AUPI

Associazione Unitaria Psicologi Italiani

2009
n. 5

NOTIZIE

- Nuove sfide e nuove prospettive
- Elezioni ordinistiche
- Nuovo Patto per la salute 2010-2012
- La Diagnosi Psicologica e Psicopatologica

Poste Italiane SpA - Spediz. in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27.02.2004 n. 46) art. 1 comma 2 - DCB - ROMA - Registraz. del Tribunale di Roma n. 551 del 28/12/2000 • Direttore Responsabile: Mario Sellini • **Redazione: Sede Centrale AUPI - Via Arenula, 16 - tel. 06.6873819 fax 06.68803822** • Stampa: Edigraf Editoriale Grafica, 00153 Roma, via Goffredo Mameli 28 - tel. 06.5814154

Notizie

AUPI

SOMMARIO

1 Nuove sfide e nuove prospettive - M. Sellini

5 Elezioni ordinistiche

8 Nuovo Patto per la salute 2010-2012

46 La Diagnosi Psicologica e Psicopatologica

61 In ricordo di... Leonardo Ancona - Giovanni Cavadi

62 Schede d'iscrizione

AUPI Notizie

Nuove sfide e nuove prospettive

Mario Sellini
Segretario Generale

La c.d. riforma Brunetta ci terrà impegnati, come Dirigenti e come Organizzazione Sindacale per chissà quanto tempo ancora.
Le implicazioni sono talmente tante che, presumibilmente, lo stesso Ministro non se ne è ancora reso conto. Come tante altre riforme, anche questa appare scritta da esìmi (!!!) accademici, che hanno studiato, molto, sui libri, ma che non conoscono assolutamente la Pubblica Amministrazione, il mondo variegato dei servizi forniti e la complessità di un sistema che andava sì riformato, ma partendo dalla realtà concreta.
Trattare i 3.500.000 (tremilionicinquecentomila) dipendenti della Pubblica Amministrazione come fossero dipendenti di una unica azienda, è un errore micidiale. È la riprova che chi ha scritto questa riforma non si è reso conto di quello che ha fatto e non ha valutato gli effetti che questa pseudo riforma potrà produrre, né la impossibilità di una concreta e corretta applicazione, né ed i costi enormi che potrebbe determinare, se davvero di dovesse dare concreta attuazione.
Il risultato certo sarà un appesantimento della struttura burocratica con una immane produzione di carte, report, documenti programmatici, meccanismi di verifica ecc.
Una montagna di carte dietro la quale, soprattutto la Dirigenza, dovrà garantirsi per evitare assurde penalizzazioni.
La forma prende il sopravvento sulla sostanza. Con buona pace per la qualità dei servizi offerti ai cittadini. Qualità che diventa assolutamente virtuale perché le uniche verifiche possibili saranno quelle virtuali.
Questo però non significa che la riforma non produrrà effetti.
Come per tutte le altre riforme ci saranno aspetti ai quali sarà data immediata applicazione. Altri che saranno molto presto dimenticati.
Altri, ancora, diventeranno oggetto di ulteriori approfondimenti e gradualmente modificati nel tempo.
Che questo tipo di riforme, fatte in questo modo, non abbiano alcuna possibilità di incidere efficacemente sul funzionamento dei servizi, è dimostrato dagli effetti che ha prodotto la "tassa sulla malattia" introdotta da Brunetta nel 2008.
Finito l'effetto annuncio, che, per i primi mesi, aveva ridotto le assenze per malattia, la percentuale di assenze è ritornata ai valori precedenti se non addirittura superiori. Lo stesso Ministro Brunetta ha dovuto ammettere questo dato.
Ciò ci fa pensare che al Ministro ed alla politica in generale non interessa far funzionare la Pubblica Amministrazione. Questi (Ministro e Politica) vogliono unicamente "controllare" i Pubblici Dipendenti. Costringerli ad omologarsi a chi governa.
Ciò non significa che la riforma (sic!) non troverà concreta applicazione. Il datore di lavoro pubblico (Stato, Regioni, Comuni, Aziende Sanitarie, ecc.) applicherà quegli aspetti della riforma che più gli ritornano utili.
Certamente non applicheranno le parti della riforma che potrebbero migliorare i servizi ai cittadini. Semplicemente non gli interessa. Vorranno applicare la riforma unicamente per gli aspetti che gli garantiscono ulteriore potere discrezionale. Attueranno quegli aspetti che gli consentono di asservire ai propri voleri tutti i dipendenti, ed in particolare i Dirigenti. Applicheranno tutte quelle parti che potenzialmente consentono al datore di lavoro di fare quello che vuole. Né più né meno quello che avviene nel settore delle cooperative o nei call center.
Questo è il vero obiettivo della riforma. E che questa sia la strada che i datori di lavoro del settore pubblico vogliono percorrere, lo vediamo già da qualche anno.
Basta guardarsi intorno ed osservare quello che accade, quotidianamente, nei nostri servizi.
Poche assunzioni. Rarissimi i concorsi. Questo vale per tutto il personale. Alcune tipologie di personale non sono proprio sostituite. Nel momento in cui un dipendente va in pensione il posto in organico, semplicemente, sparisce. Vedi i Biologi.

Per i profili professionali dirigenziali la scelta delle amministrazioni è quella di sostituirli con professionisti a contratto libero professionale, con contratto co.co.co e con contratti a tempo o a progetto.
In altri casi le amministrazioni scelgono la strada della esternalizzazione dei servizi. Sono sempre più numerosi i servizi assegnati alle cooperative, anche quelli rivolti espressamente diretti alla persona. In quest'ultima fattispecie, tutto il personale viene assunto e gestito dalle cooperative. Questo è il modello di servizio pubblico che sta prendendo piede e che noi dobbiamo contrastare. Lo dobbiamo contrastare perché Dirigenti Pubblici, perché Professionisti. E lo dobbiamo contrastare perché, in quanto cittadini, siamo potenziali utenti del Servizio Sanitario. Ed un Servizio sanitario ridotto in questo stato, con servizi esternalizzati, con Professionisti a progetto, a tempo ecc. non garantisce in alcun modo la qualità dell'assistenza.
Come ripetuto molte altre volte, i due blocchi politici, quello di centro destra e quello di centro sinistra, in quanto datori di lavoro (Stato, Regioni, Comuni, Enti Locali, Aziende Sanitarie ecc.) condividono nei minimi dettagli la riforma Brunetta. Tutti i Sindaci, di destra e di sinistra, tutti i Presidenti di Regione, di destra e di sinistra, non vedono l'ora di "avere le mani libere" con i "propri" dipendenti.
L'intelligenza e la furbizia di Brunetta sta proprio in questo. Ha compreso fin troppo bene quali erano le esigenze di tutti (destra e sinistra) e le ha, pienamente, soddisfatte con la sua riforma.
La prova che questa riforma sta bene a tutti (destra e sinistra) la troviamo nelle posizioni assunte dall'opposizione (sinistra) in Parlamento e nelle posizioni assunte dai Governatori di sinistra, i quali, pur avendo il potere di bloccare la riforma, si sono guardati bene dal farlo.
Se poi andiamo a leggere le posizioni assunte in Parlamento da esponenti di rilievo della opposizione di sinistra ai quali era stato demandato il compito di elaborare le controproposte vediamo come ci sia una identità di vedute assolutamente in linea con quelle del Governo.
Leggendo gli atti parlamentari, si fa davvero fatica a distinguere le posizioni dell'on. Ichino (centro sinistra) da quelle di Brunetta.
Per inciso, durante la discussione della riforma, abbiamo chiesto ripetutamente un incontro all'on. Ichino, il quale, non solo, non ce lo ha concesso, ma non si è degnato neppure di rispondere.
La dura realtà dei fatti è purtroppo questa. E non è qualunquismo.
L'analisi e la valutazione del comportamento e delle posizioni assunte dalle grandi confederazioni (CGIL, CISL e UIL) richiederebbero un approfondimento a se stante. Mi permetto di esprime un giudizio, limitatamente alle posizioni assunte dalle tre Confederazioni nei confronti della Dirigenza.
Contro la Dirigenza si è saldata un'alleanza trasversale (Governo, Centro destra, Centro sinistra, Confederazioni), all'interno della quale, ciascuno dei soggetti alleati, pensa di trarre un vantaggio a scapito della Dirigenza.
Non c'è bisogno di grandi elaborazioni per sapere (lo vediamo tutti i giorni) che le Confederazioni vedono la Dirigenza come un nemico da combattere e nella migliore delle ipotesi come una controparte, ed evidentemente pensano di trarre vantaggio dalle difficoltà che la riforma ci crea.
Ma quali sono gli strumenti che noi abbiamo per contrastare questa aggressione che proviene dall'alto (datori di lavoro) e dal basso (confederazioni)?
Sono due gli strumenti che possiamo mettere in campo:
- la nostra capacità di creare aggregazione;
- la nostra Professionalità.

Sono due strumenti formidabili che ci consentono, se ben utilizzati, di fronteggiare efficacemente questa, vera e propria, aggressione.

CAPACITÀ DI CREARE AGGREGAZIONE

I nuovi assetti contrattuali. La concentrazione della Dirigenza in quattro aree contrattuale richiede a ciascuno di noi, a ciascuna Organizzazione Sindacale, grandi capacità di innovazione.
Ai nuovi scenari che abbiamo delineato, non possiamo contrapporre i vecchi schemi di politica sindacale. Alle nuove, e per alcuni versi perverse, logiche dai datori di lavoro abbiamo il dovere di contrapporre nuovi strumenti operativi, nuove strategie sindacali, nuove politiche di sviluppo per la Professione. Ma soprattutto nuove aggregazioni, capacità di superare le vecchie logiche di frazionamento della Rappresentanza Sindacale. I Dirigenti, ed in partico-

lar modo, la Dirigenza Medica e Sanitaria, se davvero vogliono contrastare efficacemente i tentativi della Politica e dei datori di lavoro di asservirci alle loro logiche, devono superare la logica di estremo corporativismo, che ha parcellizzato, oltre misura, la Rappresentanza degli interessi.
Continuare con questa logica sarebbe un suicidio e darebbe maggior forza alla Politica ed ai nostri datori di lavoro.
In questi ultimi anni sono stati fatti notevoli passi in avanti. Le Categorie della Dirigenza del Servizio Sanitario (Medici e Dirigenti Sanitari) hanno imparato a conoscersi sempre meglio. Le esperienze del Coordinamento Sindacale (Nazionale e Regionale) hanno consentito di intraprendere iniziative comuni importanti in difesa dei grandi principi ispiratori del Servizio Sanitario, Pubblico ed Universalistico.
Ma ci hanno consentito anche di assumere iniziative a carattere più squisitamente sindacal-rivendicative (chiusura contratti, rivendicazioni normative e salariali comuni ecc.).
Adesso abbiamo il dovere e forse anche la necessità di fare un passo in avanti.
Dobbiamo trasformare in operazioni concrete, in nuovi soggetti sindacali, quel comune sentire che in molte esperienze abbiamo già sperimentato.
Questo non deve assolutamente significare un azzeramento degli assetti organizzativi delle attuali Organizzazioni Sindacali, né un annichilimento delle specificità dei diversi Profili Professionali.
Dobbiamo dimostrare di aver raggiunto una maturità tale che ci consente di salvaguardare gli interessi specifici, anche categoriali, coniugati in un contesto di Rappresentanza e Rappresentatività, molto più ampio.
Molti steccati sono caduti e molti altri ne cadranno. Le rispettive rigidità presenti in tutte le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medica e Sanitaria, stanno venendo meno.
Concetti quali: Pari Dignità, Rispetto Reciproco delle Specificità, Necessità di Sintesi, che fino a poco tempo fa non facevano parte del bagaglio culturale e politico delle Organizzazioni Sindacali, soprattutto mediche, trovano, adesso, piena cittadinanza.
È un processo che deve vedere anche la nostra convinta e concreta partecipazione.
Al centro, a livello nazionale, è sicuramente più facile costruire rapporti positivi e maturi tra le diverse Organizzazioni Sindacali, di quanto non possa essere in periferia, soprattutto a livello aziendale. Ma a questo punto è diventato un percorso obbligato per tutti.
È chiaro che dobbiamo scegliere le alleanze e gli alleati giusti.
Quale può essere il metro per capire se un alleato, un'alleanza è "giusta"?
I parametri possono essere diversi. L'affinità ideologica; quella culturale. La prossimità piuttosto che la lontananza professionale, gli obbiettivi comuni.
Sono tutti parametri importanti e dei quali terremo conto.
Ma quello che più importa è che i valori del Reciproco Rispetto, della Pari Dignità, dell'Assenza di Discriminazioni, della Condivisione ecc. siano codificati e trovino concreta attuazione nelle regole.
Non sono sufficienti dichiarazioni d'intenti o documenti politici. Non basta. Servono regole certe. Contenute e codificate negli statuti, che restano il baluardo formale e la garanzia che le dichiarazioni trovino sempre una concreta attuazione.
Poi è altrettanto vero che non è sufficiente una regola statutaria per garantire la Pari Dignità. C'è necessità di una adesione convinta ad un progetto politico. Di una politica sindacale capace di guardare molto più in là della semplice garanzia degli assetti attuali.
Le condizioni attuali consentono di attivarsi in questa direzione e la scommessa da vincere è quella di creare le condizioni per lo sviluppo e la crescita del ruolo dei Dirigenti sottratto alla grinfie di una politica sorda e miope alle esigenze ed ai bisogni dei cittadini.

LA NOSTRA PROFESSIONALITÀ

Questo è il secondo, formidabile, strumento che abbiamo a nostra disposizione per contrastare il progetto della politica di diventare egemonica nei confronti della Dirigenza.
Il potere insito nella nostra Professionalità, come in quella di tutti gli altri Professionisti, è immenso.
I Professionisti, molto più delle Istituzioni, godono o possono godere della fiducia dei cittadini. Se questo non accade o non accade nella misura auspicata e possibile, è solo a causa della nostra incapacità.
I cittadini, a maggior ragione i cittadini/utenti del servizio sanitario, si rivolgono ai Dirigenti Medici e Sanitari in quanto unici titolari e titolati ad erogare le prestazioni, a dare

risposte concrete e spesso risolutive ai problemi di salute e benessere dei cittadini.
Siamo noi Professionisti e Dirigenti ad essere in continuo contatto con i cittadini. Siamo noi, con la nostra Professionalità, a "metterci la faccia". Siamo noi ad assumerci la responsabilità dei nostri atti professionali.
I cittadini utenti riconoscono noi ed a noi si affidano.
Per noi è una Responsabilità enorme. Ma è anche un potere enorme. Ed è un potere che non possiamo, di certo, esercitare nei confronti dei cittadini/utenti. Sarebbe profondamente errato e scorretto anche sotto il profilo etico.
È un potere che dobbiamo far valere nel confronto con la politica, con la cattiva politica, con i cattivi amministratori. Abbiamo il dovere e l'obbligo di far sapere ai cittadini chi ha davvero a cuore i loro problemi.
Buoni Professionisti e bravi Dirigenti contrapposti ad una Politica che vuole amministrare unicamente per salvaguardare interessi di parte. Interessi che spesso sono inconfessabili.
Se impariamo a ben coniugare la Nostra Professionalità con la Capacità di Creare Aggregazione non sarà difficile vincere la sfida che Brunetta e tutta la Politica ci ha lanciato.
Di battaglie ne abbiamo fatte tante. Siamo perfettamente allenati. Ed abbiamo visto arrivare, governare e sparire tanti politici, tanti amministratori e tante stagioni politiche. Quante maggioranza parlamentari. Quanti Governi. Quanti Ministri. Quanti amministratori. Quante riforme promesse o minacciate. Quanti attacchi all'autonomia della Dirigenza. Ma noi siamo ancora qui.
La nostra Credibilità, come Professionisti e come Organizzazione Sindacale della Categoria, è la nostra ricchezza ed è la migliore garanzia della nostra capacità di reggere anche questa prova, ritrovandoci compatti, uniti ed ancora più forti e capaci di difendere, sempre meglio, gli interessi della Categoria e della Professione.

AUPI Notizie

Elezioni ordinistiche

Un appuntamento importante attende la nostra Categoria. Il rinnovo dei Consigli Regionali e Provinciali degli Ordini. Si vota in tutte le Regioni e Province, con esclusione della Calabria.
Può apparire supefluo porre l'accento sull'importanza di queste elezioni. Non è così.
La posta in gioco è altissima. Molto più che non nel passato. Interessi economici si stanno "saldando", a scapito delle migliaia di giovani laureati che una Università, cieca e sorda, continua a sfornare. Senza alcun criterio, senza alcun legame con la realtà. Senza alcuna seria programmazione.
Sono trascorsi quattro anni dalle ultime elezioni e dobbiamo essere in grado di fare il bilancio di questa Consigliatura.
È sempre difficile fare valutazioni. Il tutto è reso ancora più difficile dalla complessità delle realtà interessate al rinnovo.
Si vota in quasi tutte le Regioni e Province e le realtà sono, tra loro, molto diversificate.
Proviamo a semplificare l'operazione, ben sapendo che, come tutte le semplificazioni, non renderà giustizia della complessità e eterogeneità delle problematiche in essere.

A) Regioni dove le maggioranze che hanno governato sono state sostenute dall'AUPI.

Possiamo, a ragione, ritenere che nella stragrande maggioranza di queste Regioni i gruppi dirigenti abbiano ben governato. Ci sono state delle problematicità che non intendiamo assolutamente nascondere e la cui analisi consente di adeguare le politiche, le strategie e le iniziative future, rendendole sicuramente più efficaci.
È il vecchio motto, sempre attuale: "*dalle esperienze negative c'è sempre molto da imparare*".
Come in ogni situazione, anche nel Governo degli Ordini si poteva fare di più e meglio. Ci rendiamo conto che è molto facile e comodo, pretendere di più e di meglio, stando fuori, senza conoscere le difficoltà correlate alla gestione di un organismo (l'Ordine) che deve navigare, spesso a vista, tra obblighi istituzionali, previsti dalla legge, le molteplici proposte di modifica degli assetti ordinamentali che coinvolgono l'universo delle Categorie c.d. "Ordinate", e la pressione degli iscritti che chiedono all'Ordine risposte che, in qualche caso, non è in grado di dare.
Penso all'enorme problema della disoccupazione.
Sono tematiche importanti che ci vedranno impegnati per i prossimi anni con la consapevolezza che le maggiore sinergie che si sono create tra Ordine, Enpap ed AUPI produrranno, certamente ottimi risultati.
Si diceva che si può fare di più. È vero, soprattutto nell'ambito della PROMOZIONE DELLA PROFESSIONE. L'AUPI è qui proprio per questo. Per sollecitare le colleghe ed i colleghi, candidati ed eletti, a fare di più e meglio.
L'AUPI deve svolgere l'importante funzione di stimolo accompagnata dall'altrettanto importante funzione di controllo.
Le funzioni di stimolo e controllo, sono successive ad un altro aspetto che l'AUPI ha ritenuto importante per questa campagna elettorale: un significativo ricambio generazionale e di genere. Non in tutte le realtà è stato possibile implementare, al meglio, questi cambiamenti. Ne siamo consapevoli, ma non per questo non faremo sentire il nostro appoggio. Anzi. In queste realtà dove è stato più problematico realizzare l'innovazione, l'AUPI deve prestare maggiore attenzione ed esercitare le sue funzioni "politiche" con maggiore attenzione.

Quali sono state le problematicità?

Alcune sono molto importanti. Altre molto meno. Iniziamo da quelle meno importanti.
Una certa difficoltà nei rapporti tra Eletti e l'AUPI nelle sue articolazioni, Nazionali e Regionali. Difficoltà dovute a svariati fattori, ma che possono agevolmente trovare una risposta, corretta ed efficace, nel corso della Consigliatura che si apre.

In alcune realtà i problemi sono stati certamente più gravi ed hanno determinato, in qualche caso, situazioni di sconcerto.
Fortunatamente i problemi sono tutti collegati e collegabili a quella che posso definire: "**SINDROME DELL'ELETTO**".
Trattasi di una malattia non endemica, che colpisce una ridottissima percentuale di ELETTI, in genere quelli che ricoprono una qualche carica ordinistica.
Nella Consigliatura che è appena terminata sono solo tre o quattro i colleghi colpiti da questa sindrome.
È accaduto in Lombardia. Il Presidente uscente, dopo essere stato sostenuto dall'AUPI per quattro anni, ha ritenuto di dover "dare un calcio nel sedere" a chi lo aveva eletto Presidente e presentarsi da solo.
Sarebbe stato corretto ed apprezzato se il prof. Molinari avesse rivendicato la sua autonomia elettorale quattro anni fa. Così non è stato, anche perché se si fosse comportato con coerenza quattro anni fa, non avrebbe MAI fatto il Presidente dell'Ordine della Lombardia. Probabilmente sarebbe diventato ORDINARIO, prima o dopo, ma non durante la Consigliatura.
CERTAMENTE il Sindaco di Milano, Letizia Moratti, non gli avrebbe concesso l'AMBROGINO D'ORO.
Non è il caso di aggiungere altro. Ciascuno di noi, da solo, è in grado di farsi un giudizio (ETICO, MORALE, POLITICO e PROFESSIONALE).
Almeno altri due casi si sono verificati in giro per l'Italia.
Il primo riguarda il Vice Presidente uscente dell'Ordine della Campania, ed ex Segretario Regionale AUPI. Il secondo vede protagonista il Segretario dell'Ordine del Piemonte.
In entrambi i casi i colleghi hanno ritenuto di presentarsi alle elezioni con liste autonome, dopo che per quattro anni sono stati sostenuti ed eletti alle cariche ordinistiche.
Nessuno di loro ha sentito il dovere di dimettersi e rimettere il mandato nelle mani di chi lo aveva eletto alla carica ricoperta.
È evidente che a noi non deve interessare il caso personale. La democrazia è bella per questo. Chiunque, purché rispetti le regole formali della Democrazia, può fare quello che vuole. Noi non possiamo sindacare queste scelte. Le possiamo solo rispettare.
Oltre le regole formali da rispettare, ci sono delle regole informali, non scritte, che hanno a che fare con la Coerenza, con il Rispetto, con l'Appartenenza al gruppo ecc. Purtroppo non ci sono obblighi formali ed il rispetto di questi principi ha a che fare con altre dimensioni e principi (Etici? Morali?).
Non possiamo e non vogliamo sindacare le loro scelte. Ma abbiamo il Diritto/Dovere di descrivere agli elettori quanto accaduto. Soprattutto agli elettori dell'AUPI che devono essere messi in condizione di valutare l'operato di questi colleghi.
L'AUPI ha sicuramente una qualche responsabilità. Quantomeno nella capacità di scegliere i candidati. La Selezione non è facile e la **SINDROME DELL'ELETTO** colpisce all'improvviso.
Noi terremo conto di quanto accaduto. Ma dobbiamo fare anche di più. Dobbiamo dire a tutti gli altri elettori, anche a quelli non iscritti all'AUPI, di fare molta attenzione nel votare questi candidati.

B) Regioni nelle quali le maggioranze non erano sostenute dall'AUPI.

Mi sento di rivolgere un caloroso e pressante appello ai colleghi di alcune Regioni in particolare. Mi rivolgo ai colleghi del Veneto, della Liguria, della Toscana, dell'Umbria, dell'Abruzzo. In queste Regioni, le possibilità di mandare a casa i Presidenti e le maggioranze uscenti sono grandi. In queste Regioni sono state presentate delle ottime liste sostenute dall'AUPI ed hanno grandi possibilità di ottenere risultati positivi.
Questa convinzione non è astratta. È fondata sull'analisi dei risultati elettorali delle elezioni Enpap del mese di marzo u.s. Ai colleghi di queste Regioni chiediamo uno sforzo ulteriore ed un impegno convinto.

I Programmi elettorali delle liste sostenute dall'AUPI li avete ricevuti o li riceverete direttamente dalle Segreterie Regionali dell'AUPI. Non li troverete in questo numero anche perché vogliamo evitare doppioni e sovrapposizioni. Vogliamo soprattutto dimostrare che vi è la più ampia condivisione dei Programmi e delle liste tra le Segreterie Regionali dell'AUPI e gli Organismi Nazionali.

Noi siamo assolutamente convinti della superiorità Morale ed Etica dei candidati proposti e sostenuti dall'AUPI.

Siamo convinti che solo l'AUPI può farsi garante della democraticità nelle scelte dei programmi, dei criteri di individuazione delle candidature, dei sistemi di controllo.
Solo l'AUPI è nelle condizioni di discutere in modo democratico, prima di assumere qualunque decisione.
Per ribadire e confermare la superiorità dell'AUPI è sufficiente fare una piccola analisi comparativa.
Quante sono le organizzazioni strutturate che presentano liste elettorali?
L'AUPI, la Sipap, Cultura e Professione, Altra Psicologia.
Quante di queste hanno organismi democraticamente eletti? Quante di queste decidono sulla base di una articolazione democratica interna all'associazione? Quante di queste svolgono regolarmente i Congressi? Quante di queste sono dotate di strutture democratiche decentrate territorialmente?
Per non parlare delle procedure seguite nell'individuazione dei candidati e nella presentazione delle liste in alcune Regioni.
Secondo voi, il prof. Molinari ha seguito procedure democratiche nella scelta dei candidati gruppi o si è affidato a gruppi di colleghi democraticamente organizzati?
Ed il collega vice presidente dell'Ordine della Campania ha fatto qualcosa di diverso? Ha scelto democraticamente i candidati.
Ed il Segretario uscente del Piemonte? Ed il Presidente del Veneto? E quello della Liguria e della Toscana? E quello dell'Abruzzo? E dell'Umbria?
È vero che la legge 56/89 stabilisce che le candidature sono individuali e libere. Ma sappiamo benissimo che vengono presentate comunque delle liste.
L'AUPI è l'unica organizzazione capace di rispettare gli aspetti formali della Democrazia, coniugandoli in modo efficace con gli aspetti sostanziali.
La SUPERIORITA' dell'AUPI è tutta qui.
Le altre aggregazioni sono spesso coacervi di interessi, spesso di carattere economico. Guai se questi interessi dovessero prevalere. Allora sì che la situazione della Categoria diventerebbe drammaticamente ingovernabile.
Non è possibile terminare senza ribadire l'apprezzamento per il lavoro svolto dal collega Palma, Presidente del Consiglio Nazionale. Pur nelle difficoltà insite in un organismo difficile da governare, ha saputo tenere la barra dritta ottenendo importanti e significativi successi.
Al collega Palma ed ai Presidenti che, nel CNOP, lo hanno sostenuto più da vicino, esprimiamo il dovuto e necessario apprezzamento.

A tutte le colleghe ed a tutti i colleghi.
Non facciamo mancare il nostro voto alle liste ed ai candidati proposti e sostenuti dall'AUPI. Non facciamo mancare il nostro voto e chiediamo anche alle altre colleghe e colleghi di votare i nostri candidati e le nostre liste.

p.s. i colleghi che avessero necessità di avere informazioni relative, alle liste dei candidati da votare, e/o alle modalità di voto, possono rivolgersi alle Segreterie Regionali ed alla Segreteria Nazionale ai seguenti recapiti: mail **aupi.it@aupi.it** tel. 06-68891926 06-6893191

AUPI Notizie

Nuovo Patto per la salute 2010-2012

Nella seduta del 3 dicembre 2009 è stato siglato il nuovo Patto per la salute 2010-2012. Si tratta di un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del SSN, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni, a garantire l'unitarietà del sistema. Le regioni hanno il compito di assicurare l'equilibrio economico finanziario della gestione sanitaria, da parte sua, lo Stato si impegna ad assicurare 104.614 milioni di euro per l'anno 2010, 106.934 milioni di euro per l'anno 2011, un incremento del 2,8%; per l'anno 2012.

Questi i settori in cui operare al fine di qualificare i servizi sanitari regionali e garantire un maggior controllo della spesa: riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera; assistenza farmaceutica; governo del personale; qualificazione dell'assistenza specialistica; meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico privato; accordi sulla mobilità interregionale; assistenza territoriale e post acuta; potenziamento dei procedimenti amministrativo contabili; rilancio delle attività di prevenzione. Sono confermate le funzioni del Tavolo di verifica degli adempimenti e del Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza; È istituita la Struttura di monitoraggio paritetica che si avvale del supporto dell'AGENAS e dell'AIFA, e provvede all'aggiornamento degli strumenti di valutazione e monitoraggio. Circa l'assistenza farmaceutica e i dispositivi medici Governo e Regioni si impegnano a costituire un apposito tavolo. Infine, nelle singole regioni e province autonome la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità e l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per pazienti anziani e altri soggetti non autosufficienti, sono oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata; l'ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata ad una valutazione multidimensionale effettuata con strumenti valutativi già concordati dalle Regioni con il Ministero del lavoro; sono definitivamente attivati i flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale afferenti al Nuovo sistema informatico sanitario.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 - Articolo 79, comma 1bis, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, come modificato dall'articolo 22, comma 1, lettera a), del decreto-legge 1 luglio 2009, n. 78, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge 3 agosto 2009, n. 102 - , tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012.

Rep. n. 243/CSR del 3 dicembre 2009

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nell'odierna seduta del 3 dicembre 2009:

VISTI gli obblighi comunitari della Repubblica e i relativi obiettivi di finanza pubblica per il rientro nell'ambito dei parametri di Maastricht e le conseguenti norme che, in attuazione dei predetti obblighi, stabiliscono la necessità del concorso delle autonomie regionali al conseguimento dei predetti obiettivi di finanza pubblica;

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, il quale prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTO l'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni ed integrazioni, il quale prevede, al fine del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, che la regione, ove si prospetti sulla base del monitoraggio trimestrale una situazione di squilibrio, adotta i provvedimenti necessari ovvero che qualora i provvedimenti necessari non vengano adottati scatta la procedura del commissario *ad acta* e qualora anche il commissario *ad acta* non adotti le misure cui è tenuto, si applicano comunque nella misura massima prevista dalla vigente normativa l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive;

VISTO l'articolo 1, comma 180, della richiamata legge n. 311/2004, e successive modificazioni ed integrazioni, il quale dispone che la regione interessata, nelle ipotesi indicate ai commi 174 e 176,

1

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio; che i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173;

VISTO l'articolo 1, commi 98 e 107, della richiamata legge 311/2004 in materia di contenimento della spesa del personale;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 , in attuazione dell' articolo 1, commi 173 e 180 della legge 30 dicembre 2004, n. n. 311, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005;

VISTO l'articolo 8 della richiamata Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, con la quale si è convenuto, in relazione a quanto disposto dall'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, a partire dall'anno 2005, con riferimento ai risultati di esercizio dell'anno 2004, per le regioni interessate che, ai sensi di tale disposizione stipulano con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per gli affari regionali, l'apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173 del medesimo articolo;

VISTO l'articolo 8, comma 5 della suddetta intesa che individua il valore soglia strutturale di carattere economico-finanziario del disavanzo, nella misura pari o superiore al 7 per cento, in base ai risultati del Tavolo tecnico degli adempimenti, prevedendo l'obbligatorietà, per le Regioni nelle quali si verifica, della stipula dell'accordo di cui al comma 3 del medesimo articolo 8, e quindi l'inclusione della stipula dell'accordo stesso fra gli adempimenti oggetto di verifica previsti dall'articolo 2 della suddetta intesa;

VISTO l'articolo 1, commi 198 e 203, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 in materia di contenimento della spesa del personale;

VISTO l'articolo 1, comma 274 della richiamata legge n. 266/2005, che stabilisce che, nell'ambito del settore sanitario, al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, restano fermi:

a) gli obblighi posti a carico delle regioni, nel settore sanitario, con l'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, finalizzati a garantire l'equilibrio economico-finanziario, a mantenere i livelli essenziali di assistenza, a rispettare gli ulteriori adempimenti di carattere sanitario previsti dalla medesima intesa e a prevedere, ove si prospettassero situazioni di squilibrio nelle singole aziende sanitarie, la contestuale presentazione di piani di rientro pena la dichiarazione di decadenza dei rispettivi direttori generali;

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

b) l'obbligo di adottare i provvedimenti necessari di cui all'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTO l'articolo 1, comma 275 della medesima legge 266/2005, il quale prevede specifici adempimenti in materia di personale, convenzioni ed esenzioni;

VISTO il Patto per la salute, su proposta del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze, condiviso dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano il 28 settembre 2006, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006;

VISTO il decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, ed in particolare l'articolo 4 in materia di commissari *ad acta* per le regioni sottoposte ai Piani di rientro che siano risultate inadempienti;

VISTO l'articolo 8, comma 1, lettera b) e comma 2 del decreto legge 31 dicembre 2007, n.248, convertito, con modificazioni dalla legge 28 febbraio 2008, n.31 , i quali prevedono la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni e che gli accordi con le strutture erogatrici di prestazioni per conto del Servizio Sanitario nazionale, eventualmente sottoscritti per l'anno 2008 e seguenti, sono adeguati alla previsione normativa stabilita dal medesimo decreto legge entro trenta giorni dalla data della sua entrata in vigore ;

VISTO l'articolo 79 del decreto-legge 25 giugno 2008 n.112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, come modificato dall'articolo 22, comma 1, della legge 3 agosto 2009, n.102, che prevede:

- al comma 1 che, al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2009-2011 il finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato è confermato in 102.683 milioni di euro per l'anno 2009, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettera a), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni, e all'articolo 3, comma 139, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, ed è determinato in 103.945 milioni di euro per l'anno 2010 e in 106.265 milioni di euro per l'anno 2011, comprensivi dell'importo di 50 milioni di euro, per ciascuno degli anni indicati, a titolo di ulteriore finanziamento a carico dello Stato per l'ospedale pediatrico Bambino Gesù, preventivamente accantonati ed erogati direttamente allo stesso Ospedale, secondo le modalità di cui alla legge 18 maggio 1995, n. 187, che ha reso esecutivo l'accordo tra il Governo italiano e la Santa Sede, fatto nella Città del Vaticano il 15 febbraio 1995. Restano fermi gli adempimenti regionali previsti dalla legislazione vigente, nonché quelli derivanti dagli accordi e dalle intese intervenute fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;
- al comma 1-bis, che, per gli anni 2010 e 2011 l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato derivante da quanto disposto dal comma 1, rispetto al livello di

3

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

finanziamento previsto per l'anno 2009, è subordinato alla stipula di una specifica intesa fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, da sottoscrivere entro il 15 ottobre 2009, che, ad integrazione e modifica dell'accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 207 del 6 settembre 2001, dell'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005 e dell'intesa Stato-regioni relativa al Patto per la salute del 5 ottobre 2006, di cui al provvedimento 5 ottobre 2006, n. 2648, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 256 del 3 novembre 2006, contempli ai fini dell'efficientamento del sistema e del conseguente contenimento della dinamica dei costi, nonché al fine di non determinare tensioni nei bilanci regionali extrasanitari e di non dover ricorrere necessariamente all'attivazione della leva fiscale regionale:

a) una riduzione dello standard dei posti letto, diretta a promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale;

b) l'impegno delle regioni, anche con riferimento a quanto previsto dall'articolo 1, comma 565, lettera c), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento della rete ospedaliera, alla riduzione delle spese di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale anche attraverso:

   1) la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio e di conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa di cui ai contratti collettivi nazionali del predetto personale;

   2) la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi della contrattazione integrativa, così come rideterminati ai sensi di quanto previsto dal numero 1;

c) l'impegno delle regioni, nel caso in cui si profili uno squilibrio di bilancio del settore sanitario, ad attivare anche forme di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini, ivi compresi i cittadini a qualsiasi titolo esenti ai sensi della vigente normativa, prevedendo altresì forme di attivazione automatica in corso d'anno in caso di superamento di soglie predefinite di scostamento dall'andamento programmatico della spesa;

- al comma 1-ter, che qualora non venga raggiunta l'Intesa di cui al comma 1-bis entro il 15 ottobre 2009 si applicano comunque l'articolo 120 della Costituzione, nonché le norme statali di attuazione e di applicazione dello stesso, e la legge 5 maggio 2009, n.42, in

4

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

materia di federalismo fiscale; inoltre prevede che con la procedura di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono fissati lo standard di dotazione dei posti letto nonché gli ulteriori standard necessari per promuovere il passaggio dal ricovero ospedaliero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale nonché per le finalità di cui al comma 1-bis, lettera b), del presente articolo.

VISTO l'articolo 79, comma 2, del suddetto decreto-legge 25 giugno 2008 n.112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n.133, il quale dispone che, al fine di procedere al rinnovo degli accordi collettivi nazionali con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale per il biennio economico 2006- 2007, il livello del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato, di cui al comma 1, lettera a), è incrementato di 184 milioni di euro per l'anno 2009 e di 69 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010, anche per l'attuazione del Progetto Tessera Sanitaria e, in particolare, per il collegamento telematico in rete dei medici e la ricetta elettronica, di cui al comma 5-bis dell'articolo 50, della legge 24 novembre 2003, n. 326.

VISTO l'articolo 61, comma 20, del richiamato decreto-legge 25 giugno 2008 n.112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n.133, che dispone, ai fini della copertura degli oneri derivanti dall'abolizione della quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, l'incremento del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale al quale concorre ordinariamente lo Stato, di cui al all'articolo 79, comma 1, del medesimo decreto- legge 25 giugno 2008 n.112, di 400 milioni di euro per ciascuno degli anni 2009, 2010 e 2011;

VISTO l'articolo 1-ter, comma 17, della legge 3 agosto 2009, n.102 che prevede, in funzione degli effetti derivanti dall'attuazione del medesimo articolo 1-ter, che il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato è incrementato di 67 milioni di euro per l'anno 2009 e di 200 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010;

CONSIDERATO che il Governo e le Regioni hanno sottoscritto un documento il 1° ottobre 2008 con il quale, tra l'altro, hanno concordato di definire il nuovo Patto per la salute con il quale stabilire le regole e i fabbisogni condivisi, nel rispetto dei vincoli previsti dal Patto Europeo di stabilità e Crescita;

CONSIDERATO che la legge 5 maggio 2009, n. 42, in materia di federalismo fiscale in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione, prevede l'adozione, entro ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore della legge, dei decreti legislativi attuativi della stessa, di cui almeno uno entro dodici mesi; che prevede, tra l'altro, che il Governo nell'ambito del disegno di legge finanziaria, previo confronto nella sede della Conferenza Unificata, proponga con il *Patto di convergenza*, norme di coordinamento dinamico della finanza pubblica per realizzare l'obiettivo della convergenza dei costi e dei fabbisogni standard dei vari livelli di governo, per i quali , in caso di

5

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

mancato raggiungimento degli obiettivi, si prevede l'attivazione di un "Piano per il conseguimento degli obiettivi di convergenza";

VISTO l'articolo 22, commi da 2 a 8, del decreto legge 1 luglio 2009, n.78, convertito, con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009, n.102, che introduce disposizioni in materia sanitaria concernenti, tra l'altro: l'istituzione di un fondo destinato ad interventi nel settore sanitario; la rideterminazione del tetto per la spesa farmaceutica territoriale; le modalità e le procedure per assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, nonché il risanamento economico-finanziario nella Regione Calabria; le modalità di erogazione delle risorse alla struttura sanitaria indicata dall'articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n.311;

VISTA la lettera in data 8 settembre 2009 con la quale il Ministero dell'economia e delle finanze ha inviato la proposta di intesa sul Patto per la salute – biennio 2010-2011, che, in pari data, è stata diramata alle Regioni e alle Province autonome;

VISTO il documento, sottoscritto fra il Ministro dell'economia e delle finanze e il Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 23 ottobre 2009, avente ad oggetto "Sanità: Nuovo patto per la salute" avente quale riferimento temporale il periodo 2010-2012;

VISTA la lettera in data 20 novembre 2009 con la quale il Ministero dell'economia e delle finanze ha inviato una nuova proposta di intesa recante "Nuovo Patto per la salute 2010-2012", che è stata diramata alle Regione e alla Province autonome in pari data;

VISTA la lettera in data 25 novembre 2009 con la quale il Ministero dell'economia e delle finanze ha trasmesso un nuovo schema dell'intesa indicata in oggetto, riformulato in esito alle riunioni intercorse nella giornata del 24 novembre 2009;

CONSIDERATO che il predetto nuovo schema è stato diramato alle Regioni e Province autonome con nota del 25 novembre 2009;

RILEVATO che, il punto iscritto all'ordine del giorno della seduta di questa Conferenza del 26 novembre 2009 è stato rinviato;

VISTA la lettera in data 27 novembre 2009 della Conferenza delle Regioni e Province autonome concernente un documento nel quale risultano evidenziate le richieste emendative delle Regioni e delle Province autonome medesime in ordine al predetto nuovo schema di intesa;

CONSIDERATO che il predetto documento è stato portato a conoscenza del Ministero dell'economia e delle finanze e del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali con nota in data 27 novembre 2009;

VISTA la lettera in data 3 dicembre 2009 con la quale è stato diramato alle Regioni e alle Province autonome un nuovo schema dell'intesa in oggetto elaborato a seguito della riunione svoltasi nella giornata del 2 dicembre 2009;

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta e come risulta dal verbale della seduta medesima, l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome sul testo della presente intesa;

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nei termini sotto indicati:

Articolo 1
(Determinazione del fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e dei fabbisogni regionali)

1. Al fine del rispetto degli obblighi assunti in sede comunitaria dall'Italia e per tenere conto delle compatibilità e dei vincoli di finanza pubblica, il livello standard complessivo del finanziamento a cui concorre ordinariamente lo Stato è definito come di seguito indicato. Le regioni devono assicurare l'equilibrio economico finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza ed appropriatezza.

2. Lo Stato si impegna ad assicurare in relazione al livello del finanziamento del servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato stabilito dalla vigente legislazione, pari a 104.614 milioni di euro per l'anno 2010 ed a 106.934 milioni di euro per l'anno 2011 -di cui agli articoli 61 e 79 del decreto-legge 112/2008 e all'articolo 1-ter della legge 3 agosto 2009, n. 102, comprensivi della riattribuzione dell'importo di 800 milioni di euro di cui all'articolo 22, comma 2 del DL 78/2009 e dei 50 milioni da erogarsi in favore dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di cui all'articolo 22, comma 6 del citato DL 78/2009 e non comprensivo delle somme destinate al finanziamento della medicina penitenziaria, di cui all'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244-, risorse aggiuntive pari a 1.600 milioni di euro per l'anno 2010 e a 1.719 milioni di euro per l'anno 2011.

3. Per l'anno 2012 lo Stato si impegna ad assicurare risorse aggiuntive tali da garantire un incremento del livello del finanziamento rispetto all'anno 2011 del 2,8%.

4. A tali risorse aggiuntive concorrono:

a) il riconoscimento con riferimento alla competenza 2010 di incrementi da rinnovo contrattuale pari a quelli derivanti dal riconoscimento dell'indennità di vacanza contrattuale con economie pari a 466 milioni di euro annui;

b) il finanziamento a carico del bilancio dello Stato di 584 milioni di euro per l'anno 2010 e di 419 milioni di euro per l'anno 2011;

7

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

c) le ulteriori misure che lo Stato si impegna ad adottare nel corso del 2010 dirette ad assicurare l'intero importo delle predette risorse aggiuntive.

5. Lo Stato si impegna inoltre ad adottare nel corso del 2010 ulteriori misure dirette a garantire un ulteriore finanziamento qualora al personale dipendente e convenzionato del SSN vengano riconosciuti con riferimento alla competenza 2010 incrementi da rinnovo contrattuale superiori a quelli derivanti dal riconoscimento dell'indennità di vacanza contrattuale.

6. Si conviene che eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuati dalle regioni rimangono nella disponibilità delle regioni stesse.

7. Le risorse di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 non sono da considerarsi contabilmente vincolate, bensì programmabili al fine di consentire specifiche verifiche circa il raggiungimento degli obiettivi fissati nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. Per le regioni interessate ai piani di rientro la fissazione degli obiettivi va integrata con quella dei medesimi piani.

8. Per quanto attiene alle esigenze di adeguamento strutturale e tecnologico del Servizio sanitario nazionale si conviene sull'opportunità di ampliare lo spazio di programmabilità degli interventi previsti nel programma straordinario di investimenti di edilizia sanitaria, elevandolo dagli attuali 23 miliardi di euro, ai sensi dell'articolo 2, comma 279, della legge 244/2007, a 24 miliardi di euro, destinando tale incremento prioritariamente alle regioni che hanno esaurito le loro disponibilità attraverso la sottoscrizione di accordi. Si conviene inoltre sulla possibilità di utilizzare, per gli interventi di edilizia sanitaria, anche le risorse FAS di competenza regionale, fermo restando l'inserimento di tali interventi nell'ambito dell'ordinaria programmazione concordata con lo Stato.

9. Lo Stato si impegna a garantire nel bilancio pluriennale 2010-2012 ai fini del finanziamento dell'edilizia sanitaria ex articolo 20 della legge 67/1988, in aggiunta alle risorse stanziate per il 2009 pari a 1.174 milioni di euro, 4.715 milioni di euro.

Articolo 2
(Avvio di un sistema di monitoraggio dei fattori di spesa)

1. Le Regioni convengono sulla opportunità di confrontarsi, ai fini di un'autovalutazione regionale e dell'avvio di un sistema di monitoraggio dello stato dei propri servizi sanitari regionali in seno alla struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2, su indicatori di efficienza ed appropriatezza allocativa delle risorse, come specificati nel comma 2, rapportati agli indicatori di cui all'allegato 3 e correlati a valutazioni sull'erogazione dei LEA, avvalendosi anche dell'AGENAS. Governo e Regioni convengono che settori strategici in cui operare al fine di qualificare i servizi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini ed al tempo stesso un maggior controllo della spesa sono:

8

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

a) riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera;
b) assistenza farmaceutica;
c) governo del personale;
d) qualificazione dell'assistenza specialistica;
e) meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico privato;
f) accordi sulla mobilità interregionale;
g) assistenza territoriale e post acuta;
h) potenziamento dei procedimenti amministrativo contabili, ivi compreso il progetto tessera sanitaria;
i) rilancio delle attività di prevenzione.

2. Costituiscono indicatori di efficienza ed appropriatezza le seguenti grandezze:

a) indicatori del rispetto della programmazione nazionale (allegato 1);
b) indicatori sui costi medi (allegato 2);
c) standard dei posti letto ospedalieri, come definito dalla vigente legislazione e dalla presente Intesa;
d) standard del tasso di ospedalizzazione;
e) standard del costo del personale: si considera anomala una spesa di personale, con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale (e quindi inclusiva degli oneri del personale a tempo indeterminato, con forme di lavoro flessibile e del personale interinale), di valore medio pro-capite (calcolato sulle unità di personale), superiore al valore medio delle regioni in equilibrio economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza ;
f) standard della numerosità del personale:
   1) con riferimento agli ospedali pubblici (aziende e presidi a gestione diretta), si considera anomala la presenza di un numero medio di unità di personale per posto letto superiore al numero medio registrato dalle regioni in equilibrio economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;
   2) con riferimento alle aziende sanitarie si considera anomala la presenza di un numero medio di unità di personale per unità di popolazione assistita superiore al numero medio, corretto per il rapporto tra erogatori pubblici e privati accreditati, registrato dalle regioni in equilibrio economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;
g) standard di struttura: si considera anomala la presenza sul territorio di ospedali pubblici con numero medio di posti letto inferiore al numero medio registrato dalle regioni in equilibrio economico economico e che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;
h) standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza (Allegato 3).

3. Ai fini del calcolo degli indicatori di cui al comma 2 si considerano in equilibrio economico le regioni che garantiscano l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza, individuate in base a criteri stabiliti con intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2006, n. 131, da stipulare in sede di Conferenza Stato –Regioni con il supporto della struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2.

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

4. Gli esiti del confronto di cui al comma 1) non costituiscono vincolo per l'attuazione della legge 5 maggio 2009, n. 42, e per la valutazione degli adempimenti regionali previsti dalla normativa vigente. Gli stessi sono messi a disposizione della Commissione tecnica paritetica per l'attuazione del federalismo fiscale di cui all'articolo 4 della legge 5 maggio 2009, n. 42.

Articolo 3
(Organismi di monitoraggio)

1. Sono confermate le funzioni, previste dall'ordinamento vigente, del Tavolo di verifica degli adempimenti e del Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza di cui rispettivamente agli articoli 12 e 9 dell'Intesa del 23 marzo 2005, in materia delle verifiche trimestrali e annuali degli adempimenti regionali e dell'attuazione dei Piani di rientro.

2. Per lo svolgimento dei compiti di cui all'articolo 2, comma 1, all'articolo 4, comma 2, all'articolo 13, comma 4 e all'articolo 14, comma 2, è istituita, quale struttura tecnica di supporto della Conferenza Stato-Regioni, la Struttura tecnica di monitoraggio paritetica, come di seguito composta:

a) sei rappresentanti del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e del Dipartimento per gli Affari regionali;
b) sei rappresentanti delle regioni di cui tre di competenza di tipo economico e tre di competenza sanitaria;
c) un rappresentante della Segreteria della Conferenza delle Regioni e Province autonome ed un rappresentante della Segreteria della Conferenza Stato-Regioni.

3. Le designazione dei componenti della Struttura tecnica di monitoraggio sono acquisite in sede di Conferenza Stato-Regioni.

4. La Struttura tecnica di monitoraggio è presieduta da un ulteriore componente, scelto d'intesa fra lo Stato e le Regioni e si avvale per lo svolgimento delle proprie funzioni del supporto dell'AGENAS e dell'AIFA. I tavoli tecnici di cui al presente articolo si dotano di regolamenti che ne disciplinano il funzionamento dei lavori, sulla base di criteri di trasparenza e di simmetria informativa. L'attività ed il funzionamento sono disciplinati da regolamenti approvati in sede di Conferenza Stato Regioni. Per i tavoli di cui al comma 1 i regolamenti si applicano a decorrere dalle verifiche degli adempimenti di competenza dell'esercizio 2010; nelle more dell'approvazione dei nuovi regolamenti continuano ad applicarsi quelli vigenti.

10

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Articolo 4
(Adempimenti per l'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale)

1. In relazione alla necessità di garantire il coordinamento della funzione di governo della spesa, per il periodo 2010-2012, ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale, costituiscono adempimento regionale i seguenti:

a) gli adempimenti regionali previsti dalla legislazione vigente;
b) gli adempimenti derivanti dagli Accordi e dalle Intese intervenute fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ivi compresi quelli rilevanti ai fini della garanzia dell'equilibrio economico-finanziario e della verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza indicati annualmente dal Comitato permanente per la verifica dei LEA e dal Tavolo di verifica degli adempimenti, di cui rispettivamente agli articolo 9 e 12 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 (d'ora in poi rispettivamente Comitato LEA e Tavolo di verifica);
c) le regioni e le province autonome si impegnano ad inviare al Comitato LEA entro il 31 dicembre 2009, e comunque con cadenza annuale, un provvedimento ricognitivo, sottoscritto dal dirigente responsabile del procedimento, relativo alle prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste dall'ordinamento vigente in materia di livelli essenziali aggiuntivi con la indicazione della specifica fonte di finanziamento, non a carico del Servizio sanitario nazionale, corredata da relazione tecnica analitica sulla congruità del finanziamento predisposto;
d) le regioni e le province autonome assolvono agli altri adempimenti previsti dalla presente Intesa.

2. La Struttura tecnica di monitoraggio provvede all'aggiornamento degli strumenti di valutazione e monitoraggio, da sottoporre alla approvazione della Conferenza Stato Regioni, al fine di snellire e semplificare gli attuali adempimenti ed individuare un apposito set di indicatori per aree prioritarie di particolare rilevanza in materia di attuazione dei LEA, tenendo conto degli indicatori già resi disponibili dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e delle esperienze già operative in diverse realtà regionali, anche promuovendo le eventuali necessarie modifiche normative.

Articolo 5
(Rimodulazione tariffaria e partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie)

1. Fermo restando quanto stabilito dall'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 in materia di copertura del disavanzo sanitario, al fine dell'efficientamento del sistema sanitario e al fine di non determinare tensioni nei bilanci regionali extrasanitari e di non dover ricorrere necessariamente

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

all'attivazione della leva fiscale regionale, le Regioni e le Province autonome, nel caso in cui si profili, sulla base dei dati relativi al II trimestre proiettati su base annua tenendo conto dei trend stagionali, uno squilibrio di bilancio del settore sanitario pari o superiore al 5%, ovvero di livello inferiore qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo, fermo restando l'obbligo di copertura previsto dalla vigente normativa, si impegnano ad attivare, per un importo di manovra pari ad almeno il 20 per cento dello squilibrio stimato:

a) ulteriori misure in materia di regressione tariffaria (abbattimento per le attività di riabilitazione ospedaliera effettuate dalle strutture private accreditate della soglia di degenza da 60 a 45 giorni al fine dell'applicazione della riduzione tariffaria giornaliera del 40%, innalzamento della percentuale di regressione tariffaria giornaliera dal 30% al 40% per le attività di lungodegenza di durata superiore ai 60 giorni);
b) misure per garantire l'equilibrio economico-finanziario della specifica gestione dell'attività libero-professionale intramuraria anche attraverso l'eventuale incremento delle tariffe delle prestazioni rese;
c) misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie.

2. Le misure di cui al presente articolo sono oggetto di verifica da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali e gli esiti sono comunicati alla Struttura di monitoraggio.

Articolo 6
(Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri)

1. Le Regioni e le Province autonome si impegnano ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Tale riduzione è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare. A tale adempimento le regioni sottoposte ai piani di rientro provvedono entro il 31 dicembre 2010 e le altre regioni entro il 30 giugno 2011.

2. Rispetto a tali standard è compatibile una variazione, che non può superare il 5% in aumento fino alla definizione di una diversa misura da parte della Conferenza Stato-Regioni sulla base di un'apposita valutazione effettuata dalla Struttura tecnica di monitoraggio con il supporto dell'Agenas, in relazione a condizioni demografiche relative al peso della popolazione ultrasettantacinquenne. I provvedimenti da adottare per il raggiungimento di tale obiettivo devono

12

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

prevedere il raggiungimento dello standard entro l'anno 2011, precisando gli obiettivi intermedi per l'anno 2010, oggetto di verifica. Restano ferme eventuali minori dotazioni programmate nelle Regioni impegnate nei piani di rientro.

3. Nei medesimi standard non è compresa la quota di posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre regioni, registrata nell'anno 2008, fino alla stipula dell'accordo di cui al comma 4.

4. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 19, entro il 30 giugno 2010 in sede di Conferenza Stato-Regioni è definito un Accordo per la fissazione dei principi di programmazione dei posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre regioni.

5. In vista dell'adozione del provvedimento di revisione straordinaria del DPCM di definizione dei livelli essenziali di assistenza, secondo quanto previsto dal punto 2.4 del Patto per la salute del 28 settembre 2006, si conviene che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, venga integrata dalle Regioni e dalle Province autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati alla presente intesa. Le Regioni e le province autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale. Nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le province autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero.

Articolo 7
(Accreditamento e remunerazione)

1. Si conviene, nel rispetto degli obiettivi programmati di finanza pubblica, di stipulare un'intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge n. 131 del 2003 in sede di Conferenza Stato-Regioni finalizzata a promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento e di remunerazione delle prestazioni sanitarie, anche al fine di tenere conto della particolare funzione degli ospedali religiosi classificati.

2. Si conviene sulla necessità di prorogare al 31 dicembre 2010 il termine entro il quale concludere il processo per l'accreditamento definitivo delle strutture private operanti per conto del Servizio sanitario nazionale.

3. Nelle more della revisione normativa, per assicurare che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati sia ancorata alla prioritaria esigenza di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione, con intesa Stato Regioni, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2006, n. 131, vengono definiti gli indirizzi per l'applicazione di principi e norme fondamentali

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

previste dalla vigente legislazione nazionale e regionale in materia di relazioni con le istituzioni sanitarie private, favorendo strategie di coinvolgimento delle medesime negli obiettivi programmatici, nella partecipazione alle politiche di qualità ed appropriatezza, e nel controllo della spesa.

Articolo 8
(Assistenza farmaceutica e dispositivi medici)

1. Governo e Regioni si impegnano a costituire un apposito tavolo composto da tre rappresentanti regionali, tre rappresentanti ministeriali, un rappresentante dell'AIFA ed uno dell'AGENAS che formuli una organica proposta, entro 30 giorni, sulla base dei seguenti principi, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica:

a) definire modalità e strumenti per il governo dell'assistenza farmaceutica ospedaliera;
b) garantire da parte dell'AIFA la messa a disposizione delle Regioni di dati analitici sui consumi farmaceutici al fine di consentire alle Regioni un reale monitoraggio della spesa;
c) revisione dell'attuale disciplina del ricorso ai farmaci *off label*;
d) monitoraggio della spesa farmaceutica, anche al fine di formulare proposte per assicurare il rispetto dei tetti programmati.

2. Si conviene di unificare le competenze attualmente attribuite a soggetti diversi in materia di prontuario dei dispositivi medici (Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, AIFA, AGENAS, ISS) valorizzando in particolare la funzione di agenzia dell'AIFA. E' altresì costituito a livello nazionale apposito tavolo di lavoro con la partecipazione delle Regioni, del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e delle Agenzie nazionali (AIFA, AGENAS e ISS) con il compito di:

a) definire procedure di condivisione delle esperienze in atto;
b) individuare i livelli appropriati di valutazione dell'immissione sul mercato e di monitoraggio dei prezzi di acquisto almeno per i dispositivi e le tecnologie di maggior impatto;
c) proporre un'intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2006, n. 131, da approvarsi, in sede di Conferenza Stato- Regioni, entro il 31 dicembre 2010.

Articolo 9
(Razionalizzazione dell'assistenza ai pazienti anziani e agli altri soggetti non autosufficienti)

1. Al fine di promuovere una più adeguata distribuzione delle prestazioni assistenziali domiciliari e residenziali rivolte ai pazienti anziani non autosufficienti, si conviene che:

a) anche al fine di agevolare i processi di deospedalizzazione, nelle singole regioni e province autonome la dotazione di posti letto di residenzialità e delle strutture di semiresidenzialità

14

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

l'organizzazione dell'assistenza domiciliare per i pazienti anziani e gli altri soggetti non autosufficienti sono oggetto di uno specifico atto di programmazione integrata, in coerenza con le linee prestazionali previste nel vigente DPCM di fissazione dei LEA;

b) l'ammissione alle varie forme di assistenza residenziale e domiciliare è subordinata alla effettuazione di una valutazione multidimensionale effettuata con gli strumenti valutativi già concordati dalle Regioni con il Ministero, del lavoro, della salute e delle politiche sociali . La metodologia adottata dalle singole Regioni è comunicata al Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, che ne verifica la corrispondenza con gli strumenti valutativi sopra richiamati;

c) con le modalità concordate in sede di Cabina di regia del NSIS sono definitivamente attivati i flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale afferenti al NSIS. La valorizzazione delle prestazioni registrate in detti flussi informativi deve coincidere con i valori riportati nel modello LA relativi all'assistenza residenziale e domiciliare.

Articolo 10
(Monitoraggio e verifica dei LEA)

1. Si conviene, coerentemente con quanto stabilito con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, nell'ambito di quanto disposto dall'art. 4, comma 2, del presente patto, di aggiornare il provvedimento relativo al sistema di indicatori di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56.

2. Si conviene di utilizzare, nella fase transitoria, l'apposito *set* di indicatori, già approvato per l'anno 2007 dal Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, che, annualmente aggiornato dallo stesso Comitato, incorpora l'apparato valutativo utilizzato per la verifica degli aspetti di propria competenza nell'ambito della verifica annuale degli adempimenti.

3. Si conviene di monitorare l'andamento dei Livelli Essenziali di Assistenza in relazione alla definizione dei costi *standard* in attuazione del federalismo fiscale.

Articolo 11
(Qualità dei dati contabili, di struttura e di attività)

1. In funzione della necessità di garantire nel settore sanitario il coordinamento della funzione di governo della spesa e il miglioramento della qualità dei relativi dati contabili e gestionali e delle procedure sottostanti alla loro produzione e rappresentazione, anche in relazione all'attuazione del

15

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

federalismo fiscale, le Regioni e le Province autonome si impegnano a garantire l'accertamento della qualità delle procedure amministrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili. A tal fine:

a) le regioni effettuano una valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili, con conseguente certificazione della qualità dei dati contabili delle aziende e del consolidato regionale relativi all'anno 2008: a tale adempimento provvedono le regioni sottoposte ai Piani di rientro entro il 31 ottobre 2010 e le altre regioni entro il 30 giugno 2011;
b) le regioni sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, per tutta la durata dei piani intensificano le verifiche periodiche delle procedure amministrativo contabili, ai fini della certificazione annuale dei bilanci delle aziende e del bilancio sanitario consolidato regionale;
c) le regioni, per l'implementazione e la messa a regime delle conseguenti attività regionali, ivi comprese le attività eventualmente necessarie per pervenire alla certificabilità dei bilanci, possono fare ricorso alle risorse di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67;

d) le regioni si impegnano ad avviare le procedure per perseguire la certificabilità dei bilanci.

2. L'accertamento di cui al comma 1 è effettuato sulla base di criteri e modalità per la certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS pubblici, anche trasformati in fondazioni, degli IZS e delle aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari, fissati con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, da emanarsi entro il 31 marzo 2010, in attuazione dell'articolo 1, comma 291 della legge 23 dicembre 2005 n. 266, concernente i criteri e le modalità di certificazione dei bilanci delle predette aziende del servizio sanitario nazionale.

3. Le regioni si impegnano a potenziare le rilevazioni concernenti le strutture eroganti le prestazioni di assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, assistenza territoriale semiresidenziale, assistenza territoriale residenziale e le relative prestazioni erogate.

4. Quanto previsto dai commi 1 e 2 del presente articolo costituisce adempimento delle regioni ai sensi dell'articolo 4.

Articolo 12
(Personale del servizio sanitario regionale)

1. Ferme restando le finalità di cui all'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, Stato e Regioni concordano che i relativi vincoli per il contenimento della spesa sono prorogati per il periodo 2010-2012. Le Regioni e le Province autonome si impegnano, in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento della rete ospedaliera, all'ulteriore contenimento della spesa di personale degli enti

16

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

del Servizio sanitario nazionale, compreso quello operante nelle aziende ospedaliero universitaria a carico anche parziale del SSN, anche attraverso:

a) la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio e di conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa di cui ai contratti collettivi nazionali del predetto personale;
b) la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa così come rideterminati ai sensi di quanto previsto alla lettera a). Il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 provvede alla verifica della coerenza dei parametri adottati dalle singole Regioni e Province autonome con uno standard di riferimento adottato dal medesimo Comitato entro il 28 febbraio 2010.

2. I protocolli di intesa Università – Regione recanti disposizioni o indirizzi contrastanti con le indicazioni e i parametri di cui al comma 1 sono da adeguarsi. In caso di mancato adeguamento eventuali costi eccedenti detti parametri non possono essere posti a carico del Servizio Sanitario Nazionale, bensì, per quanto di rispettiva competenza, a carico del bilancio regionale e dell'Università.

3. Agli adempimenti recati dal presente articolo le regioni sottoposte ai piani di rientro provvedono entro il 30 giugno 2010, le altre regioni entro il 31 dicembre 2010

4. Ai fini della verifica degli adempimenti recati dal presente articolo, la regione è valutata adempiente se è accertato l'effettivo conseguimento degli obiettivi. In caso contrario è valutata adempiente solo ove abbia comunque assicurato l'equilibrio economico.

Articolo 13
(Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario)

1. Per le regioni che risultano in disequilibrio economico si applicano le disposizioni di cui al presente articolo.

2. All'esito della verifica degli adempimenti regionali relativa all'anno precedente ai sensi e per gli effetti dell' articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nel caso di disavanzo sanitario non coperto in tutto o in parte, alla regione interessata si applicano, oltre le vigenti disposizioni riguardanti l'innalzamento automatico delle aliquote IRAP e addizionale regionale IRPEF nella misura massima prevista dalla legislazione vigente, il blocco automatico del *turn-over* del personale del SSR sino al 31 dicembre del secondo anno successivo e il divieto di effettuare

17

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

spese non obbligatorie per il medesimo periodo. Gli atti emanati e i contratti stipulati in violazione del blocco automatico del turn over e del divieto di effettuare spese non obbligatorie sono nulli. In sede di verifica annuale degli adempimenti la regione interessata è tenuta ad inviare una certificazione, sottoscritta dal rappresentante legale dell'ente e dal responsabile del servizio finanziario, attestante il rispetto dei predetti vincoli; le modalità di verifica del presente adempimento sono definite nell'ambito del regolamento di cui all'articolo 3, comma 4, della presente Intesa.

3. È definito quale standard dimensionale del disavanzo sanitario strutturale, rispetto al finanziamento ordinario e alle maggiori entrate proprie sanitarie, il livello del 5%, ancorché coperto dalla regione, ovvero il livello inferiore al 5% qualora gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo. Nel caso di raggiungimento o superamento di detto standard dimensionale, la regione interessata è altresì tenuta a presentare entro il successivo 10 giugno un piano di rientro di durata non superiore al triennio, elaborato con l'ausilio dell'AIFA e dell'AGENAS ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, per le parti non in contrasto con la presente Intesa, che contenga sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano sanitario nazionale e dal vigente decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di fissazione dei medesimi livelli essenziali di assistenza, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel piano stesso.

4. Il piano di rientro, approvato dalla Regione, è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2, della presente Intesa e dalla Conferenza Stato-Regioni nel termine perentorio, rispettivamente, di 30 e di 45 giorni dall'approvazione della regione. La Conferenza Stato Regioni, nell'esprimere il parere, tiene conto del parere della Struttura, ove espresso.

5. Il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto col Ministro della salute, sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, decorsi i termini di cui al comma 4, accerta l'adeguatezza del piano presentato anche in mancanza dei pareri delle citate Struttura tecnica e Conferenza. In caso di riscontro positivo, il piano è approvato dal Consiglio dei ministri ed è immediatamente efficace ed esecutivo per la regione. In caso di riscontro negativo, ovvero in caso di mancata presentazione del piano, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, nomina il presidente della regione commissario *ad acta* per la predisposizione entro i successivi trenta giorni del piano di rientro e per la sua attuazione per l'intera durata del piano stesso. A seguito della nomina del presidente quale commissario *ad acta*:

a) oltre all'applicazione delle misure previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come integrato dalla presente Intesa, in via automatica sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio e, sempre in via automatica, decadono i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché

18

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

dell'assessorato regionale competente. Con DPCM, sentita la Conferenza Stato-Regioni, sono individuati i trasferimenti erariali a carattere obbligatorio;

b) con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina, sono incrementate in via automatica, in aggiunta a quanto previsto dal comma 6, nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le modalità previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

6. Per la regione sottoposta a piano di rientro resta fermo l'obbligo del mantenimento, per l'intera durata del piano, delle aliquote IRAP e addizionale regionale all'IRPEF ove scattate automaticamente ai sensi dell'art. 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004. Gli interventi individuati dal piano sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 1, comma 796, lettera b), ottavo periodo , della legge 23 dicembre 2006, n. 296 in merito alla possibilità, qualora sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi sia stato conseguito con risultati quantitativamente migliori, di riduzione delle aliquote fiscali nell'esercizio successivo per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto; analoga misura di attenuazione si può applicare anche al blocco del turn over e al divieto di effettuare spese non obbligatorie in presenza delle medesime condizioni di attuazione del piano.

7. La verifica dell'attuazione del piano di rientro avviene con periodicità trimestrale ed annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti. I provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e comunque tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale indicati nel Piano in apposito paragrafo dello stesso, sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, il cui accesso è consentito a tutti i componenti degli organismi di cui all'articolo 3. Il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito dell'attività di affiancamento di propria competenza nei confronti delle regioni sottoposte al Piano di rientro dai disavanzi, esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel Piano di rientro.

8. L'approvazione del piano da parte del Consiglio dei ministri e la sua attuazione costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal piano stesso. L'erogazione del maggior finanziamento, dato dalle quote premiali e dalle eventuali ulteriori risorse finanziate dallo Stato non erogate in conseguenza di inadempienze pregresse, avviene per una quota pari al 40% a seguito dell'approvazione del piano di rientro da parte del Consiglio dei ministri. Le restanti somme sono erogate a seguito della verifica positiva dell'attuazione del Piano, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legge 7 ottobre 2008, n. 154, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 2008, n. 189. In materia di erogabilità delle somme restano ferme le disposizioni di cui

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

all'articolo 1, commi 2 e 3, del citato decreto legge 7 ottobre 2008, n. 154 e all'articolo 6-bis, commi 1 e 2, del decreto legge 29 novembre 2008, n. 185, convertito con modificazioni dalla legge 28 gennaio 2009, n. 2.

9. Qualora dall'esito delle verifiche di cui al precedente comma 7 emerga l'inadempienza della regione, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto col Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Consiglio dei ministri, sentite la Struttura tecnica di monitoraggio e la Conferenza Stato-Regioni, che esprimono il proprio parere entro il termine perentorio, rispettivamente, di 10 e 20 giorni dalla richiesta, diffida la regione interessata ad attuare il piano, adottando altresì tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi in esso previsti. In caso di perdurante inadempienza, accertata da Tavolo e Comitato, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto col Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione nomina il presidente della regione quale commissario *ad acta* per l'intera durata del Piano di rientro. Il commissario adotta tutte le misure indicate nel piano, nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del Piano di rientro. Il commissario verifica altresì la piena ed esatta attuazione del Piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale. A seguito della deliberazione di nomina del commissario:

a) oltre all'applicazione delle misure previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come integrato ai sensi della presente Intesa, in via automatica sono sospesi i trasferimenti erariali a carattere non obbligatorio –da individuarsi a seguito del DPCM di cui al comma 5, lettera a)- e decadono, sempre in via automatica, i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, nonché dell'assessorato regionale competente;
b) con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina, sono incrementate in via automatica, in aggiunta a quanto previsto dal comma 6, nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le modalità previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

10. Qualora il presidente della regione, nominato commissario *ad acta* per la redazione e l'attuazione del piano ai sensi dei commi 5 o 9, non adempia in tutto o in parte all'obbligo di redazione del piano o agli obblighi, anche temporali, derivanti dal piano stesso, indipendentemente dalle ragioni dell'inadempimento il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, adotta tutti gli atti necessari ai fini della predisposizione del piano di rientro e della sua attuazione. Nei casi di riscontrata difficoltà in sede di verifica e monitoraggio nell'attuazione del piano, nei tempi o nella dimensione finanziaria ivi indicata, il Consiglio dei ministri, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione, sentita la regione interessata, nomina uno o più commissari ad

20

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

acta di qualificate e comprovate professionalità ed esperienza in materia di gestione sanitaria per l'adozione e l'attuazione degli atti indicati nel piano e non realizzati.

11. Si applicano le disposizioni di cui all'articolo 4, comma 2, terzo, quarto, quinto e sesto periodo, del decreto legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modificazioni ed integrazioni, in materia di soggetti attuatori e di oneri e risorse della gestione commissariale. Restano altresì salve le disposizioni in materia di commissariamenti sanitari che non siano in contrasto con le disposizioni del presente articolo.

12. L'accertato verificarsi, in sede di verifica annuale, del mancato raggiungimento degli obiettivi del piano, con conseguente determinazione di un disavanzo sanitario, comporta, oltre all'applicazione delle misure previste dal comma 6 e ferme restando le misure eventualmente scattate ai sensi del comma 9, l'incremento nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e di 0,30 punti percentuali dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche rispetto al livello delle aliquote vigenti, secondo le procedure previste dal citato articolo 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004.

13. Le disposizioni di cui ai commi 6, 8, ultimo periodo, e da 9 a 12 si applicano anche nei confronti delle regioni che abbiano avviato le procedure per il piano di rientro.

14. della Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore legge attuativa della presente Intesa restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale. E' fatta salva la possibilità della regione di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure, definite nel medesimo piano, per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale. In ogni caso si applicano le disposizioni di cui ai commi 2 e da 6 a 12.

15. Lo Stato si impegna ad adottare misure legislative dirette a prevedere quanto segue:

a) al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi dei piani di rientro dai disavanzi sanitari, sottoscritti ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella loro unitarietà, anche mediante il regolare svolgimento dei pagamenti dei debiti accertati in attuazione dei medesimi Piani, per un periodo di dodici mesi dalla data di entrata in vigore della legge attuativa della presente Intesa non possono essere intraprese o proseguite azioni esecutive nei confronti delle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime e i pignoramenti eventualmente eseguiti non vincolano gli enti debitori ed i tesorieri, i quali possono disporre delle somme per le finalità istituzionali degli enti. I relativi debiti insoluti producono, nel suddetto periodo di dodici mesi, esclusivamente gli interessi legali di cui all'articolo 1284 del codice civile, fatti salvi gli accordi tra le parti che prevedano tassi di interesse inferiori;

21

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

b) le Regioni interessate dai piani di rientro, d'intesa con il Governo, possono utilizzare, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, a copertura dei debiti sanitari, le risorse FAS relative ai programmi di interesse strategico regionale di cui alla delibera CIPE n. 1/2009, nel limite individuato nella delibera di presa d'atto dei singoli piani attuativi regionali da parte del CIPE;

c) limitatamente ai risultati d'esercizio 2009, nelle regioni per le quali si è verificato il mancato raggiungimento degli obiettivi programmati di risanamento e riequilibrio economico-finanziario contenuti nello specifico Piano di rientro dei disavanzi sanitari, di cui all'accordo sottoscritto ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni, è consentito provvedere alla copertura del disavanzo sanitario mediante risorse di bilancio regionale a condizione che le relative misure di copertura, idonee e congrue, risultino essere state adottate entro il 31 dicembre 2009;

d) con riferimento ai risultati dell'esercizio 2009 si applicano, secondo le procedure previste dall'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le disposizioni di cui al comma 12 in deroga a quanto stabilito dall'articolo 1, comma 796, lettera b), sesto periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

Articolo 14
(Piani di rientro per le regioni inadempienti rispetto ad adempimenti diversi dall'obbligo di equilibrio di bilancio)

1. Per le regioni che risultano inadempienti per motivi diversi dall'obbligo dell'equilibrio di bilancio sanitario, si applicano le disposizioni di cui al presente articolo.

2. Le regioni possono chiedere la sottoscrizione di un Accordo, con il relativo piano di rientro, approvato dalla Regione, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, per le parti non in contrasto con la presente legge. Ai fini della sottoscrizione del citato Accordo il piano di rientro è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3 e dalla Conferenza Stato-Regioni nel termine perentorio rispettivamente di 15 e di 30 giorni dall'invio. La Conferenza Stato Regioni, nell'esprimere il parere, tiene conto del parere della struttura, ove reso. Alla sottoscrizione del citato Accordo si dà luogo anche nel caso sia decorso inutilmente il predetto termine di 30 giorni.

3. La sottoscrizione dell'Accordo e la relativa attuazione costituiscono presupposto per l'accesso al maggior finanziamento dell'esercizio in cui si è verificata l'inadempienza e di quelli interessati dal Piano di rientro. L'erogazione del maggior finanziamento avviene per una quota pari all'80% a seguito della sottoscrizione dell'Accordo. Le restanti somme sono erogate a seguito della verifica positiva dell'attuazione del Piano, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 2, del citato decreto legge 7 ottobre 2008, n. 154. In materia di erogabilità delle somme restano ferme le disposizioni di

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

cui all'articolo 1, commi 2 e 3, del citato decreto legge 154/2008 e all'articolo 6-bis, commi 1 e 2, del citato decreto legge 185/2008.

4. Gli interventi individuati dal Piano sono vincolanti per la regione che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del Piano di rientro.

5. La verifica dell'attuazione del piano di rientro avviene con periodicità semestrale ed annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti. I provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e comunque tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale indicati nel Piano in apposito paragrafo dello stesso, sono trasmessi alla piattaforma informatica del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, il cui accesso è consentito a tutti i componenti degli organismi di cui all'articolo 3. Il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito dell'attività di affiancamento di propria competenza nei confronti delle regioni sottoposte al Piano di rientro dai disavanzi, esprime un parere preventivo esclusivamente sui provvedimenti indicati nel Piano di rientro.

6. Si conviene che le regioni che avrebbero dovuto sottoscrivere entro il 31 dicembre 2009 un Accordo ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni, con il relativo piano di rientro, per la riattribuzione del maggior finanziamento, possono formalmente chiedere di sottoscrivere il medesimo Accordo corredando la richiesta di un adeguato piano di rientro, entro il termine del 30 aprile 2010. In caso di mancata sottoscrizione dell'Accordo entro i successivi 90 giorni, la quota di maggior finanziamento si intende definitivamente sottratta alla competenza della regione interessata.

Articolo 15
(Piano nazionale della prevenzione)

1. In attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 20 marzo 2008 relativa al Piano nazionale della prevenzione, si conviene di pervenire entro il 30 giugno 2010 all'approvazione, mediante Intesa sottoscritta ai sensi dell'articolo 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, del Piano Nazionale per la prevenzione per gli anni 2010- 2012, coerentemente con gli interventi previsti dal Piano vigente.

2. Le Regioni e le Province autonome convengono di confermare per gli anni 2010- 2012, per la completa attuazione del Piano, come previsto dall'articolo 4 dell'Intesa del 23 marzo 2005, di destinare 200 milioni di euro, oltre alle risorse previste dagli accordi per la realizzazione degli

23

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34 della legge 27 dicembre 1996, n.662 e successive integrazioni.

Articolo 16
(Completamento attuazione Intesa Stato Regioni del 5 ottobre 2006 sul Patto per la salute)

1. Al fine di dare attuazione al punto 4.2 del Patto per la salute , si conviene di stipulare entro il 30 giugno 2010 l'Intesa Stato-Regioni ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131 sugli indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino-paziente.

2. Al fine di dare attuazione al punto 4.6 del Patto per la salute si conviene di stipulare entro il 30 giugno 2010 l'Intesa Stato-Regioni finalizzata a 4 promuovere adeguati processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera con la definizione di indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera, su proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze sulla base di una documento tecnico redatto dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali entro il 31 marzo 2010.

3. Al fine di dare attuazione al punto 4.9 del Patto per la salute si conviene di stipulare entro il 30 giugno 2010 l'Intesa Stato-Regioni sugli indirizzi per l'applicazione dei principi e norme fondamentali desumibili dalla vigente legislazione nazionale in materia di relazioni con le istituzioni sanitarie private, favorendo strategie di coinvolgimento negli obiettivi programmatici pubblici, di partecipazione alle politiche di qualità ed appropriatezza, di controllo dei volumi e della spesa.

4. Al fine di dare attuazione al punto 4.10 del Patto per la salute si conviene di stipulare entro il 30 giugno 2010 l'Intesa Stato-Regioni sul Programma nazionale per la promozione della qualità e della *clinical governance* nel Servizio Sanitario.

Articolo 17
(Nuovo Sistema informativo sanitario)

1. Con la presente Intesa si conviene di stipulare entro il 30 giugno 2010 l'Accordo quadro Stato-Regioni tra i Ministri del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dell'economia e delle finanze, per le riforme e l'innovazione della pubblica amministrazione e le Regioni e le Province autonome, di riadeguamento della composizione e delle modalità di funzionamento della Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, e si dispone una proroga dei compiti e della composizione della Cabina di regia del NSIS fino a entrata in vigore del citato nuovo Accordo.

24

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Articolo 18
(Livello delle anticipazioni del finanziamento del SSN)

1. Sono confermate per il periodo 2010-2012 le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 796, lettera d), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 in materia di livello delle erogazioni del finanziamento del servizio sanitario a cui concorre lo Stato, di erogazione della quota premiale e di eventuali recuperi, fermo restando quanto disposto dall'articolo 77-quater del decreto-legge 112/2008.

2. Per le regioni che risultano adempienti nell'ultimo triennio il livello delle erogazioni, ivi comprese eventuali anticipazioni, è fissato nella misura del 98%; tale livello può essere ulteriormente elevato compatibilmente con gli obblighi di finanza pubblica.

3. La quota di finanziamento condizionata alla verifica positiva degli adempimenti regionali (quota premiale) è confermata nella misura del 3 per cento delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario, al netto delle entrate proprie e, per la regione Sicilia, della partecipazione regionale al finanziamento. Per le regioni che risultano adempienti nell'ultimo triennio la quota premiale è determinata nella misura del 2 per cento.

4. Nelle more dell'intesa espressa, ai sensi delle norme vigenti, dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, il livello provvisorio delle erogazioni del finanziamento effettuato in via anticipata è pari al livello delle erogazioni effettuate in via anticipata definitiva, a seguito del raggiungimento dell'Intesa, relative al secondo anno precedente a quello di riferimento.

Articolo 19
(Mobilità interregionale)

1. Per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, le Regioni individuano entro tre mesi dalla approvazione della presente Intesa adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di:

a) evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale;
b) favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale;

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A.

25

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

c) facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza dell'attività per le Regioni interessate dai piani di rientro;
d) individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo complessivo della domanda.

Articolo 20
(Recepimento della presente intesa e impegno a disporre modifiche normative)

1. Il Governo, le Regioni e le Province autonome si impegnano ad adottare ogni necessario provvedimento normativo e amministrativo in attuazione della presente Intesa anche a modifica o integrazione o abrogazione di norme.

2. Sono fatte salve le competenze delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e Bolzano che provvedono alle finalità della presente Intesa ai sensi dei rispettivi Statuti speciali e delle relative norme di attuazione.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

IL PRESIDENTE
On. dott. Raffaele Fitto

26

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

ALLEGATO 1

Indicatori del rispetto della programmazione nazionale	
finanziamento pro capite	
finanziamento pro-capite per livello di assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliero)	
finanziamento percentuale per livello di assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliero)	5% prevenzione 51% distrettuale 44% ospedaliero
risultato di gestione (come definito all'articolo 2, commi 3 e 4) per gli ultimi tre anni e relative coperture;	
spesa pro-capite	
spesa pro-capite per livello di assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliero)	
spesa percentuale per livello di assistenza (prevenzione, distrettuale e ospedaliero).	

27

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

ALLEGATO 2

Gli indicatori di cui al presente allegato vanno intesi come da rapportarsi agli indicatori di cui all'allegato 3 e correlate a valutazioni sull'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Assistenza distrettuale

Indicatori sui costi medi per gruppi di prestazioni omogenee	standard
spesa procapite per l'assistenza sanitaria di base	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
spesa farmaceutica pro-capite (da integrare con altri indicatori Osmed);	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
spesa pro-capite per assistenza specialistica	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
spesa procapite per assistenza specialistica – attività clinica	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
spesa pro-capite per assistenza specialistica- attività di laboratorio	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, commi 3 e 4
spesa pro capite per assistenza specialistica - attività di diagnostica strumentale e per immagini	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
spesa per prestazione per assistenza specialistica	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
spesa per prestazione per assistenza specialistica - attività clinica	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
spesa per prestazione per assistenza specialistica - attività di laboratorio	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, commi 3 e 4
spesa per prestazione per assistenza specialistica - attività di diagnostica strumentale e per immagini	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, commi 3 e 4

28

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Assistenza ospedaliera

Indicatori sui costi medi per gruppi di prestazioni omogenee	Standard
Costo medio dei ricoveri per acuti in degenza ordinaria	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Costo medio dei ricoveri per acuti in DH/DS	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Costo medio dei ricoveri in riabilitazione (ordinari+diurni)	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Costo medio dei ricoveri in lungodegenza	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Costo pro-capite per i ricoveri per acuti in degenza ordinaria	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Costo pro-capite per i ricoveri per acuti in DH/DS	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Costo pro-capite per i ricoveri per la riabilitazione (ordinari + diurni)	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, commi 3 e 4
Costo pro-capite per i ricoveri per la lungodegenza	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3

29

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

ALLEGATO 3

Indicatori di appropriatezza organizzativa	Standard
Degenza media pre-operatoria	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di interventi per frattura di femore operati entro due giorni	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri (ord+dh)	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di ricoveri ordinari attribuiti ai DRG ad alto rischio di inappropriatezza (DPCM LEA) sul totale dei ricoveri (esclusi DRG 006,039,119)	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di ricoveri in DH medico a carattere diagnostico sul totale dei ricoveri in DH medico	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3
Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-1-2 giorni) sul totale dei ricoveri medici	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, commi 3 e 4
Percentuale di casi medici con degenza oltre-soglia per pazienti con età >= 65 anni sul totale dei ricoveri medici su pazienti con età > 65 anni	Valore medio delle regioni di cui all'art. 2, comma 3

30

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

ALLEGATO A ***(cfr. Articolo 6, comma 5)***

Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale

31

ISTITUTO PO. GRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - S.

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

ALLEGATO A

		Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI
H	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	04,44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE escluso:RIPARAZIONE DI ENTROPION 0 ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO 0 INNESTO (08.6)
H	08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE escluso:RIPARAZIONE DI ENTROPION 0 ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO 0 INNESTO (08.6)
H	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON 0 SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE Incluso: Impianto di lenti, Visita preintervento e visite di controllo entro 10 giorni, Biometria. Non codificabile con 95.13.
	13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO(in occhio fachico)
H	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE
H	13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO
H R	53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA 0 INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H R	53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO 0 PROTESI DIRETTA 0 INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H R	53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO 0 PROTESI (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H R	53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H R	53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H R	53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE (Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento)
H R	77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)

H R	80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	81.72	ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	81.75	ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H R	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H R	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H R	84.1.1	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
H	98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. Prima seduta. Incuso: visita anestesiologica, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2
H	98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE per seduta successiva alla prima. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1
H	98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta. Incluso: ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

ALLEGATO *B (cfr. Articolo 6, comma 5)*

DRG AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA

34

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

ALLEGATO B

DRG AD ALTO RISCHIO DI NON APPROPRIATEZZA IN REGIME DI DEGENZA ORDINARIA

DR	MD	Tip	Descrizione DRG
006	1		Decompressione del tunnel carpale
008		C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC
013			Sclerosi multipla e atassia cerebellare
019	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC
036	2	C	Interventi sulla retina
038	2	C	Interventi primari sull'iride
039	2	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
040	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
041	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
042		C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino *(eccetto trapianti di .comea)*
047		M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC
051	3	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia
055	3	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
059	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
060	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
061	3		Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni
062	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni
065		M	Alterazioni dell'equilibrio *(eccetto urgenze)*
070		M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni
073	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni
074	3		Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni
088	4		Malattia polmonare cronica ostruttiva
119	5		Legatura e stipping di vene
131	5	M	Malattie vascolari periferiche senza CC (eccetto *urgenze)*
133	5	M	Aterosclerosi senza CC *(eccetto urgenze)*
134	5	M	Ipertensione *(eccetto urgenze)*
139	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC
142	5	M	Sincope e collasso senza CC (eccetto *urgenze)*
158	6	C	Interventi su ano e stoma senza CC
160		C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC *(eccetto ricoveri 0-1 giorno)*
162		C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC *(eccetto ricoveri 0-1 giorni)*
163	6	C	Interventi per ernia, età < 18 anni (eccetto *ricoveri 0-1 giorno)*
168	3	C	Interventi sulla bocca con CC
169	3	C	Interventi sulla bocca senza CC
183		M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
184		M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni *(eccetto urgenze)*

35

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

187		M	Estrazioni e riparazioni dentali
189	6		Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
206	7	M	Malattie dei fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC
208	7	M	Malattie delle vie biliari senza CC *(eccetto urgenze)*
227	8	C	Interventi sui tessuti molli senza CC
228		C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC
229		C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC
232		C	Artroscopia
241	8	M	Malattie del tessuto connettivo senza CC
243	8	M	Affezioni mediche del dorso *(eccetto urgenze)*
245	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC
248	8	M	Tendinite, miosite e borsite
249	8	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto
251			Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC
252		M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni
254		M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC
256		M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
262		C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne *(codici intervento 85.20 e 85.21)*
266		C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC
268			Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
276	9	M	Patologie non maligne della mammella
281		M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC*(eccetto urgenze)*
282		M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni *(eccetto urgenze)*
283		M	Malattie minori della pelle con CC
284	9	M	Malattie minori della pelle senza CC
294	10	M	Diabete, età > 35 anni *(eccetto urgenze)*
295	10	M	Diabete, età < 36 anni
299	10	M	Difetti congeniti del metabolismo
301	10	M	Malattie endocrine senza CC
317	11		Ricovero per dialisi renale
323	11	M	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni
324	11	M	Calcolosi urinaria senza CC *(eccetto urgenze)*
326	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC *(eccetto urgenze)*
327	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni
329	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC
332	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC
333	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni
339	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni
340	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni
342	12	C	Circoncisione, età > 17 anni
343	12	C	Circoncisione, età < 18 anni
345	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne

36

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCIE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

349	12	M	Ipertrofia prostatica benigna senza CC
351	12	M	Sterilizzazione maschile
352	12	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile
360	13	C	Interventi su vagina, cervice e vulva
362	13	C	Occlusione endoscopica delle tube
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
369	13	M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile
377	14	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico
381	14	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia
384	14	M	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni (eccetto *urgenze)*
396	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni
399	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC
404	17	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC
409	17	M	Radioterapia
410	17	M	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta
411	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia
412	17		Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia
426	19	M	Nevrosi depressive (eccetto *urgenze)*
427	19	M	Nevrosi eccetto nevrosi depressive *(eccetto urgenze)*
429	19	M	Disturbi organici e ritardo mentale
465	23	M	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
466	23		Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute *(eccetto urgenze)*
490	25	M	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate
503		C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
538	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore
563	1	M	Convulsioni, età > 17 anni senza CC
564			Cefalea, età > 17 anni

37

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

AUPI Notizie

La Diagnosi Psicologica e Psicopatologica

Pubblichiamo di seguito il Parere sulla DIAGNOSI che il 19/11/2009 è stato presentato a Roma durante il seminario "La Diagnosi Psicologica e Psicopatologica" il parere redatto dal Gruppo di Lavoro del CNOP "Atti tipici" vuole essere uno strumento utile per i Colleghi e i non addetti ai lavori al fine di chiarire la complessità dei contenuti legati alle competenze specifiche della professione, ex art. 1 L. 56/89.

ERRATA CORRIGE

IL DOCUMENTO AVREBBE DOVUTO ESSERE PUBBLICATO SUL NUMERO PRECEDENTE, PRIMA DEL PARERE REDATTO DALL'AVVOCATO PROF. GUGLIELMO GULLOTTA NEL 2006 CHE RAPPRESENTA UN PUNTO DI RIFLESSIONE INIZIALE E DI IMPEGNO DEL CNOP SU QUESTA CRUCIALE TEMATICA

ConsiglioNazionaleOrdinedegliPsicologi

Parere sulla Diagnosi Psicologica e Psicopatologica

Documento redatto dal Gruppo di Lavoro "Atti Tipici" del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi

ConsiglioNazionale**Ordine**degli**Psicologi**

Prefazione

E' con molto piacere che rendiamo pubblico il Parere sulla Diagnosi Psicologica e Psicopatologica curato dal Gruppo di Lavoro "Atti Tipici" insediato presso il CNOP.

Il presente Parere, pur non avendo la pretesa di essere esaustivo di tutta la riflessione scientifica e professionale in materia, si presenta come un documento di sintesi che, attraverso un linguaggio preciso, ma allo stesso tempo semplice, possa rivelarsi utile e spendibile in diversi contesti, sia per la comunità dei Colleghi sia per un pubblico di non addetti ai lavori.

Da sempre rileviamo l'esigenza di dare corpo a quanto stabilito nell'art.1 della Legge 56/89 che, nella sua sinteticità, non rende conto della complessità dei contenuti connessi alla nostra professione.

Ci auguriamo che questo sia solo l'inizio di un processo volto a definire un minimo comune denominatore su temi rilevanti e trasversali alla professione di psicologo in Italia.

Presidente CNOP
Dott. Giuseppe Luigi Palma

ConsiglioNazionale**Ordine**degli**Psicologi**

Premessa

L'art.1 della Legge 56 del 18/2/1989 recita: "La professione di psicologo comprende l'uso degli strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la *diagnosi*, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico rivolte alla persona, al gruppo, agli organismi sociali e alle comunità". Il legislatore ha inteso, con questo articolo, da un lato accomunare gli psicologi a medici e odontoiatri come uniche figure professionali con facoltà di diagnosi e dall'altro limitare ai soli psicologi la possibilità di formulare la diagnosi psicologica.

A circa 20 anni dalla promulgazione della Legge 56 è tuttavia opportuno chiarire gli aspetti sia giuridici che tecnico-scientifici relativi alle possibili articolazioni della nozione di diagnosi psicologica, ravvisando che l'art.1 definisce gli ambiti esclusivamente formali, ma non quelli contenutistici. Se, infatti, gli ambiti formali di fondazione di una professione possono e devono essere definiti dal legislatore, i contenuti della professione non possono che essere definiti dalla comunità dei professionisti di una specifica disciplina, nella fattispecie la psicologia.

La giurisprudenza accredita questa posizione, vedi sentenza n. 767 del 5 giugno 2006 della Suprema Corte di Cassazione che conferma che ogni operazione funzionale a valutare caratteristiche psicologiche e/o psicoattitudinali degli individui e che si perfezioni in affermazioni, profili o decisioni basati su tali caratteristiche è riservata esclusivamente allo psicologo iscritto all'Ordine professionale.

Sulla stessa scia il Parere dell'Avv. Torchia reso il 21 gennaio 2008, su richiesta del Consiglio Nazionale degli Psicologi: "...non solo la diagnosi rientra tra le attività consentite agli psicologi, ma anche che la stessa è

espressamente riservata a tali professionisti, almeno per quanto riguarda le materie affidate alla loro competenza..." e ancora "...a tale proposito utile operare un rimando alle delucidazioni fornite nel 2003 dall'Associazione Americana degli Psicologi (APA) la diagnosi consiste nella *valutazione di comportamenti e di processi mentali e affettivi anormali, che risultano disadattivi e/o fonte di sofferenza (e cioè di manifestazioni psicopatologiche e di sintomi) attraverso la loro classificazione in un sistema diagnostico riconosciuto e l'individuazione dei meccanismi e dei fattori psicologici che li hanno originati e che li mantengono*".

In sintesi, dando per acquisito giuridicamente e storicamente quanto stabilito formalmente dall'art.1 della Legge 56/89 sulla professione di psicologo, il presente parere è indirizzato a specificare il contenuto dell'attività di diagnosi psicologica e psicopatologica (la quale è già attribuita di diritto agli psicologi dalla normativa vigente) a tutti gli ambiti applicativi della disciplina.

ConsiglioNazionaleOrdinedegliPsicologi

Sviluppo parere

Il significato scientifico del concetto di diagnosi

La diagnosi non è un atto specialistico di un particolare settore della psicologia, ma un processo trasversale a tutti gli ambiti applicativi della disciplina. Il concetto di diagnosi ha vari significati non univoci lungo un continuum che va da un'*accezione ristretta* di identificazione di una patologia ad un'*accezione ampia* di identificazione di un fenomeno sulla base dell'individuazione dei fattori che la caratterizzano (storia del soggetto, sintomi fisici e psichici, modalità comportamentali, attività mentale, informazioni ottenute con varie modalità di valutazione). Il concetto di diagnosi, pertanto, non è univocamente ed esclusivamente connesso a quello di "identificazione di patologia", come usualmente viene inteso poiché quest'ultimo riguarda soltanto l'ambito biomedico e, anche in ambito medico, è praticabile solo in alcuni settori e per alcune patologie, non in tutte le branche della medicina e per tutte le malattie. La diagnosi assolve molteplici funzioni e compiti a più livelli: a) necessità di categorizzare le informazioni, b) facilitazione della comunicazione fra addetti ai lavori, c) facilitazione della comunicazione con il paziente, d) orientamento delle scelte terapeutiche. In questo senso, la diagnosi è, nell'accezione ampia dei suoi significati possibili, insieme un atto conoscitivo di raccolta e categorizzazione delle informazioni ed un atto pragmatico di comunicazione fra i soggetti implicati a diverso titolo e livello nel fenomeno oggetto di osservazione.

I modelli concettuali della diagnosi fanno riferimento alle diverse teorie sul funzionamento psichico. Il "modello del disturbo organico" postula che i disturbi mentali sono dovuti a processi patologici in specifiche aree o sistemi cerebrali; il "modello della funzione alterata" postula che l'alterazione di una funzione costituisce un fattore di rischio per la salute (come per l'ipertensione essenziale, l'osteoporosi o l'ipercolesterolemia); il "modello biopsicosociale" postula che i disturbi sia psicopatologici che somatici sono dovuti all'inter-relazione di molteplici fattori e che i fattori esterni all'organismo (psicosociali) assumono importanza pari a quelli interni (biologici); il "modello della disfunzione dannosa" postula che il disturbo mentale ha

due componenti associate di disfunzione cognitivo-emotivo-percettiva e di danno di adattamento. La diagnosi, nelle sue varie accezioni lungo il continuum di cui sopra, si declina in modo diverso a seconda del modello di funzionamento psichico a cui fa riferimento.

Da quanto detto, deriva che epistemologicamente non è possibile attribuire un significato univoco al concetto di diagnosi né intenderlo unilateralmente con un'unica accezione ristretta, trattandosi di un costrutto teorico definito dalla concezione del funzionamento psichico che ne è alla base.

Il livello di specificità della diagnosi psicologica

La psicologia è la scienza del comportamento e dei processi mentali sia normali che patologici, di cui la psicopatologia – e conseguentemente la diagnosi psicopatologica – è un aspetto interno. La diagnosi psicopatologica si riferisce quindi alla valutazione dei comportamenti e dei processi cognitivi ed affettivi disadattivi e/o fonte di sofferenza, attraverso la loro valutazione che prevede l'utilizzo di strumenti specifici e mirati, la loro classificazione in un sistema diagnostico riconosciuto e l'individuazione dei fattori psicologici che li hanno originati e che li mantengono.

In generale, la diagnosi psicologica è un processo di 1) osservazione clinica (primo livello di base di astrazione), 2) inquadramento delle osservazioni cliniche in una cornice formale riconosciuta dalla comunità scientifica (secondo livello di astrazione), 3) elaborazione di ipotesi sui meccanismi di formazione e mantenimento degli esiti clinici (terzo livello di astrazione) nonché ai fini della scelta del trattamento.

Nella moderna concezione della patologia, le malattie (tanto psicologiche quanto mediche) nel mondo occidentale contemporaneo sono entità multi-fattoriali in quanto sono molteplici le variabili (con-cause, fattori di rischio, aspetti ambientali, fattori socio-economici, aspetti relazionali, stili di vita) che ne determinano insorgenza e persistenza. La diagnosi psicologica può essere realizzata a diversi livelli a seconda del contesto in cui trova ap-

plicazione e in relazione alle funzioni interessate, dall'ambito lavorativo al disagio psicologico di livello pre-clinico, alla psicopatologia maggiore, alle malattie mediche. Ciò che differenzia la diagnosi psicologica rispetto ad altre diagnosi di discipline differenti non è l'*oggetto* al quale si applica (l'essere umano come entità antropologica) ma il *metodo* utilizzato che è in relazione ai livelli specifici di osservazione e di intervento. La diagnosi psicopatologica non riguarda lo stato del substrato cerebrale dei processi mentali in quanto tali, proprio come la diagnosi circa lo stato del substrato cerebrale non riguarda il funzionamento mentale in quanto tale. Si tratta di due ordini di evidenze concettualmente e metodologicamente distinte, che giustamente l'ordinamento assegna a due diverse professioni sanitarie, quella medica e psicologica, entrambe dotate di autonomia e di responsabilità professionale.[1]

Da quanto detto deriva che la diagnosi psicologica è un atto conoscitivo-pragmatico relativo al livello del funzionamento psicosociale del fenomeno osservato e, a causa della sua specificità, non si pone in contraddizione o in contrapposizione, ma è pienamente compatibile con altri interventi di diagnosi specialistica relativi a livelli differenti di funzionamento dell'essere umano.

Tipologia della diagnosi psicologica

La diagnosi psicologica può essere distinta in diverse tipologie: 1) diagnosi descrittiva in cui vengono osservate, individuate e classificate (secondo sistemi di varia tipologia) le funzioni psicologiche che sottendono un determinato fenomeno clinico ed, eventualmente, la sintomatologia

[1] Qualora lo psicologo – nell'ambito della sua attività diagnostica – rilevi segni di disturbo del funzionamento cognitivo od emozionale tali da suggerire la possibilità di una disfunzione cerebrale responsabile, sarà tenuto a richiedere le opportune indagini diagnostiche supplementari. Allo stesso modo, qualora il medico rilevi segni di disfunzione psicologica, non potrà in alcun modo ritenere adeguate né tantomeno sufficienti le informazioni diagnostiche relative al solo substrato neurobiologico dei processi mentali. Entrambi rispondono non solo deontologicamente, ma civilmente e penalmente delle eventuali inadempienze.

psicopatologica associata; 2) diagnosi di sede in cui viene rilevata la sede anatomica o funzionale della lesione; 3) diagnosi eziologica in cui si individuano i meccanismi eziopatologici dei sintomi.

La diagnosi differenziale non è una specifica modalità diagnostica poiché trasversale ai vari livelli dell'atto diagnostico. Pertanto, qualora venga applicata alla differenziazione fra aspetti organici e aspetti psicologici di un dato fenomeno clinico (ad es., sintomatologia depressiva, somatizzazione), la diagnosi differenziale si declina in senso eziologico. Potrebbe trattarsi di un sospetto di cause organiche per la presenza di specifici indicatori clinici, come un'alterazione sospetta del tono dell'umore o un'anoressia atipica, ed è di competenza psicologica. Potrebbe riguardare la causa organica di un fenomeno clinico come una neoplasia o un'infezione virale, ed è di competenza medica, non psicologica. Potrebbe trattarsi della causa psichica del fenomeno clinico, come un comportamento a rischio o un'alterazione dei processi cognitivi, ed è competenza psicologica. Potrebbe infine riguardare il peso relativo dei vari fattori implicati nel fenomeno clinico, somatici (competenza non-psicologica) e mentali (competenza psicologica), come ad esempio il comportamento alimentare nella sindrome metabolica o una reazione di lutto in un disturbo tiroideo.

Se invece la diagnosi differenziale viene applicata a livello descrittivo, essa riguarda la differenziazione fra differenti sindromi psicologiche e fra le differenti funzioni sottostanti il fenomeno clinico in questione. Usualmente la diagnosi psicopatologica viene fatta coincidere con la clusterizzazione dei diversi sintomi comportamentali, cognitivi ed emotivi in sindromi sulla base dei criteri di raggruppamento forniti da sistemi nosografici condivisi, come il DSM-IV o l'ICD-10. La diagnosi basata sui *sintomi* non è tuttavia l'unico modo per effettuare una diagnosi descrittiva, e anzi questa modalità viene ampiamente criticata dalla comunità scientifica internazionale. Pertanto anche la diagnosi differenziale basata sui sintomi non è l'unica possibile. Modalità alternative di effettuare la diagnosi descrittiva e differenziale sono state a più riprese proposte alla comunità scientifica e si basano sull'osservazione e l'identificazione delle *funzioni* psicologiche che sottendono i fenomeni clinici osservati, e non meramente

sull'osservazione e l'identificazione dei sintomi. Fra le modalità più recenti e accreditate a livello internazionale si può citare il sistema PDM[2]. Anche in questo caso, il processo che esita in una diagnosi differenziale dipende dal modello teorico di riferimento.

Gli strumenti della diagnosi psicologica

La diagnosi psicologica, nelle diverse accezioni sopra menzionate e nelle diverse aree di applicazione, si avvale di una pluralità di metodiche, specifiche per la tipologia di fenomeno osservato. In linea generale, gli strumenti psicodiagnostici possono essere distribuiti lungo un continuum che va dal minore al maggior grado di formalizzazione: 1) l'osservazione clinica si avvale soltanto dello strumento osservativo e non implica necessariamente un'interazione diretta fra psicologo e paziente/i; 2) il colloquio psicologico non strutturato avviene all'interno di una relazione diretta psicologo/paziente, priva di schemi pre-ordinati; esso verte tanto sul reso-

[2] I PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual) (1,2) è un sistema diagnostico multiassiale sviluppato da una Task Force composta dalle 5 maggiori associazioni psicoanalitiche internazionali (American Psychoanalytic Association, International Psychoanalytical Association, Division of Psychoanalysis 39 of the American Psychological Association, American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, National Membership Committee on Psychoanalysis in Clinical Social Work) per la valutazione della salute mentale nell'età adulta ed evolutiva. Scopo del PDM è fornire al clinico una valutazione integrata degli aspetti cognitivi, emozionali e comportamentali che vada al di là della semplice presenza/assenza dei sintomi psicopatologici, come nella nosografia psichiatrica ufficiale. La premessa di base è che la salute mentale sia più della semplice assenza di sintomi ma implichi l'intero funzionamento mentale dell'individuo, compresi gli ambiti delle relazioni interpersonali, la regolazione emotiva, le risorse di coping e le capacità di auto-osservazione. Concepito come complementare al DSM e all'ICD, il PDM fornisce descrizioni sistematiche utilizzando 3 assi descrittivi: Asse P (funzioni della personalità), Asse M (funzionamento mentale, includendo schemi relazionali, la comprensione e l'espressione delle emozioni, il coping di stress e ansia, la capacità di osservare i propri comportamenti e le proprie reazioni emotive, e la formazione di giudizi morali), e Asse S (sintomatologia, intesa come esperienza soggettiva dei propri sintomi psicopatologici).
(1) PDM Task Force. Psychodynamic Diagnostic Manual. Alliance of Psychoanalitic Organizations, Silver Spring, 2006.
(2) PDM Task Force. PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico (tr.it. a cura di M.Ammaniti, N.Dazzi, F.Del Corno, V.Lingiardi). Raffaello Cortina, Milano, 2008.

conto verbale del paziente quanto sulla raccolta delle informazioni anamnestiche che sulla clinica della relazione instaurata con il paziente; 3) l'intervista strutturata si avvale di uno schema prefissato (a volte anche di precise domande prefissate) per la conduzione del colloquio e presuppone una formazione specifica, oltre quella professionale di base richiesta per i primi due strumenti, per poter ottenere informazioni affidabili e valide; 4) i test psicodiagnostici si avvalgono di una strumentazione specifica per ciascuna categoria testologica a seconda della natura del test stesso.

La concordanza inter-osservatore, l'affidabilità psicometrica e la validità dei diversi strumenti varia in rapporto alla tipologia dello strumento stesso in un range che va da livelli più bassi (osservazione clinica) a livelli più alti (test psicodiagnostici). In linea generale, la maggiore strutturazione dello strumento implica gradi progressivamente superiori di validità incrementale per cui la maggior raffinatezza teorica e psicometrica dello strumento utilizzato è proporzionale alla maggiore validità delle predizioni effettuate. Considerando lo specifico della diagnosi psicologica, la metodologia quindi varia a seconda del livello di applicazione, dell'adeguatezza dello strumento in rapporto al fenomeno oggetto di valutazione, dell'affidabilità dello strumento e della competenza individuale del professionista.

Formazione alle abilità diagnostiche

La diagnosi che gli psicologi possono attuare concerne anche la psicopatologia, come si evince dalle declaratorie dei settori scientifico-disciplinari da M-PSI/01 fino M-PSI/08 del Decreto Ministeriale del 4 ottobre 2000 del Ministero dell'Università e della Ricerca, presenti nei percorsi formativi universitari dello psicologo (classe 34 e 58/S di cui al DM 509/99 e classe L24 ed LM51 di cui al DM 270/04). A titolo di esempio citiamo:

M-PSI/01 Psicologia generale: "... comprende le competenze scientifico disciplinari relative all'organizzazione del comportamento e delle principali funzioni psicologiche (percezione, emozione, motivazione, memoria, apprendimento, pensiero, linguaggio) attraverso cui l'uomo interagisce con l'ambiente ed elabora rappresentazioni dell'ambiente e di se stesso...."

M-PSI/02 Psicobiologia e psicologia fisiologica: "... le competenze scientifico-disciplinari concernenti lo studio dei fondamenti e dei correlati biologici e fisiologici del comportamento e delle funzioni percettive, cognitive ed emotive, nell'uomo e negli animali, di più immediato interesse psicologico, anche in relazione alle attività motorie e sportive. In generale, comprende le competenze scientifico-disciplinari concernenti i rapporti tra strutture nervose e attività psichica. Comprende anche le competenze scientifico disciplinari relative ai metodi e alle tecniche di studio caratteristici degli studi del settore."

M-PSI/07 Psicologia dinamica: "... le competenze scientifico disciplinari che considerano da un punto di vista psicodinamico e psicogenetico le rappresentazioni del sé, i processi intrapsichici e le relazioni interpersonali (familiari e di gruppo), nonché le competenze relative alle applicazioni di tali conoscenze alla analisi e al trattamento del disagio psichico e delle psicopatologie..."

M-PSI/08 Psicologia clinica: "...Nei campi della salute e sanitario, del disagio psicologico, degli aspetti psicologici delle psicopatologie (psicosomatiche, sessuologiche, tossicomaniche incluse), dette competenze, estese alla psicofisiologia e alla neuropsicologia clinica, sono volte all'analisi e alla soluzione di problemi tramite interventi di valutazione, prevenzione, riabilitazione psicologica e psicoterapia."

Competenza e responsabilità della diagnosi psicologica

Come per tutte le figure professionali, la competenza dello psicologo a livello collettivo è relativa al metodo psicologico utilizzato mentre la competenza dello psicologo a livello individuale riguarda la sua formazione.

La competenza professionale dello psicologo è uno degli elementi che contribuisce all'affidabilità della diagnosi psicologica. A differenza delle professioni mediche, la professione di psicologo non è strutturata in settori che lo qualificano come specialista abilitato in specifiche aree della disciplina (età evolutiva, forense, clinica, della pubblicità, ecc.) per cui la com-

petenza diagnostica si basa, come detto prima, su un livello professionale collettivo (lo specifico metodologico della diagnosi psicologica) e su uno individuale basato sulla formazione. Per formazione si intende l'integrazione delle conoscenze di base del settore acquisite con il titolo di studio (laurea in psicologia) con il training specifico per aree diagnostiche omogenee (ad esempio, il testing in età evolutiva o in neuropsicologia, i questionari multi-tratto di personalità, il testing proiettivo), le supervisioni effettuate nelle varie aree tematiche del testing, le esperienze cliniche maturate sul campo, l'aggiornamento permanente che consente a ciascuno psicologo di selezionare il materiale testologico in base agli studi di affidabilità e validità pubblicati nel tempo in letteratura.

Questo aspetto della psicodiagnostica è attestato da articoli sia del Codice Deontologico italiano (seconda edizione, 2006) che del Meta-Codice di Etica della Federazione Europea delle Associazioni di Psicologi (2005). L'art.7 del Codice Deontologico italiano recita: "Nelle proprie attività professionali, nelle attività di ricerca e nelle comunicazioni dei risultati delle stesse, nonché nelle attività didattiche, lo psicologo valuta attentamente, anche in relazione al contesto, il grado di validità e di attendibilità di informazioni, dati e fonti su cui basa le conclusioni raggiunte; espone, all'occorrenza, le ipotesi interpretative alternative, ed esplicita i limiti dei risultati. Lo psicologo, su casi specifici, esprime valutazioni e giudizi professionali solo se fondati sulla conoscenza professionale diretta ovvero su una documentazione adeguata ed attendibile".

L'art. 3.2 del Meta-Codice di Etica prescrive allo psicologo l'obbligo "di praticare entro i limiti di competenza derivanti dalla formazione, dal training e dall'esperienza; di conoscenza delle procedure specifiche per differenti ambiti di applicazione e dei limiti delle procedure stesse; di esercitare in conformità della conoscenza della comunità psicologica, delle sue teorie e metodi e dello sviluppo critico della stessa; di bilanciare il bisogno di essere cauti quando si usano nuovi metodi, con la consapevolezza che nuove aree di pratica e nuovi metodi continueranno ad emergere e che ciò costituisce uno sviluppo positivo; di uno sviluppo professionale continuo".

ConsiglioNazionale**Ordine**degli**Psicologi**

Nell'esercizio dell'attività diagnostica, come di qualsiasi altra attività professionale, lo psicologo ha l'obbligo di esercitare non solo in scienza, ma anche in coscienza. Ciò determina l'assunzione non solo di responsabilità morali, ma anche di responsabilità giuridiche. L'art.5 del Codice Deontologico recita: "Lo psicologo è tenuto a mantenere un livello adeguato di preparazione professionale e ad aggiornarsi nella propria disciplina specificatamente nel settore in cui opera. Riconosce i limiti della propria competenza ed usa, pertanto, solo strumenti teorico-pratici per i quali ha acquisito adeguata competenza e, ove necessario, formale autorizzazione. Lo psicologo impiega metodologie delle quali è in grado di indicare le fonti ed i riferimenti scientifici, e non suscita, nelle attese del cliente e/o utente, aspettative infondate". Nell'ambito quindi delle possibilità riconosciute formalmente dalla legge di effettuare diagnosi psicologica e delle possibilità operative derivanti dalla propria formazione, il singolo psicologo risponde giuridicamente della propria competenza nell'uso della metodologia diagnostica, degli ambiti di applicazione della propria attività psicodiagnostica, dei risultati in tal modo ottenuti e del giudizio diagnostico finale espresso. In relazione all'art.5 del Codice Deontologico, lo psicologo è quindi responsabile giuridicamente di un'azione professionale per imperizia o altro difetto di competenza e di esecuzione tecnica.

ConsiglioNazionale**Ordine**degli**Psicologi**

Sintesi

Lo psicologo è abilitato formalmente ad effettuare attività di diagnosi psicologica in base all'art.1 della Legge n.56 del 1989 *Ordinamento della professione di Psicologo*.
La psicologia è la scienza che studia il comportamento e le funzioni mentali normali e patologiche.
L'attività di diagnosi psicologica ricomprende quindi al suo interno come caso specifico la diagnosi psicopatologica, in un rapporto da genere a specie.
Tale posizione risulta consolidata storicamente, scientificamente e giuridicamente.
La diagnosi sulle funzioni psichiche normali e patologiche si realizza attraverso una metodologia di competenza specifica della professione di psicologo.
Le abilità di base necessarie all'attività diagnostica sono pienamente contemplate nei percorsi formativi dello psicologo.
La competenza individuale comprende strumenti, attività e settori di applicazione per i quali il singolo psicologo ha adeguata formazione.
I limiti dell'attività diagnostica e la responsabilità giuridica dello psicologo sono regolati dal Codice Deontologico oltreché dalla normativa vigente in materia civile e penale.

Roma, 29 maggio 2009

In ricordo di...

a cura di GIOVANNI CAVADI

LEONARDO ANCONA (Milano 1922 – Roma 2008).

Nasce a Milano il 22-5-1922, studia ivi medicina e si specializza in malattie nervose e mentali, svolgendo una tesi con Agostino Gemelli. Ne diviene discepolo e poi collaboratore occupandosi soprattutto dei problemi legati alla studio della percezione visiva, dell'apprendimento e del comportamento umano.
Riconoscerà, in un articolo del 2001, di aver avuto il privilegio di apprender dal Maestro la missione del ricercatore nello studio del soggetto umano nella sua dimensione sperimentale.
Dal 1952 al 1954,su mandato di Gemelli, trascorre un periodo di studio negli USA come borsista della Rockefeller Foundation occupandosi di psicologia sociale: scriverà un volume di sintesi molto aggiornato all'epoca. Ad Ann Arbor,in Michigan, e a Swarthmore, in Pensylvania, si occupa di dinamica dei gruppi.
Si sposa e dal matrimonio sono nati tre figli.
Nel 1954 ottiene la libera docenza in psicologia.
Nel 1956-1957 ottiene una borsa di studio presso l'Aquinas Foundation di Montreal,in Canada, dove si occupa di psicologia clinica e psicoanalisi. L'anno successivo vince il concorso per la cattedra di psicologia succedendo alla cattedra di Gemelli presso la facoltà di lettere dell'Università Cattolica di Milano. Alla morte di Gemelli, nel 1959, gli succede alla direzione dell'Istituto di Psicologia, incarico che terrà sino al 1966 anno in cui si trasferisce alla facoltà di Medicina dell'U.C. di Roma e dove dirige l'Istituto di Psichiatria e Psicologia clinica sino alla sua uscita di ruolo nel 1992.
Sempre a Roma dirigerà al Scuola di specializzazione in Psicologia e in Psichiatria fino al 1994.
Nel 1975, dopo aver completato l'iter formativo in psicoanalisi, diviene membro della SPI.
L'entrata in campo psichiatrico è legata ad un scelta di campo secondo una prospettiva 'dinamica', polarizzata sulla dinamica del piccolo gruppo, poi del grande gruppo e quindi dei gruppi Balint. In tal modo Ancona è riuscito a coniugare i suoi interessi scientifico-applicativi della psicologia sociale con quelli della psicologia clinica ad indirizzo psicoanalitico.
Dal 1959 al 1998 è stato direttore scientifico dell' Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria.
Ha ricevuto vari riconoscimenti nazionali ed internazionali del campo della psicologia e della psichiatria. Presidente della Società Internazionale per le ricerche medico-psicologiche e religiose (AIEMPR); Presidente della Società italiana di psicoterapia analitica dei gruppi (SIPAG) e della Confederazione italiana ricerche analitiche sui gruppi (COIRAG); Presidente della Società italiana per la formazione in psichiatria (SIFIP); della Divisione di Psicologia e Religione della SIPs, Società Italiana di Psicologia; membro della Royal Academy of Psychiatrist di Londra; delegato italiano del Who European Regional Office; membro del Comitato NATO 'Human Factors'; membro del Comitato per la Transnational Social Psychology del Social Science Research Council di New York; componente per la psichiatria del Comitato medico internazionale miracoli di Lourdes.
Autore di oltre 400 articoli e di parecchi volumi.
E' morto a Roma nel luglio del 2008.

BIBLIOGRAFIA

1954. La psicologia sociale negli USA. Vita e Pensiero, Milano.
1960. L'aspetto medico dell'incidente stradale. Atti del Simposio ACI, Salsomaggiore, 1959.
1962. Dinamica della percezione. Mondatori, Milano.
1963. La psicoanalisi. Ed. K La Scuola, Brescia.
1974. Comportamenti e tecniche di gruppo (con Achille P.A.). Etas Libri, Milano.
1975. Dinamica dell'apprendimento. Mondatori, Milano.
1978. I processi biologici dell'apprendimento. Ed. La Scuola, Brescia.
1981. Le radici della sofferenza mentale (con Di Giannantonio M.). Borla, Roma.
1984. Introduzione alla psichiatria. Mondatori, Milano.
1986. Il fenomeno dell'ateismo contemporaneo:psicologia dell'ateismo. Vita e Pensiero, Milano.
1987. Introduzione alla psichiatria. Un volume soggettivo per il medico. Borla, Roma.
1991. Schizofrenia e depressione: biopsicodinamica. Seminari australiani. Ed. Teda, Castrovillari.
1992. Maschio e femmina. Nuovi padri e nuove madri. Ed. Paoline, Cinisello Balsamo.
1995. Modalità collusive e difensive del colloquio diagnostico. Nuova Italia Scientifica, Roma..
1999. L'enigma del desiderio. (con Vigna C. e Squeri P.). Ed. San Paolo, Roma.
2003. La mia vita e la psicoanalisi. Una narrazione soggettiva di scontri-incontri tra psicoanalisi e sacro. MA.GI., Roma.
2006. Il debito della chiesa alla psicoanalisi. Angeli, Milano.

COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

SEGRETERIA NAZIONALE

MARIO SELLINI
SEGRETARIO GENERALE
Tel. 0968/76244 - 348/4112553
e.mail: sellini@tin.it

PAOLO MOSCARA
Tel. 0832/753217 - 348/4112550
e.mail: paolomoscara@virgilio.it

VITO TUMMINO
Tesoriere
Tel. 031/523327 - 348/4112554
e.mail: vitotu@tin.it

MAURIZIO MICOZZI
Tel. 0734/6255052 - 348/2630003
e.mail: 55mico@virgilio.it

RINALDO PERINI
06/8860828 – 348/3701599
e.mail: rinperi@libero.it

GIOVANBATTISTA TIENGO
02/6691184 – 335/6082191
e.mail: giovanbattistatiengo@libero.it

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

CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

MEMBRI

ACQUADRO LOREDANA	015/9899853
ALESSANDRONI VINICIO	0736/844413
ARCICASA ANGELO	335/5995602
BALDASSARRE GIROLAMO	0874/823714
BELLISARIO PIER PAOLO	0872/706498
BERNARDINI ENRICO	0746/483073
BERTINI ANTONIO	075/5412647
BINI LAURA	339/5324246
BOZZARO PAOLO	095/536082
BRUSATI ANNA	0321/3734838
CALLONI GIOVANNI	329/7509118
CALVANI ROBERTO	0432/553571
CARTISANO ORLANDO	0963/591650
CASULA SEVERINO	388/6154491
CAVADI GIOVANNI	030/2410140
CAVION ROBERTO	0444/757550
CERIONI ANNA GRAZIA	0721/882849
CIRACÌ CARMELO	340/9383794
COLOMBARI MANUELA	051/6838432
CONTARDI M.CLEOFE	0721/739722
CORDARO ENZO	06/65104301
CORTI M. ELISABETTA	0341/482387
D'ANGELO ANNA	0885/781776
D'ANGELIS ERMENEGILDO	0824/313790
DE BORTOLI VIRGINIO	0437/931375
DE DONATO COSIMO	099/9727423
DE SIMONE ROBERTA	329/7141096
DI GIAMMARCO GILDA	0861/591737
DI LIBERTO CARLA	0783/317901
DIONIS OSCAR	348/5505803
DORDONI GIORDANA	338/ 7404609
FAIETTI ELENA	347/2711762
FLARA' NATALIO	0861/8020305
FORCELLINO VINCENZO	089/695174
FRATI FULVIO	349/0775079
GAETA NICOLA	0883/483439
GENTILE SALVATORE	0835/986450
GIOSSI PAOLA	031/370243
GOLLO ISIDORO	0835/243704
GUELLA CHIARA	333/4419094
INFURCHIA GIUSEPPE	0922/733580
INNEO GIUSEPPE	338/4678461
LAVARINO PIERO	011/7094711
LAZZARI DAVID	0744/423871
LIO SONIA	335/6677205
LETTINI GIANFRANCO	0972/39239
LOMBARDO ARMODIO	338/1429311
MACCOLINI DIANA	0546/602438
MANFREDA PAOLO	0863/441720
MANIGLIA RAFFAELE	0832/606931
MANNA PAOLA	347/3677796
MARENCO GIANCARLO	0141/392729
MARTELLO CARMELA	339/5088096
MARTIN MARIA ROSA	347/2592282
MAZZOLDI MARIANTONIETTA	0471/908594
MEGNA FRANCESCO	0962/924262
MELILLO ANNA ROSA	080/3254940
MELIS CATERINA	0781/660206
MERCURI EUGENIO	0968/25331
MERLINI FRANCO	02/58013132
MICOZZI MAURIZIO	0734/965752
MOSCARA PAOLO	0832/753500
NARDIN BRUNO	347/4334386
NARDO GIAMPIETRO	348/9335893
NOVELLI STEFANO	0385/259882
PAINI GIANCARLA	347/2211654
PALMA G. LUIGI	0836/554819
PAZZAGLIA ANTONELLA	0733/900316
PERINI RINALDO	0774/357209
PIERUCCI FERDANO	0585/45913
PIROMALLI CARLO	090/2224925
POLI GIACOMO	0376/919155
PUTZOLU DOMENICO	0783/81828
RASSU MARIA ROSA	079/9959809
RIPPA ARTURO	329/6505673
ROSSINI MARIO	335/5995603
RUBINO VINCENZO	349/7923121
SALINO PAOLA	349/5624609
SALTARINI DORIS	335/6301874
SANTORO LUCIA	055/483010
SARTORELLI MARIA CHIARA	347/5142566
SCACCIONI RAFFAELLA	0161/250097
SCARDILLI SALVO	095/894367
SCOLLO SALVATORE	0932/768606
SELLINI MARIO	0968/76244
SERRA LETIZIA	0131/443370
SOLARI SILVANO	0187/732772
SPITALE GIUSEPPE	0931/582458
TADDEI BRUNO	051/6224285
TIENGO GIOVANBATTISTA	335/6082191
TOSSICHETTI VALERIA	071/5963813
TRIGLIA ANGELO L.	0965/774339
TRISTAINO FRANCESCO	0984/73392
TUMMINO VITO	031/523327
VACCA LUCIANA	338/2688737
ZAVAGLIA SALVATORE	328/4188758

PROBIVIRI

BACILE MARCELLO	0833/544497
BOZZAOTRA ANTONIETTA	081/2542357
CATTARI FRANCESCO	347/4222081
D'ORSI GIOVANNI	0143/743366
GASSEAU MAURIZIO	348/2719909

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

BOZZARO PAOLO
COORDINATORE - SEGRETARIO REGIONALE
Tel. 095/536082
paolo.bozzaro@tin.it

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

SALINO PAOLA
SEGRETARIO REGIONALE
Tel. 349/5624609
salino.p@tiscali.it

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

MAZZOLDI MARIANTONIETTA
SEGRETARIO PROVINCIALE
Tel. 0471/908594
mariantonietta.mazzoldi@asbz.it

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

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

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

SOLARI SILVANO
SEGRETARIO REGIONALE
Tel. 0187/732772
silsol1@aliceposta.it

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

CERIONI ANNA GRAZIA
SEGRETARIO REGIONALE
Tel. 0721/882849
annag989@virgilio.it - annagraziacerioni@tiscalinet.it

SANTORO LUCIA
SEGRETARIO REGIONALE
Tel. 055/483010
firsir@tele2.it

BERTINI ANTONIO
SEGRETARIO REGIONALE
Tel. 075/5412647
ant.bertini@tiscali.it

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

MANFREDA PAOLO
SEGRETARIO REGIONALE
Tel. 0863/441720
paolomanfreda@sipsia.it

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

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

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

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

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

PUTZOLU DOMENICO
SEGRETARIO REGIONALE
Tel. 0783/290326
narbo@tiscali.it

PIEMONTE

Segretario Regionale

	MARENCO Giancarlo	0141/487651

Segretari Provinciali

TO	LAVARINO Piero	347/6981846
AL	SERRA Letizia	0131/443370
AT	MARENCO Giancarlo	0141/487651
CN	MICCA Carla	0174/723760
NO	BRUSATI Anna Maria	0321/3734838
VC	SCACCIONI Raffaella	0161/250097
BI	ACQUADRO Loredana	015 /9899853
VB	LIO Sonia	335/6677205

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	MARTELLO Carmela	339/5088096
MI Sud	CALLONI Giovanni	329/7509118
BG	RUBINO Vincenzo	349/7923121
BS	CAVADI Giovanni	030/3732358
CO	GIOSSI Paola	031/370243
LC	CORTI M. Elisabetta	0341/482387
LO	PAINI Giancarla	347/2211654
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	DE SIMONE Roberta	329/7141096
LP/CO	SALTARINI Doris	335/6301874

PROV. BOLZANO

BZ	MAZZOLDI Maria A.	0471/908594

PROV. TRENTO

TN	GUELLA Chiara	333/4419094

VENETO

Segretario Regionale

	NARDO Giampietro	348/9335893

Segretari Provinciali

VE	ROSSI Rita	041/5227825
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
TS	DIONIS Oscar	348/5505803
PN	MASCI Silvia	0434/553631

LIGURIA

Segretario Regionale

	SOLARI Silvano	0187/732772

Segretari Provinciali

GE	MACCHI Marco	335/6181892
IM	PRIVITERA Angela	347/4251121
SP	FAIETTI Elena	347/2711762
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	TOSSICHETTI Valeria	071/2862935
AP	ALESSANDRONI Vinicio	0736/844413
PS	CONTARDI M. Cleofe	0721/739722
MC	PAZZAGLIA Antonella	0733/900316

TOSCANA

Segretario Regionale

	SANTORO Lucia	055/483010

Segretari Provinciali

AR	FARNETANI Edi	0575/658158
GR	PAPA Margherita	347/4266470
FI	SANTORO Lucia	055/483010
LI	ARTICO Nicola	0586/614258
LU	POLIERI Maurizio	347/3808741
MS	PIERUCCI Ferdano	0585/42157
PI	TIMPANO Marco	0587/273378

SI	MANNA Paola	347/3677796
PO	DEGLI INNOCENTI Dario	0574/21135

UMBRIA

	Segretario Regionale	
	BERTINI Antonio	075/5412647
	Segretari Provinciali	
PG	ANGELUCCI Paola	347/33606618
TR	LAZZARI David	0774/205332

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	MASI Antonio	0775/600443
LT	SANAPO Aldo	0771/505022
RI	BERNARDINI Enrico	0746/278927
VT	CAVASINO Sergio	0761/290062

ABRUZZO

	Segretario Regionale	
	MANFREDA Paolo	0863/441720
	Segretari Provinciali	
AQ	MANFREDA Paolo	0863/509071
CH	BELLISARIO P. Paolo	0872/706498
TE	DI GIAMMARCO Gilda	0861/591737
PE	SARTORELLI M. Chiara	347/5142566

MOLISE

	Segretario Regionale	
	BALDASSARRE G.	0874/823714
	Segretari Provinciali	
IS	VACCA Luciana	338/2688737

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	RIPPA Arturo	329/6505673
SA	FORCELLINO Vincenzo	089/695174

PUGLIA

	Segretario Regionale	
	PALMA Giuseppe	348/7719657
	Segretari Provinciali	
BA	MELILLO Anna Rosa	080/3254940
BR	CIRACÌ Carmelo	340/9383794
FG	D'ANGELO Anna	0885/781776
LE	MANIGLIA Raffaele	0832/327565
TA	DE DONATO Cosimo	099/9727423
BT	GAETA Nicola	0883483439

BASILICATA

	Segretario Regionale	
	GENTILE Salvatore	0835/986450
	Segretari Provinciali	
PZ	LETTINI Gianfranco	0972/39239
MT	GOLLO Isidoro	0835/243717

CALABRIA

	Segretario Regionale	
	LOMBARDO Armodio	338/1429311
	Segretari Provinciali	
RC	TRIGLIA A. Luigi	0965/881400
CZ	MERCURI Eugenio	0968/25331
CS	TRISTAINO Francesco	0984/464048
KR	MEGNA Francesco	0962/962568
VV	CARTISANO Orlando	0963/591650

SICILIA

	Segretario Regionale	
	BOZZARO Paolo	095/536082
	Segretari Provinciali	
AG	INFURCHIA Giuseppe	0922/832757
CL	SCARLATA Maurizio	329/4244997
CT	SCARDILLI Salvo	095/320955
EN	VACCARO Maria	0935/520818
ME	PIROMALLI Carlo	090/2224925
PA	SPERANDEO Antonio	091/8141497
RG	SCOLLO Salvatore	0931/502593
SR	SPITALE Giuseppe	0931/582458
TP	BIANCO Agata	0923/472256

SARDEGNA

	Segretario Regionale	
	PUTZOLU Domenico	0783/290326
	Segretari Provinciali	
CA	MELIS Caterina	070/655883
NU	CASULA Severino	388/6154491
OR	DI LIBERTO Carla	0783/317901
SS	RASSU M. Rosa	079/9959809

DIPENDENTI / CONVENZIONATI AZIENDE SANITARIE

(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)

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

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

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

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

La/il sottoscritt___ _____

dipendente con la qualifica di:

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

ovvero

❑ *Convenzionato ex DPR 261/92 per n° _____ ore/sett*
Dichiaro di essere titolare per complessive n° _____
ore/settimanali presso le altre seguenti UUSSLL:

_____ _____

Servizio o Presidio _____

Tel. Servizio _____/_____

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

La/il sottoscritt___ dichiara che la presente delega:

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

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

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

Data_____ _____
FIRMA

Le informazioni verranno inviate al seguente indirizzo:

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

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

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

mediante versamento su c.c.p. n° 72492028
intestato a AUPI - Via Arenula 16 - 00186 ROMA

Il contributo mensile è calcolato distintamente secondo le seguenti modalità:

❑ **per i 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 AAUUSSLL 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 psicolog _____ .
Allego copia della ricevuta del versamento sul ccp n° 72492028 intestato *Aupi Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula, 16 - 00186 Roma* di € _____ per la quota associativa relativa all'anno solare 2009 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 2009 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 2008:

❑ € 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 2009**, 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:)

A U P I
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:
a) promuovere nella società italiana la ricerca, la cultura e la pratica della Psicologia;
b) stimolare e mantenere alti gli standard professionali e scientifici;
c) promuovere, implementare e finalizzare il contatto fra le Società scientifiche ed i loro associati su comuni temi di interesse scientifico e culturale;
d) divulgare le notizie riguardanti la ricerca psicologica attraverso appropriati strumenti di comunicazione;
e) segnalare agli Enti Pubblici e Privati, nonché ad Associazioni, i problemi connessi con la sfera delle attività delle società scientifiche e proporsi come sistematico interlocutore;
f) organizzare commissioni permanenti su: accreditamento, aggiornamento professionale, linee guida, etica, sperimentazioni e altro.
A tale scopo, la Federazione intratterrà rapporti costanti con le altre Federazioni, nazionali e sovranazionali, nonché con gli Istituti di formazione alla Psicologia, l'Università, e con gli Enti pubblici e privati. Con tali Associazioni, Istituti ed Enti la F.I.S.S.P. potrà stipulare convenzioni, avviando ogni utile collaborazione o assecondando quelle già avviate da altri; potrà inoltre svolgere attività ritenute utili al raggiungimento degli scopi.
La Federazione potrà dotarsi di ogni strumento ed organo di comunicazione interna fra le Società scientifiche ed esterna, organizzando convegni, seminari, e ricerche a livello nazionale ed internazionale, nonché favorendo la conoscenza tempestiva di tutte le iniziative utili a migliorare le conoscenze e le applicazioni della Psicologia. Lo scopo principale della Federazione è quello di stimolare, portare e mantenere alti gli standard professionali e scientifici.
La Federazione non può svolgere attività diverse da quelle sopra indicate, ad eccezione di quelle ad essa strettamente connesse o di quelle accessorie a quelle statutarie, in quanto integrative delle stesse.

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

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

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

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

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di Dicembre 2009

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