli studi in campo psicologico sanitario. *Non un paziente standard o un paziente “modello”, bensì una persona in grado di attivare strategie “funzionali” per la migliore gestione della propria malattia: il termine funzionale si riferisce qui all’equilibrio ottimale tra le indicazioni mediche (gli obiettivi sanitari) e le esigenze della persona (gli obiettivi soggettivi).*

Come si vede la logica del *disease management* chiama in causa la Psicologia Sanitaria e la sfida a mettersi in gioco, non essendo pensabile l’attuazione di questo approccio senza una adeguata ed articolata presenza di competenze psicologiche, oltre che diffusione di conoscenze psicologiche (vedremo meglio nel prossimo paragrafo la distinzione tra questi aspetti). L’attuazione di questo approccio integrato richiede infatti:

• sul versante degli Operatori:

- a) la condivisione di adeguate conoscenze psicologiche in tutti i componenti del team (dal MMG, al Medico Diabetologo, agli Infermieri ed altri Operatori del Centro Diabetologico e consulenti) che li metta in condizione di rivolgersi alla persona, comprenderne i bisogni e le difficoltà, di gestire al meglio i processi relazionali con i pazienti e all’interno del team (formazione psicologica del team);

¹⁰ Lo studio QUADRI (Qualità dell’Assistenza alle persone con Diabete nelle Regioni Italiane) proposto dal Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell’Istituto Superiore di Sanità e presentato nel 2004, aveva evidenziato i limiti di un approccio di tipo eminentemente informativo, rivelando come molto spesso i pazienti pur essendo informati continuavano ad adottare comportamenti non aderenti e disfunzionali. (vedi: <http://www.epicentro.iss.it/quadri/>).

b) attività strutturate di *counseling* ed *empowerment* psicologico per gli Operatori, che li aiuti a gestire le risorse personali, lo stress, le dinamiche del lavoro di gruppo ed i processi di integrazione (*counseling psicologico al team*).

• sul versante dei pazienti (e caregiver):

- a) una valutazione dei fattori psicologici che incidono sulla autogestione della malattia, premessa indispensabile sia per la personalizzazione delle cure mediche che per l'adozione di interventi mirati di *empowerment* individuali e di gruppo.
- b) Attività strutturate di tipo psico-educazionale, dove la componente psicologica deve essere graduata (per "peso" e scelta degli obiettivi e strategie) in relazione alle caratteristiche dei pazienti.
- c) Interventi relativi al disagio psicologico ed allo stress dei pazienti (e caregiver) laddove incidono significativamente sulle cure, la gestione della malattia e la qualità della vita.

• sul versante dell'organizzazione:

- a) attività di consulenza alla progettazione delle attività, al monitoraggio dei processi, alla promozione delle logiche e della cultura dell'integrazione, alla ricerca qualitativa e quantitativa.

Secondo una *consensus conference* (Colagiuri & Eigenmann, 2009) gli interventi psicoeducazionali dovrebbero porsi, nell'ordine, i seguenti obiettivi: a) un buona gestione della malattia, b) il miglioramento della salute della persona, c) un buon rapporto costi/benefici (per la persona e la società).

Una review sulle ricerche 1985-2001 (Krichbaum et al., 2003) ha evidenziato che l'efficacia degli interventi psicoeducazionali è legata non solo alla educazione rispetto al diabete ma alla esplorazione dei vissuti circa la malattia ed all'aumento del senso di autoefficacia. Diversi autori hanno effettuato delle review per capire quali sono i principali fattori che aumentano l'efficacia dei programmi di *disease management*, evidenziando la necessità di interventi che tengano conto dei fattori soggettivi (Heaney & Goetzl, 1997), l'importanza di effettuare screening sugli aspetti psicologici che incidono nella gestione della malattia ed intervenire su di essi con strategie di motivazione e cambiamento (Bodenheimer et al., 2002; b); l'uso di strategie personalizzate basate sulle teorie del cambiamento comportamentale (Stone et al., 2002).

Leventhal e colleghi (2008) in una review sugli interventi psicologici nella gestione delle malattie croniche hanno riscontrato:

- a) che questi interventi hanno mostrato efficacia clinica nel miglioramento della salute anche utilizzando parametri biomedici;
- b) che è necessario migliorare i tempi e le modalità di esecuzione degli interventi per ridurre i costi e generalizzarli;
- c) che risulta importante applicare i modelli e gli studi sui processi decisionali ed organizzativi per lo sviluppo dei processi e dei sistemi indispensabili ad attuare e supportare l'approccio integrato;
- d) che l'integrazione degli sviluppi concettuali nell'autogestione con i nuovi approcci alla ricerca nei trials clinici può generare interventi psicologici sempre più mirati ("su misura") sulle esigenze del paziente.

A partire da questi dati si possono individuare alcuni criteri per la attuazione degli interventi di *empowerment* (vedi tab.3).

Tabella 3 - Criteri per gli interventi di *empowerment*

<ul style="list-style-type: none"> • dovrebbero ricomprendere attività di informazione, di educazione e interventi psicologici mirati;
<ul style="list-style-type: none"> • al fine di migliorare il rapporto costi-benefici, dovrebbero essere effettuati con contenuti e strategie diversificate in relazione alle caratteristiche soggettive dei pazienti (capacità di autoregolazione, motivazione al cambiamento, autoefficacia, distress, ecc.). Questo richiede uno screening iniziale e l'adozione di interventi di gruppo
<ul style="list-style-type: none"> • dovrebbero coinvolgere opportunamente i caregiver ("l'altro significativo", cioè la figura di supporto al paziente maggiormente significativa) in relazione alle diverse malattie
<ul style="list-style-type: none"> • dovrebbero coinvolgere i diversi operatori (medici, infermieri, psicologi, dietisti ed altri operatori) in relazione al loro ruolo ed alle specifiche competenze, ai quali va fornita una formazione specifica e momenti di supporto continuativi.
<ul style="list-style-type: none"> • dovrebbero essere inseriti nell'ambito di logiche di intervento-ricerca con la previsione di follow-up a medio e lungo termine.

Tratta da: Lazzari, 2011

Conclusioni

Appare sempre più evidente la necessità di tener conto del ruolo dei comportamenti, delle rappresentazioni mentali e nelle emozioni per la salute fisica, l'efficacia delle cure ed i costi degli interventi. Questo richiede una nuova capacità di dialogo tra le scienze che si occupano a vario titolo della salute, ed in particolare tra Medicina e Psicologia, abituate a lavorare separatamente, e tra i diversi professionisti chiamati ad affiancare il Medico nelle attività assistenziali.

Il dialogo e la collaborazione si impongono e il terreno di incontro è quello delle evidenze scientifiche e delle prove di efficacia clinica degli interventi (*efficacy* ed *effectiveness*), così come quello degli studi epidemiologici. Cosa serve a questo fine? Si potrebbe dire in particolare:

- L'estendersi di ricerche ed interventi di tipo integrato (in grado di valutare ed agire sia su aspetti biologici che psicologici e sociali), anche chiedendo a tal fine apposite risorse nelle politiche nazionali di ricerca, come è stato fatto negli USA ed in altri Paesi europei¹¹.
- Una riforma dei corsi universitari delle professioni sanitarie, l'avvio corsi post-lauream e l'uso della formazione ECM per acquisire conoscenze comuni di tipo biopsicosociale, competenze relazionali-comunicative, di lavoro integrato e di *disease management*.
- L'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici a partire dalla medicina di base sino a quella specialistica ed ospedaliera per l'adozione di forme più integrate di valutazione ed intervento (le linee-guida internazionali e le prove disponibili possono essere un utile punto di partenza).

¹¹ La ricerca nel campo della psicologia sanitaria risulta in Italia fortemente penalizzata, perché a fronte dello scarso interesse dei privati (che può essere comprensibile se si tratta di aziende che producono farmaci) non vi è il necessario investimento nei fondi pubblici.

- La diffusione della valutazione degli *outcome* degli interventi sanitari (i sistemi sanitari hanno lo scopo primario di produrre salute non prestazioni e pertanto la mera valutazione dell'efficienza legata alle prestazioni è monca e persino fuorviante se non è legata alla valutazione degli esiti anche nel medio e lungo periodo).

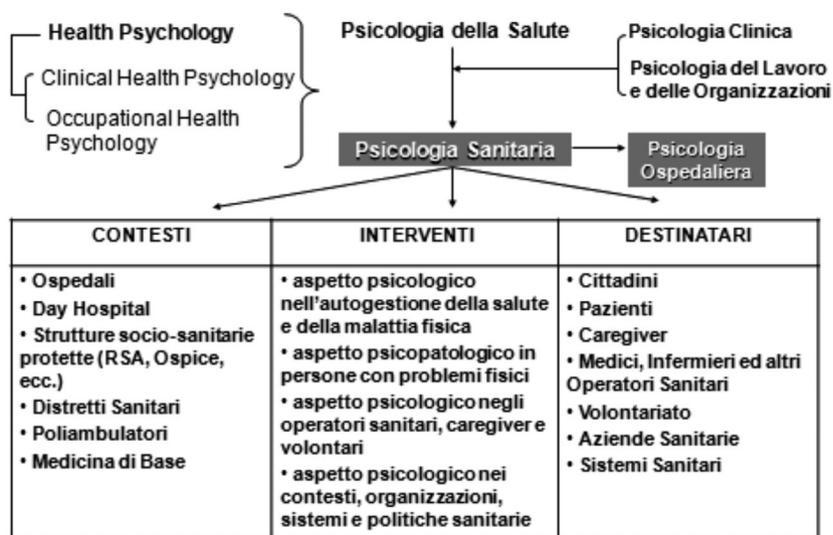
Tali obiettivi richiedono anche lo sviluppo di una visione più appropriata della Psicologia Sanitaria, dei suoi ambiti, potenzialità e possibilità. Un esempio paradigmatico è il fatto che lo studio del comportamento e le strategie per il cambiamento spesso non vengono viste come una attività tipica della Psicologia (Johnston & Dixon, 2008). Questo fa sì che parli di “aspetti comportamentali” nelle malattie senza ritenere che si tratta di aspetti psicologici, o di “tecniche comportamentali” senza pensare che si tratta di interventi psicoterapici.

La visione dello Psicologo come legato alla cura del disagio mentale è così preminente che quasi non vengono concepite le competenze dello Psicologo Sanitario, si pensi in particolare a tutti quegli ambiti (empowerment degli Operatori e dell'organizzazione) che costituiscono uno dei capitoli più necessari ed importanti per l'innovazione dei sistemi sanitari.

La Psicologia Sanitaria si trova così al centro di un paradosso unico per dimensioni: ha la forbice più grande tra riferimento al suo patrimonio scientifico (teorie, modelli, ricerche, strategie, interventi) ed effettivo utilizzo di competenze specifiche (psicologi sanitari). Una distanza così grande non produce effetti positivi per il sistema (disseminazione delle conoscenze e delle competenze psicologiche nell'ambito delle organizzazioni sanitarie) perché la mancanza di filtri adeguati e di una minima presenza di professionalità specifiche fa sì che tale inserimento avvenga per lo più al di fuori di criteri efficaci e verificabili. Si assiste così molto spesso non ad una diffusione o disseminazione virtuosa ma ad una “banalizzazione” della Psicologia o ad un uso improprio dei suoi modelli di analisi ed intervento. Si tratta di un problema che non andrebbe sottovalutato perché questo utilizzo della Psicologia è destinato il più delle volte a produrre effetti non adeguati agli sforzi o addirittura negativi.

Tuttavia, la evidenziazione dei molti limiti ad una più adeguata presenza della Psicologia nei sistemi sanitari che sono attribuibili alla Psicologia stessa, non può mettere in ombra la necessità che anche a questa disciplina ed a questa professione sia garantito in concreto (e non solo in via teorica) di poter avere voce in capitolo nella lettura dei bisogni psicologici nell'ambito della Sanità, nella programmazione delle risorse e nella gestione delle competenze psicologiche. La assoluta inadeguatezza della risposta ai bisogni di Psicologia dei Sistemi Sanitari infatti non dipende solo da una oggettiva carenza numerica degli psicologi ma anche da una cattiva utilizzazioni degli stessi. È significativo a tale proposito che solo il 18% delle associazioni di malati cronici segnala di operare in situazioni dove la struttura pubblica (ospedale) è in grado di fornire un intervento psicologico. (CnAMC 2010). La logica dell'integrazione e dei costi-benefici comporterebbe un reale coinvolgimento di chi ha le competenze specifiche nella gestione delle stesse.

Tabella 4 - La Psicologia Sanitaria ed i suoi ambiti



Tratta da: Lazzari, 2011

LA PSICOLOGIA NELL'AREA DELLE CURE PRIMARIE

di Letizia Serra

Care colleghe e cari colleghi, ho il piacere di aprire questo convegno facendo un po' gli onori di casa, a nome dell'Ente organizzatore, Formaupi. Formaupi è un organismo di ricerca, formazione e didattica, oltreché provider ECM, attivo da parecchi anni, collegato come dice il nome all'AUPI, associazione di tutela degli psicologi italiani e di promozione della psicologia in tutti gli ambiti istituzionali.

Porto i saluti del presidente di Formaupi, Mario Sellini e miei personali come responsabile della sezione Piemontese di questa associazione.

Do il benvenuto e ringrazio gli illustri ospiti che rappresentano le istituzioni regionali e la politica piemontese, che tra poco presenterò, che hanno accettato il nostro invito ad aprire il convegno con la loro presenza e i loro saluti. Noi consideriamo la loro presenza qui oggi come un segno di interesse ed apertura verso i temi che oggi andremo ad approfondire e che poi porteremo ai tavoli opportuni, istituzionali e politici, per la loro realizzazione.

Saluto tutti i nostri relatori, italiani e stranieri, che hanno voluto essere presenti oggi a dare il loro contributo scientifico sul tema della psicologia nell'ambito dei servizi per le cure primarie, tema secondo noi, ma non soltanto secondo noi, come vedremo, innovativo e fecondo di possibilità applicative nella nostra realtà regionale ed auspichiamo anche nazionale. Sono presenti fra noi colleghi giunti da ogni parte d'Italia, e questo dimostra all'interno della comunità professionale, un interesse per questa materia, che va oltre i confini regionali piemontesi.

Saluto i colleghi medici di medicina di base, e di medicina specialistica, con i quali abbiamo aperto un canale di collaborazione, ed abbiamo la speranza che questa collaborazione in forme innovative possa declinare nel migliore dei modi l'obiettivo di un'assistenza al paziente efficace, economica e centrata sui bisogni di salute.

Saluto infine il presidente dell'Ordine degli psicologi, del Piemonte, il collega ed amico Paolo Barucci, al quale fra poco cederò il microfono. La sua presenza qui oggi è

Con il patrocinio

 REGIONE PIEMONTE  CITTÀ DI TORINO

 Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Torino  Ordine degli Psicologi Consiglio Regionale del Piemonte

Form – AUPI
Società Scientifica di Psicologia
dell'Associazione Unitaria Psicologi Italiani

**CONVEGNO
LA PSICOLOGIA
NELL'AREA DELLE
CURE PRIMARIE**



Torino, Palazzo Carignano, Scalone d'Onore

**Torino, 30 settembre 2011
Hotel NH Ambasciatori
Corso Vittorio Emanuele II, 104
Ore 9 -18**

importante, e mi permette di introdurre un breve accenno sul significato di questo convegno rispetto alla collaborazione fra i diversi organismi che lavorano per la psicologia. Quella della collaborazione fra le diverse istanze, associazioni, enti, organizzazioni che operano nell'ambito della "politica della psicologia", è sempre stata una nostra "idea portante", che ci ha guidato nella nostra attività per la psicologia nel corso ormai di tanti anni. Una collaborazione sui temi importanti e per obiettivi importanti, senza steccati o delimitazioni di bandiera, finalizzata al progresso della psicologia (e degli psicologi) al servizio del benessere sociale.

Tanto più in questi tempi non facili per la psicologia, ma anche per la società civile in generale, è necessario che tutte le risorse di cui la psicologia può disporre vengano incanalate per obiettivi comuni e condivisi di sviluppo e miglioramento della visibilità e dell'efficacia professionale. Formaupi, con questo convegno mette a disposizione dell'Ordine, e perciò di tutta la categoria degli psicologi, dipendenti, liberi professionisti e anche "non ancora occupati", gli strumenti scientifici, didattici ed organizzativi di cui dispone, per un progetto non di Formaupi, ma che apparterrà all'intera psicologia piemontese, e che si declinerà nei modi che i colleghi dopo di me vi esporranno nel corso della giornata.

E sarà disponibile a collaborare in futuro, se l'Ordine e gli psicologi lo riterranno opportuno, per la realizzazione di questo progetto e di altri progetti dell'intera comunità professionale.

Ringrazio tutti i presenti per essere oggi qui, lascio ad un momento successivo alcuni dettagli organizzativi per i partecipanti e apro il convegno lasciando la parola al dott. Paolo Barucci, Presidente dell'Ordine degli Psicologi del Piemonte e poi a seguire agli altri illustri ospiti che sono venuti a portare i loro saluti.

La psicologia delle cure primarie, attualità e prospettive

di Giancarlo Marengo

Come molti di voi sanno crediamo molto nelle potenzialità e nello sviluppo di un nostro ruolo e nella presenza in modo strutturato della Psicologia all'interno delle Cure Primarie.

Il nuovo piano Sanitario Regionale, per quel poco di cui siamo a conoscenza, nella programmazione territoriale ribadisce la considerazione per lo sviluppo dei CAP - Centri di assistenza Primaria - in cui è prevista l'Area delle Cure Primarie i cui principali protagonisti sono i MMG, attorno ai quali ruotano varie figure tra cui gli specialisti delle Aziende Sanitarie.

Proprio per questo, in un'ottica di medio periodo, vogliamo lanciare la proposta di un nostro significativo contributo all'interno dei processi di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, anche perché riteniamo la nostra professione possa essere in linea con la questione più scottante di questo difficile periodo e cioè la "riduzione dei costi" della Sanità.

Riteniamo di essere in linea in particolare rispetto al contenimento del carico assistenziale del paziente, della limitazione al ricorso ai servizi di maggior intensità di cura ed anche nella possibile riduzione dei costi dell'assistenza medica.

Un dato di realtà risulta incontrovertibile: lo studio del MMG è un luogo riconosciuto dai pazienti per portare non solo le malattie, i disturbi, ma anche per portare i problemi di Salute intesi nel senso più ampio possibile.

Il cittadino individua nella figura del Medico di Famiglia l'interfaccia più rassicurante dove poter esprimere i propri disagi relazionali, le improvvise crisi familiari, i problemi determinati dalla perdita del lavoro, oltre ad i problemi di malattia più strettamente di tipo medico.

È vero che spesso esce dalla studio con un farmaco che è la risposta medica classica all'ascolto, ma a modo suo, ha ricevuto comunque un ascolto, ha condiviso un disagio e tutto ciò risulta possibile per la facile accessibilità del MMG, è sufficiente tollerare al coda che inevitabilmente bisogna fare.

Proprio la facilità di accesso oltre all'assenza di una connotazione sociale negativa sostengono indubbiamente questo andamento costante verso gli studi medici.

Il superamento di un certo isolamento organizzativo del MMG è stato determinato dallo sviluppo dell'associazionismo medico di questi ultimi anni. *Dalla medicina in associazione alla medicina in rete alla medicina di gruppo* recepiti anche dai contratti nazionali dei MMG prefigurano la forma organizzativa più complessa di cui ci stiamo occupando, i GCP che già il precedente Piano Sanitario Regionale aveva posto all'attenzione.

A questo proposito è opportuno citare una ricerca di "Cittadinanza Attiva" sostenuta dall'ARESS, che nel 2010 attraverso la somministrazione di un questionario a circa 3000 cittadini piemontesi, mette in luce un consenso elevato sulle attività dei GCP, ed inoltre il 90% degli intervistati dichiara di valutare positivamente la **presenza di più servizi** nei GCP.

Ritornando all'elevato grado di accessi del cittadino verso gli studi dei MMG potremmo pensare che per certi versi questa fotografia è sorprendente soprattutto alla luce dell'evoluzione del sapere medico che si basa su una raffinata tecnologia che sempre meno ha bisogno *del discorso del malato*, che addirittura può essere fuorviante rispetto alla comprensione della sintomatologia e delle sindromi patologiche.

Da un lato l'evoluzione della medicina ha sempre meno bisogno della soggettività del malato e pur tuttavia negli studi dei MMG il malato continua a ripresentare ancora e sempre di più la propria soggettività.

Dobbiamo interrogarci su questa dinamica: è evidente che lo sviluppo scientifico della medicina ha raggiunto risultati notevolissimi negli ultimi decenni, ma nello stesso tempo non possiamo non considerare che i bisogni individuali presentano una complessità difficilmente riconducibile a parametri misurabili o standardizzabili.

Una serie di problematiche di confine quali ad esempio i sintomi fisici che non possono essere spiegati in modo esaustivo su base organica, e che noi riteniamo essere afferenti a disturbi della comunicazione emozionale, a disturbi della capacità di autoregolazione, non trovano adeguate ed esaustive risposte solo in campo medico.

Proprio per questo la medicina e la psicologia riteniamo

siano destinate ad incontrarsi (la recente fusione delle Facoltà a Roma di Medicina e Psicologia lo prefigura già a livello accademico) e ad avere sempre più ambiti di collaborazione perché **nella domanda di salute** che il cittadino rivolge al medico sono sempre più presenti le componenti di benessere psicologico e sociale, oltre a specifici ambiti di competenza psicologica.

A questo proposito abbiamo invitato due rappresentanti di rilievo dei Medici di Famiglia, il Dr. Titta e il Dr. Chiara che possono farci capire meglio dal loro vertice di osservazione e di lavoro quale significato possa assumere questa collaborazione e quali criticità e difficoltà intravedono.

E' ormai diffusa la conoscenza che una elevata percentuale di accessi al MMG sia di natura psicologica sia in forma riconoscibile quali le problematiche ansiose e depressive sia associata a problematiche mediche sia ancora come prima esplicitato da sintomi fisici che non possono essere ricondotti ad una chiara causa organica. I colleghi nelle loro relazioni dettaglieranno questi dati e queste concettualizzazioni.

In questa introduzione mi preme sottolineare che le richieste cosiddette improprie che arrivano negli studi medici intrinseche di componenti psicologiche con bassa o nulla consapevolezza, con scarsa capacità di mentalizzazione diventano per noi una sfida professionale che vogliamo percorrere: *Il nostro specifico professionale, a partire dagli sviluppi delle scoperte di Freud, è quello di saper trasformare gli ostacoli incontrati sul cammino della nostra professione in strumenti di lavoro.*

E vorrei sgombrare subito il campo da un possibile retro pensiero e cioè che, come categoria, stiamo rincorrendo una sorta di psicologizzazione del disagio a fronte di una sua medicalizzazione: è vero che è in corso da anni una strategia che punta alla dilatazione dei limiti delle malattie in modo da aumentare le richieste di servizi, di prestazioni, di prodotti (mi riferisco ovviamente a certe campagne delle Case Farmaceutiche ad es. quella di alcuni anni fa sull'intestino pigro, o all'abbassamento dei livelli di soglia di alcune patologie per allargare la fascia di persone potenzialmente a rischio).

Non credo sia possibile ridurre le nostre intenzioni in questo ambito: mi permetto di affermare che è esattamente il contrario, c'è una costante domanda di **riconoscimento**

della dimensione personale nella cura medica, una crescente domanda di **riconoscimento** della variabilità individuale rispetto ai trattamenti standardizzati, un crescente **riconoscimento** dell'incidenza degli stili di vita sullo sviluppo e la prevenzione delle malattie, che possiamo assumere con tranquillità e sicurezza che non siamo nella direzione di creare "nuove malattie" per affermare lo sviluppo della nostra professione.

Andiamo incontro in realtà ad un bisogno diffuso di presa in carico globale della persona nei suoi aspetti medici, psicologi e ovviamente anche sociali.

Proprio per questo riteniamo fondamentale che nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale sia pensata la figura dello psicologo, e quindi che tra gli specialisti a supporto sia annoverato anche lo psicologo.

I cambiamenti dei luoghi di cura.

Lo sviluppo di un'assistenza territoriale che mette fortemente l'accento sull'accessibilità propone un'altra sfida: operare nei contesti di cura dove si esprime la domanda. Dobbiamo saperci attrezzare.

Non a caso il nostro Consiglio ordinistico avvia da domani una sperimentazione in Provincia di Cuneo "Lo Psicologo in farmacia", la recente normativa (legge 69 del 2009) permette alle farmacie infatti di erogare servizi "a forte valenza socio-sanitaria" e le farmacie sono un altro luogo dove viene espressa una domanda di salute se vogliamo generica e indifferenziata, ma che ci riguarda, cui occorre essere presenti per dare una risposta anche con le nostre competenze.

Così nei GCP la nostra professione deve saper costruire setting di cura adeguati per il profilo della domanda che lì si sviluppa. Se ci guardiamo attorno c'è una evoluzione in Sanità in questa direzione, ad esempio i servizi a bassa soglia dei SERT, la dialisi a domicilio, la distribuzione dei farmaci in ospedale e si potrebbe continuare.

"Non c'è salute senza salute mentale": è il nome di un programma del Ministero della Salute inglese che parte da uno studio di economia sanitaria della London School of Economics che analizza i costi-benefici degli interventi psicologici e dimostra come una programmazione basata su investimenti per la prevenzione e la cura dei più diffusi disturbi psicologici **riduca drasticamente la spesa sanitaria**

e incida significativamente sul Pil nazionale. (Riporto quanto scritto da un quotidiano alcuni mesi fa).

Per questo motivi abbiamo invitato due relatori di paesi dove già si opera in questa direzione; per avere conoscenza diretta del loro livello organizzativo, dell'impatto che l'intervento psicologico ha all'interno dell'organizzazione sanitaria, per avere dei dati, per promuovere una conoscenza approfondita di cosa viene fatto all'estero e di come questi modelli possano essere compresi e riutilizzati nel nostro contesto.

L'obiettivo di questa giornata è quello di porre le premesse culturali e scientifiche per una progettazione condivisa con le altre realtà, i medici di famiglia, le loro Associazioni, l'Assessorato alla Sanità, gli Enti interessati quali ad esempio i Comuni, rispetto alla costruzione di modelli organizzativi di intervento della Psicologia nell'area delle cure primarie.

Sappiamo che ci sono diversi modi di intendere, di pensare il nostro intervento, molti di voi sono a conoscenza della sperimentazione del Prof Solano a Roma che prevede la co-presenza dello Psicologo a fianco del MMG. Noi intendiamo aderire alla logica del Piano Sanitario Regionale e cioè di professionisti che operano come specialisti nell'ambito delle loro competenze.

L'intento del Consiglio Regionale dell'Ordine degli Psicologi è quello di avviare una sperimentazione in collaborazione con l'Assessorato e con i Medici di Medicina Generale, presso alcune Asl della Regione per costruire un modello di intervento condiviso in ambiti specifici della domanda psicologica che afferisce al MMG, fondando le prassi operative su solide basi teoriche cliniche.

È già attivo in ARESS un tavolo tecnico per la rete territoriale di Psicologia che ha il compito di formulare indirizzi operativi nel campo delle Cure Primarie con cui l'Ordine ha un costante collegamento

In pratica, Psicologi iscritti all'Ordine del Piemonte saranno inseriti in un progetto di sperimentazione multicentrica, in cui la psicologia si affiancherà alla medicina di base e specialistica nei GCP. Noi riteniamo che il risultato non potrà che essere positivo sia per i cittadini utenti che per i livelli istituzionali e ci permetterà di ipotizzare forme stabili di integrazione della psicologia con gli altri livelli assistenziali dei Centri di cure primarie.

E' sicuramente un impegno importante, ma è la strada maestra che abbiamo individuato per cercare di mostrare e dimostrare l'utilità e l'efficacia della nostra professione in quei contesti di cura.

La sperimentazione dovrà essere accompagnata da un adeguato percorso di formazione perché è diversa la competenza richiesta, diversi i percorsi di cura, diverse il livello di problematica patologica affrontata. Diviene urgente allora sviluppare nuove competenze, mettere in campo cambiamenti nel nostro agire professionale.

Ci auguriamo vivamente che tutto ciò possa accadere e che il Convegno di oggi offra utili argomenti di riflessione alla comunità professionale, ai nostri interlocutori e ai professionisti con cui desideriamo iniziare a collaborare in modo strutturato.

Salute fisica e salute mentale: oltre Cartesio

di David Lazzari

La dimensione psicologica della salute

In psicologia lo studio del benessere e della salute ha riguardato tradizionalmente, come è naturale, l'ambito psichico ma vi è sempre stata una forte tendenza a considerare lo stato di salute come un equilibrio tra componenti biologiche, psichiche ed ambientali (sia pure in minor misura) e quindi la malattia come una conseguenza della rottura di questi equilibri. La modernità di tale visione è stata quella di non fare distinzioni concettuali tra malattia fisica e psichica e di ragionare in modo dinamico e processuale, il limite quello di un riduzionismo psicologico che ha ricer-

cato esclusivamente nel mentale le cause dei problemi fisici. L'impasse di questa ricerca (che ha alimentato ad es. la psicosomatica tradizionale) e la crescente disponibilità di dati provenienti da aree di "contaminazione" (come la PNEI e gli studi sullo stress, Bottaccioli 2005) ha portato allo sviluppo di un approccio psicologico meno autoreferenziale e più aderente ad un visione di tipo biopsicosociale. Si è così allargato l'orizzonte della ricerca psicologica nel campo della salute, che – anche grazie allo sviluppo di una branca specifica, la "Health Psychology" e giovandosi di metodi sempre più rigorosi¹ – ha prodotto non solo modelli di interpretazione e strumenti di misurazione² dei processi psicologici legati alla gestione della salute e della malattia, alle cure ed ai sistemi assistenziali, ma ha anche messo a punto interventi in grado di modificare questi aspetti (Taylor 2008, Kaplan, 2009)³. Un grande contributo in questo senso è stato dato anche dalla ricerca biomedica ed in particolare da quella più attenta alla relazione mente-corpo. I dati emersi nei vari campi hanno costretto i ricercatori ad ampliare le dimensioni considerate, ad indagare un numero crescente di variabili – ambientali (socioeconomiche, culturali), psicologiche (cognitive, emotive, comportamentali, relazionali, ecc.), biologiche (genetiche, fisicochimiche, fisiologiche, ecc.) – e questo ha messo sempre più in luce i collegamenti e le interdipendenze tra ambiti tradizionalmente considerati in modo separato. Anche se questi aspetti rimangono fortemente minoritari e sottofinanziati, cionondimeno essi hanno avuto il grande merito di evidenziare il ruolo dei fattori soggettivi quali determinanti della salute e nel processo di cura (Porcelli 2009). L'immagine dell'essere umano come un "network psicocorporeo" è resa evidente da una considerazione ulteriore: siamo abituati ad utilizzare la metafora della macchina per descrivere il corpo umano, e per diversi aspetti questo può avere un senso ed una utilità⁴. Anche la terra

¹ Certamente un contributo in questa direzione è stato fornito dal diffondersi dell'approccio *evidence-based* in campo psicologico (vedi: Zotti 2011)

² Ci si riferisce qui ai questionari e test validati che derivano da modelli di "health psychology" e dei quali vi è una crescente (anche se ancora insufficiente) disponibilità per la popolazione italiana. Accanto ad alcuni strumenti italiani, si tratta per lo più di traduzioni (spesso complicate da problemi culturali) di questionari anglosassoni.

³ Nel 1998 il National Institutes of Health degli U.S.A. ha varato un programma per facilitare l'integrazione degli aspetti biomedici e psicosociali nella ricerca, sostenendo che la ricerca sulla salute necessita di comparare i dati disponibili nei diversi livelli di analisi: ambientale-sociale, psicologico-comportamentale, sistemi ed orga

⁴ Ad esempio se si analizzano le proprietà meccaniche del funzionamento muscolare e molte altre funzioni relativamente più semplici, cellule e molecole (Anderson, 1998).

è rotonda ma a certe dimensioni ci risulta piatta ed è conveniente considerarla come tale. Tuttavia una macchina, anche sofisticata e complessa come un robot antropomorfo, è sempre una realtà la cui unitarietà è frutto di un percorso di assemblaggio di componenti, di pezzi. Cioè un percorso opposto a quello dell'essere vivente, che nasce come unità, come uno zigote, cellula destinata ad un processo non di assemblaggio ma di moltiplicazione per suddivisioni. Questo fa sì che la logica di specializzazione delle cellule si accompagna ad una caratteristica di unitarietà che risulta una proprietà intrinseca ad ogni singola cellula e ad ogni componente o processo dell'organismo. Il progressivo aumento e diversificazione delle strutture e dei processi avviene nell'ambito di una cornice unitaria e si accompagna all'emergere di proprietà ed attività di tipo mentale dentro una continua interazione con il contesto. *Ciò spiega la forte interconnessione della fisiologia umana, la sua reattività al contesto (in primis ai nostri simili) ed il suo rapporto (interdipendenza) con la dimensione psichica: corpo e mente agiscono l'uno sull'altro.*

Commentando questo nuovo scenario di evidenze lo psicologo O. Ray sottolinea come la PNEI costringerà a cambiare il modo di vedere le cose, diventando il nuovo modello scientifico di riferimento, che incorpora «le idee, i valori, le speranze e i desideri, così come la biochimica, la fisiologia e l'anatomia: cambiando i nostri pensieri noi cambiamo il nostro cervello e poi la nostra biologia ed il nostro corpo» (Ray 2004, pag. 35).

Fattori scientifici, epidemiologici ed economici spingono i sistemi sanitari a considerare non solo l'aspetto biochimico dell'individuo e a superare strategie ed interventi basati esclusivamente su una visione meccanicista del funzionamento umano. Le motivazioni sono crescenti e risiedono nella consapevolezza che l'origine di gran parte delle

malattie che sono chiamati a trattare i sistemi sanitari dei paesi sviluppati hanno a che fare con i comportamenti ed i modi di pensare delle persone, che la cura è un concetto che, nella maggior parte delle situazioni, richiede un diverso coinvolgimento e responsabilizzazione del paziente⁵. *In altri termini sono sempre di meno le situazioni nelle quali trattare solo la dimensione biologica risulta conveniente.*

L'unica prospettiva realistica per affrontare questa sfida è quella di sviluppare l'integrazione tra discipline e professioni, sia perché nessuna professione da sola è oggi in grado di avere tutte le competenze necessarie, sia perché la tendenza alla specializzazione è molto forte ed ha spesso le sue ragioni. Questa prospettiva costituisce una grande sfida per la psicologia, che è chiamata a formare esperti in grado di inserirsi nei contesti sanitari e di dialogare e lavorare con i medici e gli altri operatori. Una diversa presenza di psicologi qualificati consentirebbe di diffondere interventi di provata efficacia rivolti ai pazienti ed agli operatori ed in grado di consentire lo sviluppo di risorse strategiche, dell'alleanza terapeutica, la diminuzione dello stress. Con ricadute sulla gestione della malattia e sui costi personali, sanitari e sociali⁶ (Zotti 2011, Maes & De Gucht 2011).

Il tema dell'integrazione è una sfida complessiva per la Sanità perché richiede l'adozione di nuove prospettive: mentali, culturali, organizzative ed operative. Approccio integrato non vuol dire indistinto (che ignora cioè le peculiarità dei diversi livelli organizzativi ed epistemologici) bensì in grado di considerare il particolare (la figura, per usare il linguaggio della Gestalt) senza dimenticare l'insieme (lo sfondo). Per favorire questo processo è stata proposta l'adozione di un "modello conoscenze-competenze" (Lazzari & Marini 2007, Lazzari 2011) che si basa su due percorsi: diffusione delle conoscenze utili alle diverse professioni in una logica sinergica al fine di una adeguata con-

⁵ Basti pensare che in Italia oltre il 35% della popolazione risulta affetto da un disturbo di tipo cronico, tale dato sale al 55% nella fascia 55-59 anni, a circa il 70% nella fascia 60-65 anni, oltre l'80% nella popolazione con più di 65 anni. Il SSN spende circa il 70% del suo budget per le patologie croniche (Fonte: Libro Verde sul futuro del modello sociale del Ministero della salute, 2008).

⁶ Esistono diversi interventi psicologici gestibili su scala vasta e dai costi contenuti. In relazione all'aspetto economico vi sono studi crescenti sull'impatto economico di questi e sul rapporto costi-benefici (vedi Lazzari 2011). Nell'ambito del nostro gruppo di ricerca, facendo riferimento all'approccio basato sull'autoregolazione (Maes e Karoli 2005), al modello transazionale dello stress di Lazarus (Lazarus & Folkman 1984) ed alle teorie del cambiamento (Rollnick et al. 2003) abbiamo messo a punto un approccio di tipo sistemico alla valutazione e gestione dello stress e della malattia basato su quattro fattori: richieste esterne, risorse interne, richieste interne e risorse esterne. (Lazzari 2009).

divisione dei saperi (e di una cornice) e contestualmente sul riconoscimento delle peculiari competenze delle diverse professioni (mediche, psicologiche, infermieristiche, ecc.) al fine poter declinare gli spazi di collaborazione ed integrazione operativa. Il passaggio dalla logica focalizzata sulle prestazioni ad una imperniata sugli obiettivi di salute richiede che questi due percorsi vengano portati avanti contestualmente, anche utilizzando le opportunità della formazione continua, oltre che una revisione dei curricula universitari⁷.

Il modello psicologico e la medicina

Gli scenari sopra accennati richiedono che la psicologia si confronti con la medicina, la biologia, la sociologia e le altre discipline che sono chiamate a costruire una “scienza integrata della salute”, nella consapevolezza della realtà composita che caratterizza l'essere umano e nella necessità di ricomporre l'unitarietà dentro una cornice rispettosa delle diverse dimensioni, e per questo in grado di declinarle operativamente⁸. In questo contesto va rilevato che in generale la psicologia ha affrontato il tema del rapporto tra salute e malattia in termini diversi dalla medicina improntata al paradigma biomedico. Anche se è sempre problematico proporre delle generalizzazioni (che fotografano ovviamente solo una parte della realtà) possiamo ricordare che la psicologia si è avvicinata al patologico partendo dal normale, alla malattia partendo dalla salute. Poiché l'obiettivo della disciplina era incentrato sui processi di sviluppo e sul funzionamento umano, il disturbo è stato visto soprattutto come un allontanamento dalla fisiologia naturale e tale dinamica viene concepita senza distinzioni tra manifestazioni psicologiche o biologiche del disagio. Que-

sta concezione — che in realtà ha molti punti in comune con la visione originaria della salute e della malattia della filosofia e medicina occidentale — comporta che malattia e salute non siano viste come due categorie incommensurabili ma piuttosto come due poli di un continuum. Ne consegue che *non si può capire e curare la patologia senza aver capito ciò che promuove e mantiene il benessere e la salute. L'aspetto forse più saliente è quello di concepire lo stato del soggetto come il frutto dei suoi tentativi di adattamento (l'incontro tra le sue capacità e le possibilità del contesto) e quindi di vedere ogni cambiamento come frutto di una qualche ridefinizione di questa dinamica*⁹.

Anche se con forme e percentuali diverse tale visione appare sottesa alla maggior parte degli interventi psicologici, da quelli di promozione della salute a quelli di sviluppo di particolari capacità e risorse (life skills, empowerment, ecc.), di gestione dello stress, sino alle diverse forme di psicoterapia. In generale *il concetto di benessere (e di salute) può essere associato ad uno stato di adeguata funzionalità del sistema-persona, che si auto-organizza ed auto-regola dentro un gioco dinamico tra diverse tendenze: stabilità, ordine, rigidità, connessione, prevedibilità, noia, depressione da un lato e cambiamento, disordine, caos, differenziazione, elasticità, imprevedibilità, ansia dall'altro, che determina gli equilibri soggettivi (armonia, complessità, vitalità, senso di benessere)*. Adeguate esperienze nella prima fase della vita e/o adeguate rielaborazioni successive favoriscono un funzionamento maggiormente integrato, coerente e flessibile dell'individuo. Si deve pensare a questi aspetti in modo *dimensionale* piuttosto che come categorie diverse ed inoltre si deve tener conto che esse non riguardano solo il livello mentale ma il “sistema-persona” a tutti i livelli, anche se le manifestazioni appaiono diverse nell'aspetto biochimico e psicorelazionale (un

⁷ Non vi è dubbio che allo stato attuale le conoscenze di ambito psicologico impartite nei corsi di laurea in medicina sono vicine allo zero, così come risultano inadeguate quelle biologiche nei corsi di psicologia. L'ottica PNEI appare una cornice di tipo sistemico di valore strategico per evitare che tali conoscenze siano semplicemente “affiancate” o “sovrapposte” invece di essere integrate all'interno di una cornice unitaria.

⁸ Il contributo della ricerca e dell'intervento psicologico può essere significativo anche in aspetti - come i processi rappresentazionali, decisionali, motivazionali, comunicativi, relazionali, emotivi — che svolgono un ruolo nella promozione e gestione della salute e nei contesti di cura.

⁹ Questo implica un aspetto importante: quello di riconoscere *senso* ad ogni comportamento individuale, anche quando appare disfunzionale per il soggetto ed irrazionale, e questo ha forti implicazioni pratiche perché il senso contiene il significato in relazione ad un contesto ma anche la direzione verso la quale ci è mossi e ci si può muovere. Il senso può essere visto come un concetto sistemico, perché consente di evidenziare le forze in gioco, i pesi della rete.

numero crescente di evidenze ci mostra la forte correlazione e coerenza di questi fattori ai diversi livelli di funzionamento dell'individuo).

L'efficacia a lungo termine degli interventi psicologici è in relazione alla stabilità dei cambiamenti che hanno prodotto: vi è stata una ristrutturazione degli equilibri soggettivi. Si tratta di un dato che deve far riflettere, perché ci conferma come – nella salute come nella malattia – *esistono dei bisogni psicologici che hanno un ruolo ed un peso specifico accanto ai bisogni biologici*. Ignorare i primi, trattarli alla stregua dei secondi o pensare di agire su di essi solo per via chimica è limitato e spesso fuorviante. Inoltre ci dice che *ogni processo di cambiamento e di cura – sia relativo ai disturbi psichici che alla malattia fisica – è prodotto dall'incontro di persone – il paziente ed il terapeuta – che hanno competenze e conoscenze che devono essere condivise e riconosciute reciprocamente*. Il modello “conoscenze/competenze” andrebbe applicato anche al rapporto operatore-paziente: il terapeuta (medico, psicologo, ecc.) reca con sé competenze professionali che il paziente deve riconoscere e dei saperi da condividere con il paziente, quest'ultimo ha competenze relative alla sua vita ed ai suoi comportamenti, nonché dei saperi (vissuti, pensieri, sintomi, problemi) da condividere in relazione agli obiettivi di cura.

BIBLIOGRAFIA

- BOTTACCIOLI F. *Psiconeuroendocrinoimmunologia*, Tecniche Nuove, Milano 2005.
- KANDEL E. *Psichiatria, psicoanalisi e nuova biologia della mente*, Cortina, Milano 2007.
- LAZARUS R.S, FOLKMAN S., *Stress, appraisal and coping*, Springer Pub. Co, New York 1984.
- LAZZARI D., MARINI C. *Il modello conoscenze/competenze*, Aupi Notizie 3: 14-15, 2007.
- LAZZARI D. *Mente & Salute. Evidenze e modelli per l'integrazione*, Angeli, Milano 2007.
- LAZZARI D. *La Bilancia dello Stress*, Liguori, Napoli 2009.
- LAZZARI D. *Psicologia Sanitaria e malattia cronica. Interventi evidence-based e disease management*, Pacini Medica, Pisa 2011.
- MAES S., KAROLY P. *Self-Regulation Assessment and Intervention in Physical Health and Illness: A Review*, Applied Psychology, 54, 2: 267-299, 2005.
- MAES S. DE GUCHT V. *Verso Interventi efficaci di Psicologia della Salute nei contesti ospedalieri e sanitari*, in LAZZARI D. *Psicologia Sanitaria e malattia cronica. Interventi evidencebased e disease management*, Pacini Medica, Pisa 2011.
- MARKS D.F. (eds), *Health Psychology: Theory, Research and Practice*, SAGE, London 2005.
- OLIVERIO A. *Geografia della mente*, Cortina, Milano 2008.
- PORCELLI P. *Medicina psicosomatica e psicologia clinica*, Cortina, Milano 2009.
- ROLLNICK A, MASON P, BUTLER C, *Cambiare stili di vita non salutari*, Erickson Trento 2003.
- RAY O. (2004.), “The revolutionary health science of psychoendoneuroimmunology: a new paradigm for understanding health and treating illness”, *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 1032, 35-51.
- ZOTTI A.M. *Evidenza ed appropriatezza in Psicologia*, in LAZZARI D. *Psicologia Sanitaria e malattia cronica. Interventi evidence-based e disease management*, Pacini Medica, Pisa 2011.

Ciò che si realizza può essere, infatti, un solo trasferimento di dati, secondo un flusso lineare, privo di feedback, dove il soggetto affidato viene a collocarsi di volta in volta in punti differenti, segmentato in parti, in genere specializzate: in questo caso il medico di medicina generale dovrebbe costituire l'elemento di sintesi finale, quando, in realtà, è solamente un punto qualsiasi della rete informativa, il cui unico elemento di forza può essere la sua relazione, interazione, col paziente, fondata sulla fiducia reciproca e sul rapporto di "duplice agente" del professionista, da un lato "agente" del cliente-paziente, dall'altra "agente" del cliente-sistema dei servizi".

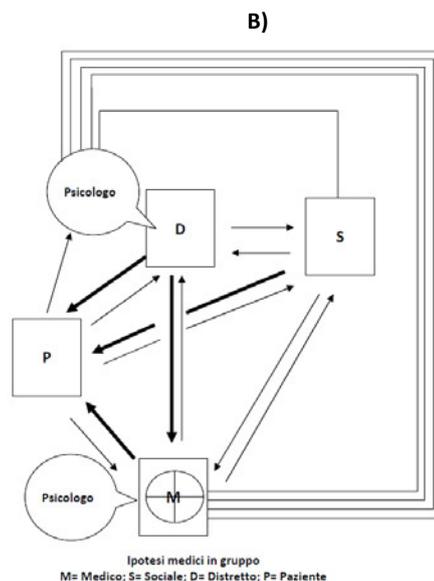
Il rapporto medico-psicologo si presenta, secondo questo modello, come inter-individuale, il lavoro comune si concretizza in procedure e le procedure si realizzano in moduli, campi, simboli. I significati acquistano la loro evidenza per lo più entro cornici precostituite e non all'interno di un sistema dialogico, dinamico, evolutivo. La parola è ricondotta a cifra, il "signum" non si traduce in un'operazione condivisa di maturazione di senso.

Sotto un *profilo organizzativo*, considerando la dispersione dei medici del territorio, il carico di presenza degli psicologi, costretti a dividersi sul territorio fra singoli professionisti, sarebbe insostenibile, così come la spesa necessaria a sostenerne i costi.

Oltre a ciò, i rapporti fra le varie parti rimangono connotati da forti "esternalità", e la richiesta di norme, procedure, tempi estremamente articolati, finisce col generare una struttura complicata, dominata dagli aspetti quantitativi, e da un'organizzazione poco coesa e dotata di una identità debole. Le relazioni di rete presentano coesione e densità variabili, scarsamente governabili e assolutamente imprevedibili perché stabilite in modo rigido e, perciò, più aperte all'irrompere del caso, del mutevole, del variabile, del diverso, che nel mondo biologico, è di norma. Tutto ciò che è variabile genera una sensazione di incertezza considerata in modo riduttivo come evento da evitare, mancando degli strumenti plastici e autogenerativi in grado di creare adattamento e costruzione spontanea.

B) Un'identità divisa. La Medicina di Gruppo. La relazione collaborativa.

Nel secondo caso (B) la relazione è co-locata e co-costrui-



ta. Il rapporto medico-psicologo si rende più diretto, integrato e immediato. Maggiore è la prossimità spaziale. È possibile che l'interazione medico-psicologo si realizzi in una dimensione più compartecipata (*relazione collaborativa*). Il contesto può divenire un elemento fortemente in grado di agire sulla relazione e sul suo esito, in quanto terreno reale, concreto, di incontro fra parti fra loro diverse per bagaglio di esperienza e conoscenza oltre che per natura del ruolo. L'unità tende a concretizzarsi, però, sull'omogeneità d'azione rispetto a un obiettivo condiviso da raggiungere (non sempre individuato nell'ambito relazionale ma a volte eterodiretto) e grazie a una regia, ad una guida, esterna al gruppo, a volte espressa da regole, norme, procedure, attribuzione di compiti.

Nel lavoro collaborativo è comunque il gruppo, sorto dalla condivisione dell'obiettivo, che emerge e agisce attivando un processo in grado di investire i suoi elementi individuali, portati a offrire il proprio contributo a tutti i momenti di svolgimento del compito: l'interdipendenza fra i membri del gruppo è prevalentemente "oggettiva", in quanto essenziale al funzionamento dell'insieme e al conseguimento di obiettivi che necessariamente richiedono un approccio collettivo. Si indeboliscono, cioè, le caratteristiche individuali a vantaggio della finalità complessiva. L'approccio collaborativo, a differenza di quello individualistico, mette il soggetto

ripetersi, rinnovarsi, correggersi, migliorare. Le attività pluridisciplinari vissute in modo cooperativo sono fortemente ispirate a criteri di reciprocità, mutualità, paritarità. La forte interdipendenza, connotata da una reale percezione della reciprocità, genera rapporti di co-responsabilità, in cui ciascuno è tenuto a “farsi carico” del proprio apporto come elemento costitutivo di un equilibrio generale, regolato da meccanismi di feedback e feedforward: il gruppo cooperante è in grado, cioè, di “ritornare indietro” nel suo processo elaborativo, là dove il risultato conseguito non corrisponda a quello atteso oppure di “anticipare” l'esito atteso, fornendo in ingresso tutti gli elementi utili a raggiungerlo. La percezione soggettiva dell'“essere gruppo” fa sì che i singoli individui non tendano a isolarsi nell'ambito di un rapporto di interdipendenza “obbligato”, “oggettivo”, “regolato” ma spontaneamente tendano a confrontarsi con gli altri, riscontrando il vantaggio del crescere insieme, dell'apprendere insieme (imparare grazie agli altri, con gli altri, dagli altri), arricchendosi professionalmente e personalmente.

Con l'attivazione di UCCP si semplificano anche i rapporti con l'intero sistema, sia perché parte delle esigenze complessive vengono già svolte all'interno dell'UCCP, assimilabile a uno “hub” di rete, in grado di agevolare e accelerare le relazioni fra i nodi del sistema, e non a un semplice “nodo” in qualche modo non in grado di modificare funzionalmente i flussi di input-output in cui viene coinvolto, sia perché vengono ad essere indirizzate verso l'esterno comunicazioni portatrici di bisogni già collegialmente valutati, elaborati e in parte affrontati dall'equipe dell'UCCP. L'UCCP è, quindi, un “nodo” attivo, generativo, adattabile, evolutivo.

Le modalità relazionali possono essere di tipo *collaborativo rispetto al sistema*, dove i vincoli normativi possono rivestire aspetti prevalenti e gli obiettivi definiti centralmente e aprioristicamente sulla base di macro-esigenze rilevate a livello nazionale o regionale, ma divengono di *tipo cooperativo all'interno dell'UCCP* o meglio, se orientate al modello cooperativo, sono maggiormente in grado di (a) rispettare la pluralità di competenze, interagendo in modo non competitivo all'interno del gruppo, (b) diffondere e sviluppare una comune costruire conoscenza, (c) adeguarsi alla domanda reale, (d) definire obiettivi evolutivi, (e) otti-

mizzare l'uso delle risorse del gruppo, (f) adottare criteri gestionali ispirati all'economia di scala, (g) migliorare l'efficienza e l'efficacia generale del gruppo e, in quanto “nodo-attivo”, (h) agire funzionalmente in modo attivo nell'ambito del sistema globale, migliorandone la qualità complessiva.

Un rapporto “bottom-up”, a prima vista ma, in realtà, guardando al “sistema salute” come a una rete complessa, orizzontale e sostanzialmente paritaria, un rapporto fra aree aggregate e connotate da coerenza interna, dei macro-nodi strutturati e fortemente interagenti con le interconnessioni presenti. Un Sistema totale, raffigurabile come un insieme caotico, quindi imprevedibile e imprevedibile, ma allo stesso tempo ordinato, sia per la presenza di “attrattori” in grado di costruire sequenze coerenti di dati, sia per la presenza di meccanismi di feedback-feedforward in grado di generare flussi coerenti rispetto al risultato atteso. In questo caso i margini di incertezza possono essere ridotti in seguito a valutazioni di tipo probabilistico e l'incertezza, caratteristica dei sistemi caotici, non si riduce ad un “difetto” da “evitare” e “comprimere”, ma rappresenta un'opportunità propria offerta da un'organizzazione in grado di adattarsi, autogenerarsi, modificarsi, evolvere. Il che rende il sistema artificiale “Rete di Cure Primarie” del tutto simile al mondo delle reti biologiche, a cui, di fatto, il Sistema stesso appartiene.

PARTE SECONDA - LO PSICOLOGO NEL SISTEMA DI CURE PRIMARIE, IL MODELLO COMPLESSO.

La ragione per cui ci siamo soffermati sulla descrizione di tre dei principali “modi” di aggregazione del sistema di cure primarie è nella considerazione di come, a fronte di una realtà complessa, solo un modello complesso possa giungere a una semplificazione efficace dei processi. E come modalità operativa e aggregativa, quella cooperativa sia quella che sembra possa rispondere in modo più adeguato, attinente al reale, coerente, rispetto ad altre. Ed è in questo modello che trova espressione massima la possibilità di interazione costruttiva fra medico di famiglia, pediatra di libera scelta, o infermiere di famiglia, e psicologo di cure primarie.

Il punto di partenza e di arrivo non è nell'operatore, ma nel soggetto assistito, il paziente, che è il vero protagonista del processo: sono infatti i suoi bisogni di salute, espressi o inespressi, a rappresentare l'input e l'output del sistema. Il risultato finale, in uscita, deve poter esprimere una situazione migliore rispetto a quella in entrata, tanto nella componente "organica", fisica, il che non è sempre oggettivamente possibile, quanto in quella psichica, della percezione, del sentire se stesso in un modo anziché in un altro, il che è possibile ma solo con un forte lavoro interpersonale. Si tratta, cioè, di destrutturare un percepito e ristrutturarlo diversamente, ricostruendo un sé in grado di affrontare con più mezzi interpretativi e più strumenti di soluzione il proprio non-agio, il proprio sentirsi "scomodo", rispetto a come ci si vede e sente.

Questo lavoro di sartoria mentale, e direi, talora spirituale, non può sempre essere adempiuto dal solo rapporto medico-paziente, anche se interpretato nel modo meno organico possibile, applicando, ad esempio, la narrazione, il dialogo, la riflessione anamnestica e ricercando il consenso sul "da fare" attraverso la pattuizione, la condivisione, l'aderenza, l'accettazione non passiva, ma partecipata, della scelta terapeutica o anche diagnostica, compresa l'adozione di un diverso stile di vita da quello sino ad allora adottato.

Tutto ciò richiede un rapporto con l'io-profondo dell'Altro non sempre gestibile dal medico di fiducia, per quanto in grado di stabilire una relazione di prossimità costruttiva con il paziente, con il soggetto di cui si prende cura. Esistono delle specificità di competenza che vanno individuate e identificate e che richiedono non solo una diversa esperienza, ma anche un diverso ruolo, rispetto a quello che un medico di fiducia può offrire.

Tra l'altro, la stessa dinamica medico-paziente può essere inadeguata rispetto alla domanda, specie nel caso di rapporti fra medico e paziente protratti nel tempo, dove gli elementi relazionali possono essersi affettivamente consolidati sull'accordo, sul conflitto o sulla routinarietà. Il problema a questo punto è come introdurre un elemento diverso, nuovo, esterno, al rapporto interpersonale medico-paziente, senza che questo venga ad essere interpretato come forma di "rinuncia" o "delega" o, peggio "scaricamento" di assistenza tanto più che, nello specifico della

richiesta, non equivale ad altre, diverse, richieste di consulenza medica (cardiologica, ortopedica, diabetologia, fisiologica...), focalizzate sull'aspetto organico.

Per quanto pretenda di essere razionale, l'uomo è innanzitutto affettivo: ogni scelta umana è sostenuta dall'emozione e dal sentimento, compresa quella di non volersi emozionare o di rifuggere ogni aspetto sentimentale. Sono gli affetti e i sentimenti a rendere coerente l'agire dell'uomo, a renderlo sintonico con l'aspetto volitivo: diversamente, la distonia fra ciò che si vuole razionalmente e ciò che si vive affettivamente o rende meno efficace la scelta razionale o finisce col creare situazioni di divisione interiore, lacerazioni, duplicità che altro non fanno che aggiungere problema a problema, disagio a disagio.

Il rapporto medico-paziente è, come ogni rapporto umano, un rapporto innanzitutto affettivo, indipendentemente dalla sua modalità di espressione: lo è per un medico autoritario, paternalista, esercitante un potere, lo è per un paziente delegante, passivo, obbediente, così come lo è per un medico ascoltante, dialogante, concertante, accogliente ed un paziente narrante, attivo, propositivo. È una pretesa della scienza positivista postilluministica, scienza che ha peraltro portato a sviluppare grandi e fondamentali settori in campo sanitario, di poter segmentare l'essere umano, agendo in modo differenzialistico, quantitativo, causalistico, deterministico, e riconducendo quasi tutto a un semplice connettersi di organi, considerati singolarmente, decontestualizzandoli dall'insieme inteso sia in senso fisico (organismo), sia come "insieme-persona". Questa scienza tende a isolare ciò che non comprende, ad attribuire alla persona affetta o sofferente la ragione della sua malattia e la causa del suo malessere: termini come ipocondria, somatizzazione, depressione, ansia sono spesso utilizzati in modo generico come un grande raccoglitore di fenomeni non riconducibili al "certo" e al "classificato" e spesso intesi con un'accezione negativa di "colpa". Il paziente "lamentoso" è visto come un soggetto che non ha nulla e, quindi, non ha ragione di essere considerato, è un "codice bianco" a vita, senza che, però, ci si ponga il problema del "perché" quella persona sia tale, né del possibile rimedio a quel suo comportamento, ottenibile utilizzando magari strumenti diversi, non necessariamente "fisici", come un farmaco, una visita specialistica e, talora, un accesso chirurgico (inappropriato).

Del resto le statistiche ci insegnano come fattori esterni alla salute organica, quali l'istruzione e il reddito, possano influenzare l'approccio a una malattia: bassi redditi o poca istruzione conducono al chirurgo più facilmente di quanto non accada per situazioni migliori, la mortalità anche ospedaliera è maggiore e così la durata dei ricoveri. Non collegare "il malato" al suo contesto personale, psichico, culturale, economico, spirituale, si traduce in un'azione sanitaria non sempre appropriata né efficace.

Ma per cercare di dare una lettura più articolata, totalizzante, completa e complessa, non è sufficiente cercare di produrre una nuova cultura medica: occorrono strumenti, competenze, strutture, organizzazione.

I modelli sanitari individualistici, illustrati nella prima parte in "A", sono difficilmente gestibili da un punto di vista organizzativo, perché fortemente dispersi e, pur se con possibili eccezioni, si basano su medici che tendenzialmente non intendono porsi in un'ottica di dialogo e di collaborazione-cooperazione.

I modelli fondati su un "cluster", un gruppo "chiuso", come può essere la situazione della "medicina di gruppo" (caso "B"), si trovano in una posizione migliore. Ma tutto è delegato alla dinamica del gruppo, ai suoi partecipanti, alle loro motivazioni. La medicina di gruppo, per come intesa nella sanità italiana, è una forma aggregata di lavoro in cui entrano poche figure professionali (il medico di famiglia, il pediatra, l'infermiere e il personale di segreteria), in genere chiamati a coprire un orario più ampio di quanto non sia possibile al singolo medico, a intercettare i "codici bianchi", agendo come un "cancello" di filtro e selezione della domanda rispetto agli accessi all'urgenza ospedaliera, a favorire un confronto interprofessionale fra i medici del gruppo. Ma la medicina di gruppo non ha finalità di progetto, non si connette in modo funzionale e dinamico con i servizi sanitari o sociali locali, non implica forme di autogestione e di responsabilizzazione rispetto a un programma e a un risultato atteso. Resta, cioè, una forma organizzativa più evoluta del medico singolo, ma non esce dalla possibilità di restare comunque un'esperienza isolata rispetto al sistema-rete generale. E, soprattutto, non tende a sviluppare una modalità di lavoro autenticamente collaborativo, in quanto viene a mancare l'adesione comune a una condivisa, vera, progettualità.

Le unità complesse di cure primarie (o gruppi di cure primarie, in Piemonte) sono, invece, almeno in teoria, un qualcosa di completamente diverso. La diversità si fonda su due cardini principali: (a) le professioni coinvolte sono anche quelle sanitarie specialistiche e quelle sociali e (b) il gruppo è vincolato a progetti, per cui riceve dei finanziamenti, con implicazioni di monitoraggio e di risultato. Non solo. Il gruppo viene spinto a gestire una situazione complessa, con flussi economici non esclusivamente indirizzati ai professionisti, quanto all'Unità intesa come tale. Questo pone problemi gestionali e porta a ipotizzare l'utilizzo di forme gestionali collettive. Siamo, cioè, di fronte a un vero e proprio "hub" di rete: la dinamica dell'UCCP è tale da poter influire fortemente sull'organizzazione sanitaria locale. Può agevolare percorsi diagnostico-terapeutici, ridurre le liste di attesa, applicare economie di scala, agire da facilitatore di rete rispetto all'intero sistema e può realmente offrire un servizio organizzato tale da ridurre le emergenze indirizzabili verso il pronto soccorso. I medici che decidono di intraprendere questa tipologia di attività sono motivati al rinnovamento, alla ricerca, alla relazionalità: sono, cioè, più propensi ad affrontare in modo corretto la complessità del Sistema, ad adattarsi ai cambiamenti, a produrre soluzioni.

Non è questo l'ambito per trattare delle modalità gestionali più vantaggiose o etiche, ma possiamo dire che le forme non lucrative, in grado di gestire flussi economici, sensibilizzate al dovere di rispondere, come impresa, al contesto sociale in cui operano, sono le più idonee ad operare nell'ambito di un sistema prevalentemente pubblico e, fra queste, quelle cooperative si connotano in modo particolare in quanto fondate istituzionalmente su valori di mutualità, democrazia, reciprocità, gratuità, dono. A ciò si aggiungano le considerazioni descritte in "C" sull'agire cooperativo, come una modalità fortemente propensa allo scambio relazionale "fra pari", all'apprendimento reciproco, all'evoluzione della conoscenza individuale come conoscenza collettiva e, di conseguenza, lo sviluppo di un'azione coesa, motivata, affettivamente connotata da sentimenti di mutualità e reciprocità, e, quindi, più completa di quanto non sia un semplice approccio tecnicistico alla sofferenza, al dubbio, al problema.

In questo contesto positivo l'interazione medico-psicologo

dovrebbe compiersi al meglio: ci si troverebbe dinanzi a una matrice ambientale e a un sistema relazionale favorente un rapporto fra soggetti connotati dalle proprie competenze ma aperti alla reciprocità dell'apprendere, del comunicare, dell'informare. Soggetti disposti a crescere insieme in una riflessione che non esclude il "terzo agente", il paziente, chiamato a confrontarsi positivamente con due professionisti in grado di considerarlo nella sua unità di persona, e non solo per le sue espressioni emergenti, i sintomi, i comportamenti, i fenomeni che, in quanto tali, sono ciò che appaiono, ma non necessariamente ciò che, nella loro completezza di mostrato e nascosto, sono.

Lo psicologo di cure primarie dovrebbe poi potersi porre come soggetto attivamente osservante il gruppo, e le relazioni nel gruppo. Un gruppo di medici fortemente interagente esibisce un comportamento diverso da quello che ciascuno dei suoi componenti è in grado di esprimere. Sono le relazioni fra le parti a definire il risultato finale e le relazioni sono condizionate, più che dal contenuto informativo, dal "medium", dal contesto-matrice in cui si realizzano e dai soggetti-fonte che si interconnettono. I soggetti messi in relazione non sono per nulla "neutri", perché caratterizzati da vissuti individuali unici e irripetibili, e a loro volta risentono in modo differenziato del contesto in cui le stesse relazioni si realizzano. In questo caso lo psicologo potrebbe agire sull'insieme conoscendo le parti e proporre i comportamenti più adatti a realizzare la condivisione dei messaggi e, in fine, una più appropriata interpretazione dei significati che si vogliono esprimere. Lo psicologo avrebbe, quindi, una funzione di mediazione relazionale, esercitando, però, un ruolo proattivo, in quanto in grado di produrre un insieme diverso da quello connotato da identità troppo pronunciate e scarsamente plastiche, flessibili, adattabili.

In questo modo si eviterebbe di avere gruppi complessi governati da un soggetto leader, un "capo" carismatico titolare di tutte le deleghe, surrogante le funzioni dei singoli, unico in grado di crescere nelle competenze e nella conoscenza continua. Questa ipotesi, purtroppo frequente, finisce col creare dei gruppi fittizi, perché non internamente dinamici.

E, in ultimo, noi sappiamo come un'organizzazione sia di per sé una costruzione viva, e vada soggetta a forme di

benessere o malessere collettivo. Il benessere di un'organizzazione è tanto fondamentale al suo funzionamento quanto il benessere dei singoli elementi che la compongono, il corretto e adeguato funzionamento delle relazioni, la presenza di un contesto favorente legami positivi. Anzi, si può dire che il benessere di un'organizzazione sia il derivato di queste tre dinamiche, comunque connotate dall'interconnessione fra le parti (soggetti, contesti, scambi informativi). E anche in questo senso uno psicologo, in grado di interagire su più ambiti col gruppo, può costituirsi come un elemento di equilibrio, armonia, coesione, sviluppo delle dinamiche interne al gruppo medesimo.

La presenza di uno psicologo in grado di agire su più fronti pare, quindi, poter costituire un elemento non solo di maggior efficacia di cura, ma anche di miglioramento dell'organizzazione e, in ultimo, della "resa economica" che il gruppo, reso più efficiente, può raggiungere.

PARTE TERZA - PRATICHE: L'esperienza FO.QU.S nella gestione sanitaria dei Centri di Accoglienza Profughi. La normale incertezza e l'incertezza della norma.

L'Italia è un Paese di (im-)migrazione, a volte silente, a volte clamorosa, come nel caso ancora attuale dei profughi dalla Libia. I fenomeni migratori, dall'Europa o da Paesi non europei, non possono non generare dinamiche nuove, a volte del tutto non conosciute, alle quali non sempre si è individualmente o collettivamente pronti, adeguati, nel rispondere, sia nei modi che nei tempi. Una parte dei Migranti tende a sostare nel nostro Paese, portando con sé i propri vissuti culturali, spirituali, cognitivi e introducendo nuovi modi di percepire il reale, di rappresentarlo, di esprimerlo. Di fronte a questo non più solo "fenomeno", il Sistema Sanitario e, più in generale, il Sistema di Promozione e Tutela della Salute, è tenuto ad offrire risposte non aprioristiche, fondate su presupposti generici e generali, ma a costruire percorsi efficaci in quanto realmente interagenti con le nuove culture e le nuove sensibilità.

In questo senso risulta fondamentale garantire una continuità di cura e un sostegno alle varie parti in relazione, a volte esse stesse vittime di un forte disagio psicologico, se

non a vere e proprie sofferenze, o coinvolte in dinamiche di reciprocità psicologica e relazionale complesse, causa di frustrazioni, conflitti, rifiuti o, al contrario, di eccessiva acccondiscendenza sfociante in una controproducente eccessiva "permissività".

Questa parte, accessoria rispetto all'argomento principale, intende mostrare, sotto un profilo pratico, come una cooperativa orientata alla gestione della complessità possa essere messa in grado di affrontare situazioni di emergenza, problematiche del tutto nuove, contesti caratterizzati da una grande quantità di variabili e di una sostanziale incertezza e imprevedibilità concentrate in un periodo di circa 4 mesi. Il modello, flessibile e adattabile, può essere inteso come "sperimentale" rispetto a una tipologia di domanda da prevedersi in crescita continua e non di sola "emergenza" occasionale. L'emergenza umanitaria dovrebbe essere vista come un momento di sostanziale cambiamento del sistema sociale ed economico globale, con influssi rilevanti sulle diverse realtà locali, non solo sotto l'aspetto organizzativo o economico, ma anche sociale e culturale. Una buona gestione del mutamento in corso, anche se, per ora, scarsamente visibile nella quotidianità, è in grado non solo di evitare conflitti ma di produrre nuove opportunità.

Dal mese di luglio FO.Q.U.S è titolare dell'affidamento sanitario per i Centri Profughi dalla Libia con sedi ad Ivrea, Forno di Coazze, Settimo, Sommariva del Bosco/Richiaro, per un totale di circa 350 persone provenienti principalmente dai Centri di Accoglienza di Lampedusa e Manduria. Il coinvolgimento nel servizio, richiesto dal Consorzio nazionale Connecting People, è stato reso possibile dall'adozione del modello complesso, grazie al quale, procedendo per adattamenti ed adeguamenti progressivi, si è creato un bagaglio di esperienze, competenze, capacità di azione in continua crescita, e in grado di migliorare costantemente il rapporto fra domanda/offerta di servizio.

Quest'esperienza è tipicamente complessa in quanto coinvolge non solo un sistema pluriprofessionale, ma una infinità di variabili e di aspetti del tutto imprevedibili, a fronte di disposizioni di partenza "standard" indicate dal Ministero degli Interni in collaborazione con le prefetture e la Protezione Civile.

QUALI LE PRINCIPALI "VARIABILI" IN GIOCO:

• LA SITUAZIONE DI EMERGENZA

1. Trasferimenti improvvisi con necessità di risposta organizzata rapida (24-48 ore)
2. Soggetti sottoposti a screening sanitari iniziali al momento dello sbarco, con necessità di approfondimento successivo della situazione igienico-sanitaria una volta giunti in sedi più stabili
3. Individuazioni di rischi inizialmente non rilevati
4. Reperimento, gestione, organizzazione documentazione di accompagnamento.

• GLI OSPITI

1. Nazionalità diverse (Bangladesh, Costa d'Avorio, Ghana, Nigeria, Pakistan, Sudan...)
2. Diverse culture locali e diversi stili di vita (in modo particolare diversi stili nutrizionali)
3. Diversità di linguaggio (i linguaggi base sono l'inglese, il francese, l'arabo, ma sono possibili varianti locali o forme dialettali)
4. Diversità socio-culturali anche rilevanti
5. Diversità di attribuzione di significato e senso ad atti inerenti la sfera fisico-psichico-relazionale, propri dei servizi alla persona (ad esempio diversa percezione della "malattia", del "medico", del "farmaco", della "cura")
6. Possibili esiti di eventi traumatici, occasionali o conseguenza di incidenti avvenuti nella fuga o precedenti, per violenze subite, anche gravi
7. Attese forti di risposta al bisogno, spesso collegabile a una situazione di stress psicofisico protratto
8. Adattamento al clima locale, al contenuto nutrizionale del cibo (ad esempio non abitudine al latte vaccino o a farinacei come "la pasta"), a sapori diversi (ad esempio, uso abituale di spezie), a diverse modalità relazionali interpersonali (atteggiamenti per noi verbalmente e gestualmente aggressivi e pericolosi, possono essere invece normali comportamenti di confronto dialettico impostati su rapporti di dominanza senza esito in violenza)
9. Integrazione fra ospiti provenienti da nazioni diverse, a volte in storico conflitto fra loro

10. Squilibri nella presenza di genere (popolazione in netta prevalenza maschile), natura dei legami familiari (soggetti singoli, coniugati o anche nuclei familiari), possibilità relazionali diverse, in conseguenza del Paese di provenienza, del grado di istruzione, della personale attitudine.

• I CONTESTI LOCALI

1. Localizzazioni alberghiere decentrate prossime a aree intensamente urbanizzate;
2. localizzazione alberghiere in città di medie-grandi dimensioni;
3. localizzazione abitativa in aree montana relativamente isolate;
4. localizzazione in edifici accolti all'interno di strutture di ospitalità (centri religiosi, centri di recupero, altro);
5. appartamenti in contesto cittadino.

• LA PLURALITÀ DEI SERVIZI

1. Operatori
2. Mediatori culturali
3. Psicologi
4. Assistenti sociali
5. Medici
6. Infermieri
7. Personale addetto alle pulizie o altro personale.

• IL RAPPORTO CON LE ISTITUZIONI SANITARIE (oltre che con la Rete generale del Consorzio Connecting People e le Prefetture)

1. Diversità gestionali dei distretti;
2. diversità informativa di funzionari e addetti;
3. diversità nella disponibilità alla gestione condivisa;
4. diversità nelle tempistiche di risposta all'inserimento nel Ssn.;
5. lontananza o vicinanza dei servizi, accessibilità (rete viaria, trasporti).

METODI E STRUMENTI ADOTTATI

• LA "VISION"

La proposta di modello sanitario adottata nei Centri ha voluto cogliere il passaggio dalle esigenze di emergenza

iniziale, alla continuità di cura, orientandosi ad aspetti maggiormente relazionali, contestuali, individuali, rispetto dell'identità dei soggetti, in presenza di vissuti pregressi anche drammatici, ma ormai da avviarsi verso un recupero pieno di un futuro possibile, vivibile, umanamente sostenibile, come persone socialmente inserite, e perciò attive e partecipi, alla vita di una comunità.

• IL TEAM

1. Medici di famiglia esperti reclutati sulla base della spinta motivazionale, dell'esperienza in attività presso centri di cura collettivi, della padronanza di lingue estere, della disponibilità a operare in un contesto cooperativo;
2. medici giovani non inseriti stabilmente nel sistema sanitario con esperienza di lavoro nell'ambito delle Cure Primarie (continuità assistenziale, sostituzione medici di famiglia) o nell'emergenza (118);
3. infermieri libero professionisti di madre lingua araba o infermieri attivi presso il Ssn con concessione in deroga concordata con l'Ente di appartenenza (Lds. 165/2001).

• ESIGENZE FUNZIONALI (MANSIONI, PROCEDURE, GESTIONE)

Definizione differenziata per Centro delle mansioni dei vari operatori sanitari concordate con l'Amministrazione dei Centri sulla base delle esigenze locali, nel rispetto degli aspetti deontologico-professionali previsti dagli Ordini o dai Collegi; procedure per il monitoraggio clinico durante le varie fasi di ingresso, permanenza, uscita dai Centri (raccolta dati clinici; invio a servizi esterni; prescrizione, somministrazione cure); gestione orari di apertura uffici sanitari; coordinamento generale gestione clinico-sanitaria 8-20; coordinamento gestionale organizzativo).

La rete dei medici di famiglia: forme organizzative di collaborazione con lo psicologo

di **Giulio Titta**
Medico, MMG, Consulente ARESS

L'organizzazione attuale della Medicina Generale in Piemonte vede i Medici di famiglia così distribuiti sul territorio: Medici singoli, Medici in associazione semplice (i Medici operano nel loro ambulatorio, ma coordinano i loro orari d'apertura in maniera tale da poter dare accesso alla popolazione almeno sei ore al giorno distribuite tra mattino e pomeriggio), Medici in rete (rispecchia i criteri della medicina in associazione semplice, con in più un collegamento telematico tra i Medici per lo scambio di notizie sul paziente), Medici in gruppo, (i Medici prestano servizio all'interno di una stessa struttura, collegati tra loro anche telematicamente) ed infine i Medici in gruppo di cure primarie o Case della salute (sistema più evoluto della medicina di gruppo con la presenza di specialisti, servizi sociali ecc.).

Al 30 giugno 2011 le varie forme associative sono così rappresentate: Medici singoli 17%, Medici in associazione semplice 24,93%, Medici in rete 31,95%, Medici in gruppo, gruppo di cure primarie o case della salute 30,12%. Le varie forme associative, dalle più semplici alle più complesse, sono distribuite sul territorio in maniera difforme; ad esempio l'associazionismo semplice vede la minor rappresentazione con il 14,29% nella TO2 e la più alta espressione a Biella con il 60,46%; la rete ha la massima espressione alla TO2 con il 47,93% e la minima a CN1 con l'1,61% ed infine il gruppo ha la massima espressione ad Asti con il 52,29% e la minima a Novara con il 10,16%. La futura organizzazione della Medicina generale dovrebbe vedere la scomparsa del medico singolo e dell'associazionismo semplice con il passaggio in rete o gruppo di tutti i medici, creando così una forte rete territoriale della Medicina generale centrata sui CAP e aperta al collegamento con L'Asl da una parte e l'Ospedale dall'altra.

Ma cosa sono i CAP? **I Centri di Assistenza Primaria (CAP), dovrebbero essere strutture polifunzionali che raggruppano e coordinano le professionalità e i servizi dei Distretti, rappresentano la base dell'organizzazione delle Cure Primarie, con l'obiettivo di fornire ai cittadini un'offerta più ampia ed un punto di riferimento nella fascia oraria giornaliera, estendendo la presa in carico anche nella fascia notturna e festiva, attraverso il servizio della continuità assistenziale.**

All'interno del CAP è prevista un'area dell'accesso/continuità assistenziale che garantisce la presa in carico integrata ai servizi e l'area dell'assistenza specialistica e diagnostica in cui è prevista la condivisione di percorsi assistenziali comuni per consentire l'integrazione tra cure primarie e specialistiche.

Ma passiamo ora al rapporto tra la rete dei medici di famiglia e gli psicologi.

Il titolo della Giornata mondiale della salute mentale del 10 ottobre 2010 era: "Non c'è salute senza salute mentale" ed il medico di famiglia sa quanto corrisponda al vero questa asserzione. Un medico di famiglia con 1.500 assistiti vede in un anno da 45 a 75 pazienti con depressione, da 53 a 60 con disturbi d'ansia, da 36 a 45 con disturbi situazionali e reattivi, da 2 a 3 con schizofrenia, da 4 a 5 con psicosi affettiva (depressione grave o disturbo bipolare), da 3 a 4 con demenza e da 3 a 4 con dipendenza da alcool o sostanze.

Non sono classificati i disturbi sottosoglia, comportanti gravi disabilità e sofferenza soggettiva (Tansella e De Girolamo nella Giornata mondiale della salute mentale 2001). La situazione peggiorerà nel prossimo futuro se si avvererà quanto previsto dall'OMS che vede nel 2020 la depressione al secondo posto dopo le malattie cardiovascolari. Ma perché la Medicina generale ha visto questa esplosione di disturbi psicologici negli ultimi anni? Partiamo dalla Legge Basaglia sulla soppressione dei manicomi che ha visto passare in cura al territorio pazienti prima gestiti in regime di ricovero, passiamo quindi alla diversa concezione di stato di salute, considerato non più solo assenza di malattia, ma benessere psico-fisico, aggiungiamo la maggiore attenzione dei pazienti al proprio stato di salute (talora eccessivo), la

crisi economica con la riduzione e la riconversione dei posti di lavoro ed infine la perdita del valore della famiglia. La riduzione dei posti di ricovero e del numero di giorni di degenza ha portato inoltre a considerare l'ospedale come il luogo di cura dell'acuzia ed a scaricare sul territorio tutte le patologie croniche senza carattere d'urgenza.

Il medico di famiglia è quindi il primo "psicologo-psichiatra" che il paziente incontra nel proprio percorso di cura ed esso fa lo "psicologo-psichiatra" almeno per il 30% dei suoi pazienti, tanto è vero che la maggior parte dei depressi vengono da lui curati. I medici di famiglia e i servizi di salute mentale sono nati come servizi di base a diretto contatto con la popolazione e la loro allocazione è sul territorio, nel distretto. È pertanto quasi fisiologico che le due reti collaborino tra loro a tutto vantaggio del paziente. Una dimostrazione dell'utilità della cooperazione è stata di recente data, proprio in Piemonte, dalla Gestione Integrata del diabete dove i medici di famiglia ed i diabetologi condividono i dati dei pazienti diabetici su sito web dopo aver costruito insieme un percorso ed effettuato una formazione comune. Al 30 settembre 2010, dopo 2 anni di sperimentazione, 2111 medici di famiglia (66% di tutti i MMG) hanno ottenuto su 63.558 diabetici risultati lusinghieri, sicuramente tra i migliori in Italia.

Da un'estrazione di dati dal portale limitati all'Asl TO2 risulta che il 70% dei diabetici ha almeno una emoglobina glicata all'anno e che nel 79% di essi l'emoglobina glicata è inferiore a 7,5%, che il 63% è stato sottoposto alla determinazione di un colesterolo LDL e che nell'83% esso era inferiore a 130 ed infine che il 70% aveva avuto almeno una misurazione di PA e che la medesima era meno di 130/80. Ma tutto questo ha un vero significato clinico?

Un articolo comparso quest'anno su *Diabetes care* (Diabetes care 2011 34:347-352) scritto da diabetologi italiani ha dimostrato che uno score costruito con alcuni indicatori, tra cui emoglobina glicata, pressione arteriosa e profilo lipidico, ha permesso di valutare che la sopravvivenza è più alta con valore di score più elevato.

Dal punto di vista economico si è dimostrato che nel primo anno di gestione integrata c'è stata una riduzione

del 21,3% dei ricoveri con una riduzione della spesa del 7,9%. Concludendo si può dire che la presenza degli psicologi nei gruppi, gruppi di cure primarie e CAP può essere di valido aiuto alla medicina generale, costituendo essi un supporto notevole delle competenze psichiatriche del medico di famiglia.

Medici di famiglia e psicologi dovrebbero rilevare i bisogni emergenti della popolazione assistita per formulare una scaletta delle priorità d'intervento. Bisognerebbe mappare il territorio per organizzare in rete le forze disponibili: supporti sociali, volontariato ecc.

Costruire percorsi diagnostico-terapeutici condivisi e fare formazione continua sul campo in comune.

Infine bisognerebbe valutare l'impatto del servizio sulla salute della popolazione attraverso indici facili da rilevare e riuscire a dimostrare un vantaggio economico per il Sistema Sanitario Regionale attraverso la riduzione di accertamenti, farmaci, ricoveri ed assenze dal lavoro così legati al disturbo psichico.

Per ottenere risultati validi bisogna sempre volare alto.

Ad maiora quotidie dunque.

Atti Aziendali: Psicologia e Psicoterapia e la Direzione di Struttura semplice e complessa

Rinaldo Perini

La presenza di psicologi nei servizi del SSN ha avuto il suo sviluppo a partire dagli anni 80. Nel corso di questi anni gli psicologi hanno operato nei Consultori familiari, nei servizi di Neuropsichiatria infantile, nei Dipartimenti di Salute Mentale, nei SERT, nelle Comunità Terapeutiche, negli Ospedali. A questo vasto dispiegamento di competenze e di esperienza della professione in diversi settori operativi non è corrisposta una articolazione dei livelli e delle responsabilità gestionali e possiamo affermare che il numero di strutture semplici e complesse attribuito alla disciplina di psicologia sia fortemente ridotto.

Con il d. lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni, integrato con il d. lgs. 19 giugno 1999, n. 229 sulla razionalizzazione del S.S.N. si è modificato in modo sostanziale il quadro di riferimento normativo.

Le unità sanitarie locali sono costituite in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, la cui organizzazione e funzionamento sono disciplinate con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti con legge regionale¹.

Relativamente all'accesso del personale dirigenziale del SSN² si vuole in questa sede evidenziare che il D.m. (Sanità) 31 gennaio 1998 **Tabella relativa alle specializzazioni affini previste dalla disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale** per la disciplina di Psichiatria, tra le Discipline affini, considerate equipollenti ai fini del concor-

so di accesso, prevede la Disciplina di Psicologia Clinica³, che è, naturalmente, Disciplina di accesso per gli Psicologi alle Discipline di Psicologia e di Psicoterapia.

Questo consente di affermare che esiste quella che possiamo definire come un'ampia **"AREA DI SOVRAPPOSIZIONE"**, che si determina a partire dai requisiti di accesso tra la Disciplina di Area Medica, Psichiatria e le Discipline di Area Psicologica, Psicologia e Psicoterapia.

Relativamente all'attribuzione degli incarichi di secondo livello dirigenziale ridefiniti con l'entrata in vigore del d. lgs. 19 giugno 1999, n. 229 in "dirigente responsabile di struttura complessa" il D.P.R. n. 484/97 al capo secondo paragrafo 4 comma 1 specifica **"gli incarichi di secondo livello dirigenziale per i profili professionali del ruolo sanitario possono essere conferiti esclusivamente nelle discipline stabilite con decreto del Ministro della sanità"**⁴.

Il D.M. (Sanità) 30 gennaio 1998 definisce:

1. Tabella A per la valutazione e la verifica dei titoli di carriera;
2. Tabella B per la valutazione e la verifica delle specializzazioni⁵.

Le Tabelle si articolano in aree, per il caso degli incarichi di secondo livello dirigenziale nei Dipartimenti di Salute Mentale:

1. Area medica e delle specialità mediche, che comprende la disciplina di Psichiatria;
2. Area di Psicologia che comprende:

¹ d. lgs. 19 giugno 1999, n. 22, art. 3 comma 1-bis.

² D.P.R. 10 dicembre 1997 n. 483 **Regolamento recante la disciplina concorsuale il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale.**

³ Disciplina aggiunta dal D.m. (sanità) 2 agosto 2000.

⁴ D.P.R. 10 dicembre 1997 n. 484 **Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale.**

⁵ D.M. (Sanità) 30 gennaio 1998 **Tabelle relative alle discipline equipollenti previste dalla normativa regolamentare per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale.**

- a) la disciplina di Psicologia esclusiva per gli psicologi,
- b) la disciplina di psicoterapia per psicologi e medici specialisti in psicoterapia.

Si può desumere dalle norme premesse che dalla loro vigenza il Dipartimento di Salute Mentale delle Aziende Sanitarie si è configurato come un Dipartimento Pluridisciplinare in quanto opera in esso del personale sanitario Psichiatri e Psicologi che afferisce a due diverse aree e di conseguenza a due diverse discipline: Psichiatria e Psicologia entrambe ritenute funzionali al perseguimento degli obiettivi del Dipartimento. Infatti per lo svolgimento delle sue funzioni il dipartimento si avvale di unità operative plurifunzionali composte da: psichiatri, psicologi, infermieri professionali ed assistenti sociali etc..

Consegue da questo che nella articolazione delle strutture complesse che compongono il dipartimento possono essere previste:

1. strutture complesse la cui direzione è affidata ad un Direttore della Disciplina di Psichiatria;
2. strutture complesse la cui direzione è affidata ad un Direttore della Disciplina di Psicologia;
3. strutture complesse la cui direzione è affidata ad un Direttore della Disciplina di Psicoterapia;

L'individuazione di queste strutture rientra come previsto dal d. lgs. 19 giugno 1999, n. 229 nella autonoma potestà dell'Azienda Sanitaria ed è determinata con l'Atto Aziendale.

Generalmente i Dipartimenti di salute mentale sono articolati in più strutture complesse attribuite alla disciplina di psichiatria per le quali è chiaramente indicato quali sono le unità operative che le compongono e solo in qualche caso sono previste strutture complesse attribuite alla disciplina di psicologia per le quali non è indicato da quali unità operative siano composte.

Ancora più chiaramente non essendo patrimonio acquisito la **natura pluridisciplinare del DSM** gli Atti Aziendali non specificano la disciplina di appartenenza delle Strutture Complesse, assumendo, implicitamente, che, trattandosi di un Dipartimento di Salute Mentale, sia una struttura della disciplina di Psichiatria, salvo che la presenza nell'organico aziendale di ex primari Psicologi non renda necessaria l'attribuzione a questi di una struttura complessa.

Questo è il quadro di riferimento normativo e fattuale e vediamo quanto sia ampia la forbice che li divide.

Nel settore della tutela della salute mentale il

vero problema non è quali strutture semplici o complesse attribuire agli psichiatri, agli psicologi ed in un prossimo futuro ai dirigenti delle professioni, non si tratta di pensare il Dipartimento come una torta da dividere.

Si tratta di riflettere su una **architettura organizzativa funzionale e gestionale** che presenta forti problematichità e **che risponde sempre con maggiore affanno ai bisogni degli utenti e delle famiglie, non solo per l'esiguità delle risorse disponibili, ma anche per il tipo di organizzazione che la governa.**

Ci dobbiamo chiedere se i criteri sino ad oggi individuati per identificare le strutture complesse siano effettivamente corrispondenti alle esigenze organizzative di un dipartimento a struttura a prevalente valenza territoriale.

Due sono i criteri utilizzati:

1. la divisione del DSM in moduli territoriali (Mini Dipartimenti con funzioni di direzione scarsamente definite o analoghe a quelle della Direzione DSM),
2. l'attribuzione ai Reparti SPDC, in quanto reparti ospedalieri dei caratteri gestionali di struttura complessa.

Mi chiedo chi possa ritenere che queste siano le uniche direttrici da seguire nella definizione della struttura organizzativa.

Mi chiedo se siano questi i percorsi organizzativi che consentono di affrontare il sempre più precoce esordio dei disturbi psichici, i percorsi di neoistituzionalizzazione degli utenti, il sostanziale differenziarsi della domanda da parte degli utenti e dei loro familiari.

Personalmente ritengo:

- che si debba partire dall'assunto del DSM, come struttura organizzativa pluridisciplinare, procedendo ad identificare articolazioni organizzative di natura funzionale e di natura gestionale in grado di corrispondere alle problematiche sopra evidenziate;

- **che si debba considerare quella che ho definito come area di sovrapposizione delle discipline di Psichiatria e Psicologia l'elemento su cui fondare un'analisi che definita l'area di sovrapposizione identifichi le aree di distinzione specifiche della Psichiatria e della Psicologia dal punto di vista della costruzione organizzativa funzionale e gestionale.**

Le funzioni di Direttore di Struttura Complessa e di Responsabile di Struttura Semplice non sembrano secondo la

recente normativa richiedere un'attribuzione secondo una appartenenza disciplinare in tutti i casi in cui la struttura dipartimentale presenta caratteristiche di complessità e di pluridisciplinarietà.

Per argomentare questa affermazione alla luce dei disposti normativi si analizza il d. lgs. 19 giugno 1999, n. 229, in particolare:

Art. 3, comma 7

“Il direttore sanitario è un medico che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto, per almeno cinque anni, qualificata attività di direzione tecnico sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione.”

Art. 3-sexies, comma 3

L'incarico di Direttore di Distretto è attribuito dal Direttore Generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione.”

Art. 7-quater comma 1

“Il direttore di dipartimento è scelto dal Direttore generale tra i dirigenti con almeno cinque anni di anzianità di funzione

Come si vede gli articoli riportati si riferiscono in modo specifico al dirigente medico, nel caso in cui il legislatore lo ritiene necessario ed in modo estensivo all'insieme dei profili professionali dirigenziali negli altri casi.

Infine si ritiene esaustivo ai fini della tesi sostenuta riportare come esempio una norma che, pur riferendosi alla nomina del Direttore di Dipartimento, è per analogia estensibile alle funzioni di Direttore di Struttura Complessa e di Responsabile di Struttura Semplice.

La norma di carattere generale è l'art. 17-bis del d. lgs. 19 giugno 1999, n. 229 che prescrive: “1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie. 2. il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento; il direttore del dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto. La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e cor-

retta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. ...”

La ratio che sottende tale impostazione è quella di evitare di avere nei dipartimenti e strutture pluriprofessionali una esclusione per legge di un dirigente di un profilo professionale, direttore di una struttura complessa del dipartimento dalla possibilità di essere indicato a svolgere la funzione di direttore di dipartimento.

Infatti se così non fosse avremmo, in ipotesi, un Dipartimento i cui direttori delle strutture complesse in esso aggregate non sarebbero titolari, pur con le loro specificità proprie della disciplina di appartenenza, della uguale possibilità di dirigere il dipartimento.

Si avrebbe una disparità che restringerebbe in modo artificioso le possibilità di scelta del direttore generale e che non trova motivazione nelle attribuzioni proprie del direttore di dipartimento come indicate dall' art. 17-bis.

Tale disparità si presenta allo stesso modo quando, prescindendo dalle argomentazioni precedentemente illustrate, un atto d'Indirizzo Regionale su gli Atti Aziendali o un Atto Aziendale di una Direzione Generale, rispetto ad articolazioni operative complesse o semplici che per produrre risultati si avvalgono di interventi pluriprofessionali, stabilisca di limitare, restringere ad una sola disciplina la possibilità di direzione o di responsabilità della struttura.

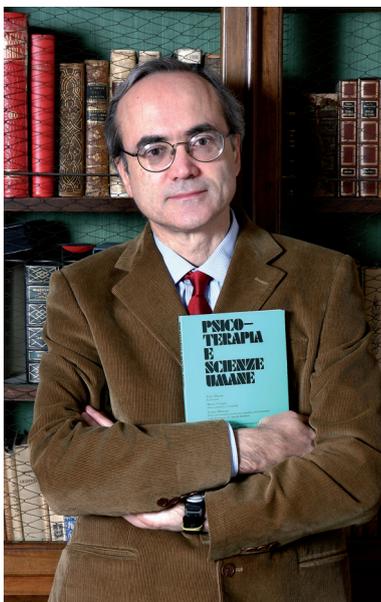
Tali atti limitano, se così formulati, la facoltà di scelta dell'Azienda Sanitaria e vulnerano il principio costituzionale di imparzialità dell'azione amministrativa.

Infatti, in base al suddetto principio, l'organizzazione della pubblica amministrazione deve avvenire in maniera imparziale. Per cui, in senso negativo, l'imparzialità della pubblica amministrazione concerne la sua organizzazione e consiste nella **non discriminazione dei soggetti coinvolti nell'azione amministrativa**. In senso attivo, il principio di imparzialità si esplica in riferimento all'attività della pubblica amministrazione, che **deve perseguire i propri obiettivi in maniera imparziale**, traducendo sul piano amministrativo il generale principio di eguaglianza sancito dall'art. 3 Cost.

Questo, tuttavia, non esclude che la pubblica amministrazione possa esprimere valutazioni discrezionali circa interessi diversi, ma **impone che le sue decisioni vengano prese nell'osservanza della legge e senza alcuna arbitraria discriminazione tra i soggetti coinvolti**.

DSM-5: Aumentano le diagnosi psichiatriche

Lettera Appello di Paolo Migone
Condirettore di Psicoterapia e Scienze Umane



Cari colleghi, Allen Frances, capo della task force del DSM-IV, è appena tornato negli Stati Uniti dopo aver tenuto alcuni seminari in Italia nei quali ha parlato delle sue critiche alle proposte del DSM-5, previsto per il 2013. Mi ha chiesto il favore, e lo faccio volentieri, di diffondere in Italia la notizia che

pochi giorni fa alcune associazioni americane hanno deciso di iniziare una grande raccolta di firme, su scala mondiale, per chiedere alla task force del DSM-5 di ritirare alcune delle proposte fatte. Queste proposte del DSM-5 possono far aumentare esageratamente alcune diagnosi psichiatriche (quindi creare moltissimi “falsi positivi”), con risultato che non solo si distorcerebbero i dati epidemiologici ma soprattutto a molti cittadini verrebbero prescritti farmaci non necessari e a volte pericolosi (è fin troppo evidente in questa operazione l’interesse delle case farmaceutiche, che condizionano pesantemente la cultura e la pratica della psichiatria). Sarebbe troppo lungo qui entrare nel dettaglio di quali sono le proposte diagnostiche discutibili del prossimo DSM-5. Si può solo accennare a quella di “Sindrome da

rischio psicotico”, per cui molti giovani potrebbero essere etichettati in questo modo e ricevere gli antipsicotici atipici che, oltre a essere molto costosi, possono provocare aumenti di peso (e tra l’altro pare che non diminuiscano il rischio di schizofrenia). Oppure si pensi all’ampliamento dei criteri della Depressione Maggiore che vorrebbe includere aspetti del lutto, per cui, per così dire, a molte persone verrebbe tolta la legittimità di essere tristi (con tutti gli aspetti adattivi e di “salute mentale”), verrebbero etichettate come “depresses” e riceverebbero farmaci antidepressivi (peraltro di poca efficacia, come è emerso da molte ricerche controllate), senza contare che già l’11% della popolazione americana li assume (una percentuale impressionante, che fa pensare che vengano prescritti anche a molti che non ne hanno bisogno). Oppure si pensi al Binge Eating, anch’esso ampliato nei criteri, e così via. In generale, insomma, il DSM-5 abbasserebbe molto la soglia di molte diagnosi. Le implicazioni sociologiche ed economiche di questa problematica sono fin troppo ovvie che non c’è bisogno di menzionarle.

La campagna che Frances assieme a Bob Spitzer (che era stato capo della task force del DSM-III) e altri sta conducendo contro la bozza del DSM-5 ha ottenuto alcuni effetti ma non è ancora riuscita a far modificare in modo sostanziale gli aspetti più pericolosi del DSM-5, ed è per questo che è stato deciso di fare una petizione. L’idea è che, se molti membri della professione protestano contro questa bozza, gli autori del DSM-5 temano che il manuale poi venda poco o non venga seguito, e che questa loro paura possa indurli a fare delle modi-

fiche. La petizione è stata promossa innanzitutto da alcune Divisioni della American Psychological Association: la Division 32 (Society for Humanistic Psychology), la Division 27 (Community Psychology), la Division 49 (Society for Group Psychology and Psychotherapy), e poi dalla Association for Women in Psychology, dalla Society for Descriptive Psychology, ecc., e anche da associazioni di altri paesi, quali ad esempio la British Psychological Society.

Per firmare la petizione occorre andare alla pagina web http://www.ipetitions.com/petition/dsm5/#sign_petition e scorre-la fino in fondo dove c'è il modulo per firmare. In questa pagina vi è una "Open letter" che illustra in modo abbastanza dettagliato alcuni problemi del DSM-5. Per chi non legge l'inglese, può vedere la anticipazione di questo dibattito a pp. 247-262 del n. 2/2011 di Psicoterapia e Scienze

Umane, con interventi di Bob Spitzer e Allen Frances ("Guerre psicologiche: critiche alla preparazione del DSM-5"). L'annuncio del seminario che Frances ha tenuto a Bologna il 22 ottobre scorso, organizzato dalla rivista Psicoterapia e Scienze Umane in collaborazione con la AUSL di Bologna che lo ha inserito all'interno della "Settimana della Salute Mentale", è alla pagina web: http://www.psicoterapiaescienzeumane.it/Frances_22-10-11.htm (a questa pagina è linkata una intervista di Frances apparsa sul Corriere). La bozza del DSM-5 è all'indirizzo Internet <http://www.dsm5.org/>

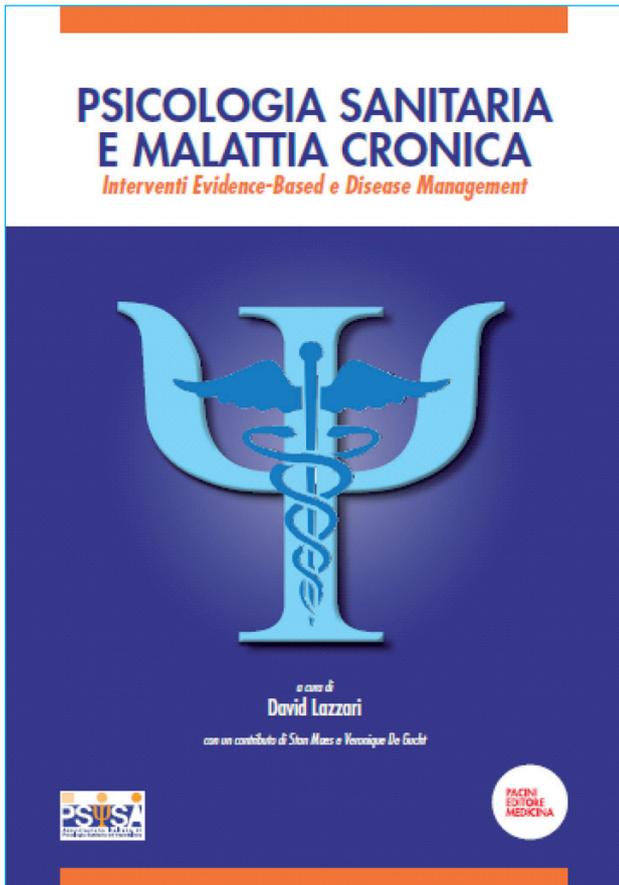
Grazie per l'attenzione.

Paolo Migone

Condirettore di Psicoterapia e Scienze Umane
<http://www.psicoterapiaescienzeumane.it/>

Recensioni

di Piero Porcelli¹



David Lazzari, curatore del volume **“Psicologia sanitaria e malattia cronica. Interventi evidence-based e disease management”** (Pacini Editore, Pisa, 2011), dirige l’UOC di Psicologia Ospedaliera dell’Azienda Osp. “Santa Maria” di Terni ed è docente a contratto di Psicologia Medica all’Università di Perugia. Chi segue i suoi lavori, lo conosce come collega molto impegnato sia sul piano scientifico che su quello organizzativo. Di recente ha pubblicato “Mente e salute” per la Angeli nel 2007 e “La bilancia dello stress” per Liguori nel 2009, ed è presiden-

¹ Resp. UO Psicologia Clinica Ospedale IRCCS De Bellis, Castellana Grotte (BA). Docente a c. di Medicina Psicosomatica Scuola di Spec. in Psicologia Clinica Università La Sapienza, Roma. L’articolo è in parte tratto da PSYCHOMEDIA (www.psychomedia.it).

te della Società Italiana di Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia (SIPNEI) e della Associazione Italiana di Psicologia Sanitaria e Ospedaliera (PSISA).

È bene premettere subito che i lavori di Lazzari sono sempre molto interessanti sia per i loro contenuti che per la sua preparazione professionale. Quest’ultimo libro non fa eccezione, e ne è riprova il fatto che sia rapidamente giunto alla seconda ristampa. Il volume esprime il senso del lavoro complessivo e della ricerca di Lazzari in due aspetti fondamentali. Primo, mette insieme scritti di professionalità eterogenee ma legate tutte dal denominatore comune dell’interesse attivo per la salute: psicologi, medici specialisti in oncologia, cardiologia, diabetologia, nutrizione e medicina generale, infermieri, mondo del volontariato. Si tratta di una dichiarazione programmatica implicita: la cura della salute deve necessariamente essere interdisciplinare nelle società industrializzate perché nessuna figura professionale può considerarsi unico fornitore di cure per il modo di concepire oggi salute e malattia. Secondo, il titolo del volume mette insieme tre concetti (psicologia, sanità e cronicità) e due “sotto-concetti” (*evidence-based* e *disease management*) la cui unione in un unico contenitore non è affatto scontata, anzi può apparire misteriosa a molti.

Iniziamo dai tre concetti del titolo principale. Psicologia e sanità sono legate in molti modi. Nel libro la parola sanità è usata come aggettivazione della psicologia nel senso in cui la *American Psychological Association* ha definito la *Health Psychology*: studio dei processi psicologici (componente interna) e dei comportamenti (componente osservabile) implicati nello sviluppo della salute, delle patologie e dell’assistenza sanitaria. Pertanto, Lazzari usa in modo originale per il nostro paese la nozione di “psicologia sanitaria” per indicare gli “aspetti che riguardano specificatamente il ruolo, le attività e gli interventi di Health Psychology nell’ambito dei sistemi e dei contesti sanitari” (p.31), ossia: gli aspetti psicologici di autogestione della salute e delle malattie somatiche, gli aspetti psicopatologici in pazienti con patologie fisiche, l’aspetto psicologico negli operatori sanitari, nei caregiver e nei volontari, gli

aspetti psicologici nei contesti e nelle organizzazioni sanitarie, l'aspetto psicologico nelle politiche sanitarie (pp.36-37).

Psicologia e cronicità delle malattie sono legate a causa del cambiamento della natura delle patologie mediche negli ultimi 50 anni. Il modello biomedico tradizionale (su cui si basa largamente l'attuale modello sanitario) era centrato sull'idea di agente patogeno identificabile che causa una data malattia la quale a sua volta genera sintomi riconoscibili. Questo modello è entrato in crisi definitivamente negli ultimi decenni poiché gran parte delle malattie non sono acute ma croniche ed hanno un decorso progressivo determinato da un insieme di fattori non solo medici ma anche psico-sociali. Bastino alcuni dati: in Europa una persona su 5 ha più di 65 anni (in Africa invece una su 20), in Italia gli anziani sono il 19% della popolazione e costituiscono il 50% delle degenze ospedaliere, negli Stati Uniti le patologie croniche assorbono il 75% della spesa sanitaria e fino al 7% del PIL dei paesi industrializzati. Non è semplicemente pensabile che la maggior parte delle patologie diffuse nella popolazione generale possa essere gestito con il modello biomedico tradizionale. E di conseguenza è cambiato il paziente, sempre meno passivo e sempre più attivamente alla ricerca di "alleanze" terapeutiche attive. Non a caso, una tabella del libro (p.27), riportando i dati del Coordinamento Nazionale Associazione Malati Cronici, una delle reti di Cittadinanzattiva, indica che grosso modo la metà dei pazienti si lamenta della scarsa informazione ricevuta per la gestione della patologia, del poco tempo dedicato all'ascolto dei propri problemi e della carenza di integrazione tra le figure sanitarie, e ben il 73% dell'assenza di servizi di psicologia nei luoghi di assistenza sanitaria.

I due concetti del sotto-titolo rimandano alla necessità di legare la psicologia sanitaria alle evidenze (*evidence-based*) e alla gestione integrata della cronicità (*disease management*). La necessità di fondare le pratiche cliniche di gestione della salute sulle evidenze scientifiche è data dal concetto di *accountability*, traducibile letteralmente come responsabilità ma che concettualmente indica, come scrive A.M. Zotti, "il dovere di documentare cio' che si è fatto a chi ci ha dato l'incarico e ci remunera la prestazione, attraverso l'obbligo di rendere palese, da parte del sin-

golo professionista o del servizio in cui lavora, i principi, le procedure, i risultati e gli esiti oltre che le risorse materiali impiegate nelle attività, in modo tale da consentire che essi possano essere valutati dalle parti interessate" (p.91). Dall'altro lato, il *disease management* indica un approccio interdisciplinare all'assistenza sanitaria sia per i soggetti a rischio che per coloro che sono portatori di patologia soprattutto cronica. Basare le politiche sanitarie a tutti i livelli (aziendali, ospedalieri, regionali, nazionali) sulle evidenze e sul management significa poter documentare il guadagno non solo in termini di salute fisica e di benessere individuale (vedi gli esiti degli interventi psicologici in patologie croniche come quelle cardiovascolari o oncologiche o nel diabete) ma anche economici. Ad esempio, viene riportato che il rapporto costo-beneficio degli interventi tesi al miglioramento dell'auto-gestione delle malattie va da 2.21 nel caso del diabete, al 2.72 nell'asma, al 2.78 nell'infarto del miocardio, fino al 6.81 nelle condizioni multiple di comorbidità (p.56).

I capitoli del libro illustrano vari modelli teorici volti all'integrazione interdisciplinare, fra cui ovviamente un posto di riguardo è dato alla psico-neuro-immuno-endocrinologia (PNEI). Ma, sul versante gestionale, vorrei indicare le parti del capitolo di Lazzari in cui si parla di *empowerment* (pp.57-60), ossia di quella nuova concezione del paziente con patologia cronica che viene messo in grado di gestire responsabilmente malattia e stile di vita e grazie a questo collabora con il proprio medico come case manager di se stesso. Si tratta a mio avviso di un concetto molto interessante e produttivo, molto simile ai principi ispiratori di tutte le psicoterapie. Nel libro viene portato ad esempio il Progetto IGEA promosso dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie e dall'Istituto Superiore di Sanità, finalizzato all'auto-gestione dei pazienti con diabete di tipo 2: responsabilizzare i pazienti sulla gestione delle proprie condizioni di salute, dando loro strumenti perché siano il più attivamente coinvolti nella gestione diretta di se stessi. Sembra una rivoluzione epocale verso cui dovremo arrivare considerando l'innalzamento della vita media, l'aumento delle patologie croniche e la complessità biopsicosociale delle malattie. Alcuni paesi hanno già iniziato a pensare in questa direzione. Ad esem-

pio, in Norvegia hanno adottato un protocollo di intervento per combattere l'infezione da stafilococco aureo resistente agli antibiotici basato non sul trattamento aggressivo a dosi incrementali di meticillina ma, al contrario, sull'incoraggiare gli individui infetti e tutti coloro con cui hanno avuto contatti (dai colleghi di lavoro ai medici curanti) a curarsi isolandosi temporaneamente e senza far uso di farmaci. Negli ultimi 20-30 anni la politica aggressiva di terapia antibiotica ha causato l'incremento della prevalenza dal 2% al 40-60% nei paesi industrializzati; grazie al piano norvegese, in quel paese la diffusione è tornata all'1% nel 2010.

Il libro è sostanzialmente diviso in 3 sezioni. La prima comprende i primi due capitoli e riguarda l'inquadramento teorico dei concetti di base del volume (stress, disease management, modello biopsicosociale, integrazione delle cure nel Capitolo 1 dello stesso Lazzari), fra cui la PNEI (Capitolo 2.1 di F. Bottaccioli, presidente onorario della SIPNEI). Vengono inoltre trattati concetti di tipo più metodologico come evidence-based medicine, evidence-based practice, outcome, appropriatezza, ecc. (Capitolo 2.2 di A.M. Zotti) e vengono descritti vari interventi psicologici in contesti ospedalieri e sanitari da parte di Stan Maes e Veronique De Gucht dell'Università di Leida, in Olanda (Capitolo 2.3). La seconda sezione riguarda in modo più

specifico tre patologie importanti, fornendo dati di evidenza scientifica e linee-guida per gli interventi psicologici: oncologia (Capitolo 3 di G. Morasso e di S. Gori-G. Apolone-V. Zagonel), cardiologia (Capitolo 4 di M. Sommaruga e M. Boccanelli-A.R. Siciliani) e diabete (Capitolo 5 di R. Pisanti, M. Agrusta, P. Di Berardino e P. Gentili). La terza sezione dà voce a figure molteplici dell'assistenza sanitaria e del volontariato in rapporto al tema dell'integrazione in sanità (Capitolo 6 di C. Zullo, A. Paci, B. Mangiacavalli, A. Rossi, G. Fatati e M. Cipolli).

Il testo è complesso ma gli autori sono stati bravi nell'utilizzare un linguaggio semplice in modo da mettere in grado il lettore competente di seguire i discorsi, anche se ha scarsa esperienza con i concetti trattati. In particolare è da segnalare la presenza di molte tabelle chiare, sintetiche ed esplicative, con un'ottima veste grafica di cui bisogna complimentarsi con l'editore Pacini. È in sostanza un libro che deve essere letto da chi si occupa della salute a vari livelli e a vario titolo. Nella panoramica editoriale italiana, è uno di quei testi che portano aria di freschezza fra le stantie trattazioni tradizionali di psicosomatica. Unica nota dolente: a differenza della buona abitudine della pubblicistica anglosassone, non c'è a fine libro un indice analitico né un indice per autori. Sarebbe stato molto utile per districarsi fra i vari concetti trattati, essendo un libro miscelaneo.

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	GAETA NICOLA	0883/483439	PASCALI FERRUCCIO	340/4073885
ACQUADRO LOREDANA	015/9899853	GARAU TULLIO	347/5278967	PAZZAGLIA ANTONELLA	0733/900316
ALESSANDRONI VINICIO	0736/844413	GATTI RITA	339/3844751	PEIS RINALDO	347/2727886
ARCICASA ANGELO	335/5995602	GENTILE SALVATORE	0835/986450	PERETTI PAOLO	335/6127875
BALDASSARRE GIROLAMO	0874/823714	GIAMBUZZI ROBERTO	085/9173275	PERINI RINALDO	0774/357209
BELLANCA RITA	349/3323542	GIOSSI PAOLA	031/370243	POLI GIACOMO	0376/919155
BERNARDINI ENRICO	0746/483073	GUASTELLA SALVATORE	335/5713051	PUTZOLU DOMENICO	0783/290326
BINI LAURA	339/5324246	GUELLA CHIARA	333/4419094	QUARTA PAOLA	338/9920044
CALLONI GIOVANNI	329/7509118	INFURCHIA GIUSEPPE	0922/733580	RASSU MARIA ROSA	079/9959809
CALVANI ROBERTO	0432/553571	INNEO GIUSEPPE	338/4678461	RICCIO DOMENICO	339/4864048
CANNIZZARO CATERINA	393/2050574	LAZZARI DAVID	0744/423871	RIPPA ARTURO	329/6505673
CARSANA ANTONELLA	329/2185930	LIO SONIA	335/6677205	ROSSINI MARIO	335/5995603
CARTISANO ORLANDO	0963/591650	LETTINI GIANFRANCO	0972/39239	RUBINO VINCENTO	349/7923121
CASULA SEVERINO	388/6154491	LOMBARDO ARMODIO	338/1429311	SALINO PAOLA	349/5624609
CAVION ROBERTO	0444/757550	MACCOLINI DIANA	0546/602438	SALTARINI DORIS	335/6301874
CECCOTTI SILVANO	335/7311638	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	0385/259882	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		

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

CONFERENZA DELLE REGIONI

MARENCO GIANCARLO

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

SALINO PAOLA

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

ZAVAGLIA SALVATORE

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

SOPPELSA ALESSIO

SEGRETARIO PROVINCIALE BOLZANO
alessio.soppelsa@asbz.it

GUELLA CHIARA

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

ARCICASA ANGELO

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

NARDO GIAMPIETRO

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

SOLARI SILVANO

SEGRETARIO REGIONALE LIGURIA
Tel. 0187/732772
silsol1@aliceposta.it

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	CARSANA Gabriella	329/2185930
CO	GIOSI 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	0385/259882
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
GO	CECCOTTI Silvano	335/7311638

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

COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

SI MANNA Paola 347/3677796
 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 / 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_____

dependente 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 | |

ovvero

Convenzionato ACN 8/7/10 per n° _____ ore/sett

Dichiaro di essere titolare per complessive n° _____
ore/settimanali presso le altre seguenti UUSLL:

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 comuniciamo 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 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 AUSL non è sufficiente ad identificarla. Va evitato il versamento tramite banca, che non consente queste registrazioni necessarie.

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 AAUUSLL il monte ore deve essere calcolato sommando le ore complessive, la relativa trattenuta deve tuttavia essere effettuata solo dalla USL 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 AUSL 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**

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 psicologo _____.

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 2011 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 2011 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 2011:

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

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

AUPI-Notizie verrà inviato al seguente indirizzo:

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

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

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

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 2011**, 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: _____



(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)

AUPI

ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI
Cod. Fisc. AUPI 96011290044

– Al Comandante dell'Ente della Difesa

– 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 come psicologo per n°_____ ore/sett
presso il seguente Ente della Difesa

Via _____

CAP _____ Città _____

ai sensi dell'art. 11 del Protocollo di intesa del 24 aprile 2002 sottoscritto tra AUPI e Ministero della Difesa, autorizza l'Amministrazione in indirizzo ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del Sindacato AUPI, secondo le modalità a lato indicate.

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 dell'Ente della Difesa

**(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 Enti della Difesa il monte ore deve essere calcolato sommando le ore complessive, la relativa trattenuta deve tuttavia essere effettuata solo dall'Ente 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. 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 ottobre 2011



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