

NOTIZIE

- ▶ **Lettera aperta agli psicologi italiani**
- ▶ **Referendum: riforma (???) della Costituzione**
- ▶ **Regolamento per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap**
- ▶ **Libro verde salute mentale**

Notizie

SOMMARIO

Ψ
AUPI

3

Lettera aperta agli psicologi italiani - M. Sellini

13

Referendum: riforma (???) della Costituzione - M. Sellini

14

D.M. 11/2/99 parere CUN

16

CUN Notizie n. 196
Resoconto della sessione del 5-6 aprile 2006

17

Sul parere CUN del 8 marzo 2006

19

Ricomincio da te, per la salute, per il benessere sociale,
nuove politiche di sostenibilità

27

Regolamento per l'individuazione dell'alunno come soggetto
in situazione di handicap - P. Moscara

28

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
23 febbraio 2006, n. 185

34

Direzione strutture complesse

39

Libro verde salute mentale

61

Quadri AUPI

63

Schede d'iscrizione

Lettera aperta agli psicologi italiani

Mario Sellini
Segretario Generale



Cara collega caro collega,
questa volta, più che il solito editoriale, sento il dovere di scrivere ed indirizzare, ad ognuno dei lettori, una lettera aperta, con un messaggio importante e vitale per la Psicologia e per la nostra, amata, professione. Potrebbe addirittura essere paragonata ad un messaggio in bottiglia, che ognuno di noi dovrà raccogliere, per farne strumento di azione comune.

Chiedo scusa se anche i contenuti saranno “vestiti” di uno stile e di una forma non “politicamente corretta” per come si usa dire oggi. Forma e contenuti non usuali per affrontare un tema, la specializzazione in Psicologia Clinica ed il ciclo unico (laurea quinquennale) per Psicologia.

Il tono non può essere “politicamente corretto” semplicemente perché a nessuno, fosse anche un cattedratico/ordinario/premio Nobel, è concesso di prendere per i fondelli 53.000 Psicologi, 50.000 studenti, la Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Psicologia, il Consiglio Nazionale dell'Ordine, il Sindacato di categoria, le associazioni professionali, le società scientifiche, la Psicologia e la nostra Professione.

Noi non accettiamo di essere presi in giro e non abbiamo (ancora) l'anello al naso.

Nelle pagine successive pubblichiamo tutta la documentazione ed ognuno di noi sarà in grado di farsi un'idea che quello che sta accadendo.

Una brevissima cronistoria è opportuna. Non certo per aiutare a capire, ma semplicemente per mettere in ordine i fatti.

Il Consiglio Nazionale, tempo fa, ha impugnato l'attivazione del corso di specializzazione in Psicologia Clinica istituito presso la facoltà di medicina dell'Università di Padova, specializzazione peraltro aperta anche ai medici. La sezione VI del Consiglio di Stato, massima espressione della Magistratura Amministrativa, con sentenza n. 981/04, ci ha dato ragione, ed ha ribadito e confermato i principi già contenuti nella legge n. 56/89: la Psicologia Clinica è parte integrante della Psicologia e come tale è riservata agli iscritti all'albo degli Psicologi.

È ovvio. Ma, vedremo che è ovvio solo per noi, per il Consiglio di Stato e per il Parlamento. Per altri (CUN, e prof. Violani) non è così. Nonostante la legge. Nonostante la sentenza alcune facoltà di medicina decidono di infischiarne della legge e della sentenza e

deliberano l'attivazione di altre scuole di specializzazione in Psicologia aperte ai medici.

Il Consiglio Nazionale impugna, ancora una volta, le deliberazioni dei senati accademici. Il CUN, massimo (???) organo di rappresentanza del mondo accademico è chiamato ad esprimere il proprio parere, anche questo pubblicato nelle pagine successive.

Commentare questo parere è inutile. Chiunque lo legga comprende immediatamente la pochezza delle argomentazioni, l'arroganza delle scelte, la supponenza degli argomenti, la voluta e fedigrafa omissione della Sentenza del Consiglio di Stato. Le argomentazioni proposte fanno trasparire una marcata non conoscenza (ignoranza) di quella che è l'evoluzione storica, culturale, scientifica, sociale, politica e giuridica della Psicologia.

Non c'è un solo argomento che possa assurgere ad una dignità tale da meritare di essere discusso.

Niente di niente. Il nulla assoluto.

L'estrema sintesi del ragionamento (sic) rintracciabile nel parere del CUN è il seguente: sono tanti anni che esiste a medicina la specializzazione in Psicologia Clinica; sono 10 le facoltà di medicina che hanno attivato questi corsi; la Psicologia Clinica è una cosa che riguarda anche i medici; che la professione di Psicologo è recente; e che comunque deve tutto rimanere così; non illudetevi di poter cambiare lo status quo.

Arroganza e supponenza.

Solo per fare un esempio: è come se noi, oggi, consentissimo l'esercizio della Professione di Psicologo a chi la esercitava prima del 1989, nonostante non abbia chiesto e/o ottenuto l'iscrizione all'Albo professionale. Prima del 1989, anno di emanazione della legge istitutiva della Professione di Psicologo, chiunque poteva fregiarsi del titolo di Psicologo ed esercitare la professione. Dalla data di approvazione della legge non è più così. Non è più consentito. Ed oggi non è consentito formare all'esercizio di una professione chi questa professione non può esercitarla.

Eppure non mi meraviglia più di tanto il fatto che il CUN assuma queste determinazioni.

Quello che mi fa specie e che deve far, prima inorridire e poi riflettere ciascuno di noi, è il fatto che questo parere non solo è stato approvato e condiviso dal prof. Violani, ma è stato dallo stesso predisposto. Il prof. Violani è un docente della Facoltà di Psicologia di Roma.

Ma il prof. Violani sa che esiste una legge dello Stato che regola la Professione di Psicologo? Sa che questa legge riserva agli Psicologi iscritti all'Albo l'esercizio della Professione? Sa che cos'è una professione regolamentata? Sa che cos'è una riserva di legge? Sa che cos'è l'esercizio abusivo della professione? Sa che la Specializzazione in Psicologia Clinica non esiste in Europa? Sa che per questa specializzazione non esiste una specifica Disciplina in ambito sanitario? Sa che nel servizio sanitario nazionale esistono solo due discipline: Psicologia riservata agli Psicologi e Psicoterapia in comune a medici e psicologi? Sa che per l'accesso ai concorsi nelle ASL la specializzazione in Psicologia Clinica deve essere dichiarata equipollente a qualche altra? Sa che la sua presa di posizione potrebbe essere configurata come istigazione all'esercizio della professione? Ma il prof. Violani è iscritto al nostro Ordine professionale? È sottoposto alle norme del nostro codice deontologico?

Caro prof. Violani come dobbiamo chiamare i medici specializzati in Psicologia Clinica? Psicologi? Psicologi Clinici? O come? Caro prof. Violani, come lei certamente saprà, i medici che si specializzano ottengono una borsa di studio finanziata dal Ministero della salute perché, al pari di tutti gli altri medici specializzandi, la loro specializzazione "serve", "è necessaria" al Servizio Sanitario Nazionale. Ma caro prof. Violani come saranno assunti dalle ASL? In quale Profilo Professionale? In quale area? In quale disciplina? Per caso non è che andranno ad occupare i pochissimi posti che ancora oggi sono riservati agli Psicologi?

Che quesito prosaico. Ma cosa può interessare all'Accademia (Empireo della Scienza) qualche posto di lavoro? Il grande attore Totò diceva: "sono quisquiglie". Purtroppo non si tratta di uno scherzo. Sono tutte domande serissime, alle quali tutti noi, compreso il prof. Violani, dobbiamo una risposta.

Questo per quanto riguarda la normativa (e non è tutto).

Ma il prof. Violani sa che la Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Psicologia ha espresso un parere diverso. Sa che i Docenti delle scuole di specializzazione in Psicologia Clinica delle nostre facoltà sono di diverso avviso? Sa che il nostro Ordine ha vinto già un ricorso? Sa che noi non siamo d'accordo?

Troppe cose non sa o preferisce non sapere. E quando sono troppe, usando una metafora cara al sen. Andreotti, a pensar male si fa peccato, ma ci si "azzecca".

E noi cominciamo a pensare male. Molto male. Tutto il male possibile.

Cominciamo a chiederci cosa c'è dietro? Cosa c'è davanti? E di lato? E sopra? E sotto?

Pensiamo male. Tutto il male possibile. Ed in questo ci rinforzano le

risposte (se tali le vogliamo chiamare e che pubblichiamo) che il prof. Violani ha indirizzato a noi che abbiamo protestato.

Le stesse argomentazioni inconsistenti. La stessa vacuità.

A leggere le risposte personalmente mi sento offeso e preso in giro.

Per non parlare della mozione preparata sempre dallo stesso e fatta approvare dal CUN.

Anche questo documento è pubblicato nelle pagine successive e fa riferimento alla possibilità di abolire la laurea triennale ed il ritorno al ciclo unico con laurea quinquennale. Anche in questo caso, il Nostro dichiara la sua opposizione. Niente ciclo unico. Va bene così. Contro tutto e contro tutti.

Ed allora a questo punto cosa pensare? Il quadro apparentemente sembra più ingarbugliato. In realtà inizia a schiarirsi. Ma a chi fa comodo la pletera di studenti iscritti alla laurea triennale? Alle nostre Facoltà? Apparentemente sembrerebbe di sì. Ma non è così. In realtà i beneficiari maggiori della nostra pletera di triennialisti sono le facoltà di medicina. I soldi delle tasse dei nostri 50.000 studenti, finanziano, in misura minima, i nostri corsi di laurea. Basti vedere il degrado di alcune nostre facoltà. La maggior parte delle tasse pagate dagli studenti iscritti nelle facoltà di Psicologia vanno a finanziare le facoltà di medicina.

E le facoltà di medicina stanno facendo con gli studenti delle nostre lauree triennali, quello che, già da lungo tempo, hanno iniziato a fare con le professioni infermieristiche; prima con i diplomi universitari e adesso con le lauree triennali e specialistiche.

Noi, gli infermieri. Pecore da mungere. Ed infatti una delle risposte del prof. Violani fa esplicito riferimento agli infermieri.

Ma adesso basta. I naturali limiti della pazienza sono abbondantemente superati. Vogliamo e dobbiamo riprenderci quello che è nostro. Basta con chi considera la nostra Professione e la nostra Formazione solo uno strumento per interessi, confessabili e/o inconfessabili.

Abbiamo protestato. Ma non basta. Siamo ancora in pochi. Dobbiamo scrivere, scrivere e ancora scrivere. Dobbiamo far sapere a tutti i 53.000 Psicologi chi e cosa stanno facendo alla nostra Professione. Il Consiglio Nazionale ha uno strumento, "Il giornale dello Psicologo" inviato a tutti gli iscritti. Che lo si usi. Si spieghi ai colleghi cosa sta accadendo. Li si inviti a chiedere, al Ministero, al CUN, a Violani, il ripristino della legalità.

Gli Ordini regionali diffondano e spieghino ai colleghi ciò che sta accadendo, li mobilitino per un obiettivo che, mai come questa volta, è realmente unificante per tutta la categoria. Non è pensabile che una categoria, la nostra categoria, subisca, in silenzio quanto sta accadendo.

Potremmo anche perdere questa battaglia. Ma è una battaglia che deve essere combattuta. Contro i nemici esterni. E questi li avevamo messi in conto. Ma dobbiamo combattere anche contro i nemici interni, più pericolosi ed infidi. Non a caso il parere non è stato scritto dai medici che si sono guardati bene dal metterci la faccia. Battaglia, mobilitazione. Sono termini che fanno parte di un linguaggio epico, che per nulla si addice alla nostra situazione. Di epico non c'è assolutamente nulla. C'è solo un rischio, grave ed imminente: un futuro nel quale potrebbero coesistere una "PSICOLOGIA2 dei medici ed una "psicologia" degli psicologi. Di epico c'è solo la necessità di preservare, forse solo per spirito di sopravvivenza, la nostra Professione.

È duro doversi confrontare con problematiche che assorbono energie, tempo ed impegno e che dovremmo poter dedicare alle nostre attività sindacali. Quanto ci piacerebbe rivolgere i nostri interessi e le risorse disponibili unicamente all'attività sindacale. Quanto lavoro in meno. Quanto ci piacerebbe avere un'Accademia che sta dalla nostra parte, dalla parte dei colleghi che esercitano o vogliono esercitare la professione. Non dalla parte degli iscritti al Sindacato. Dalla parte degli Psicologi. Dalla parte degli studenti. È vero che il prof. Violani, fortunatamente, non rappresenta l'Università. Ma è altrettanto vero che, anche uno solo, riesce a fare danni enormi. Fortunatamente il Consiglio Nazionale dell'Ordine sembra muoversi su una linea di discontinuità rispetto al passato. Le dichiarazioni di intenti sembrano confermare questa prospettiva, anche se non è ipotizzabile che, da subito, si riesca a lavorare e muoversi all'unisono. Qualche frangiatura è accettabile e comprensibile. Quello che non accetteremo mai è tradire il mandato, chiesto agli elettori ed ottenuto. Siamo certi che tutto ciò non accadrà, anche se per chi è oramai fuori dal Consiglio Nazionale è difficile accettare la nuova condizione.

L'AUPI vuole un Consiglio Nazionale forte, autorevole, capace di proporsi come interlocutore privilegiato della politica e della società. È interesse dell'AUPI, ma è soprattutto interesse della Categoria.

Ovviamente un Consiglio Nazionale debole fa comodo. Fa comodo a chi, avendo acquisito nel passato recente, una "visibilità" personale, ha tutto l'interesse ad avere un Consiglio Nazionale debole, incapace di farsi riconoscere all'esterno. E qual è la tattica per indebolire il Consiglio Nazionale? Facilissimo.

Mettere l'un contro l'altro i Consiglieri. Far litigare la maggioranza uscita dalle elezioni. Mettere in evidenza le ambizioni personali non realizzate. Sottolineare le differenze piuttosto che le affinità. Lavorare sul piano "personale" piuttosto che su quello "politico".

Spingere il Consiglio Nazionale a decidere in base agli umori, alle amicizie personali, alle antipatie e simpatie, all'emozionalità, alle ripicche. Impedire al Consiglio di fare "politica" per la professione. Farlo regredire ad una forma di infantilismo, fino a renderlo assolutamente innocuo ed inutile.

L'AUPI deve fare sindacato. Il Segretario Generale dell'AUPI deve fare il Segretario Generale dell'AUPI. Gli ex Presidenti devono fare gli "ex". L'ex Presidente del Consiglio Nazionale deve fare l'"ex". Il Consiglio Nazionale deve fare il Consiglio Nazionale.

Rispetto dei ruoli. Solo un profondo e convinto rispetto dei reciproci ruoli può garantire lo sviluppo di sinergie e forze positive nella categoria.

Tornando, come sempre, al nostro piccolo orticello ed alle questioni di casa nostra, la lunga, complessa, faticosa, ma anche esaltante fase congressuale, è terminata.

Con lo spoglio delle schede elettorali e con l'elezione della Segreteria Nazionale il Congresso è formalmente chiuso.

Sono stati celebrati circa 100 Congressi (Provinciali e Regionali) che hanno visto la partecipazione di tantissime colleghe e colleghi. Un dato che deve essere sottolineato è quello relativo alla grande maturità dimostrata dagli iscritti, dai quadri sindacali e dai dirigenti. Al centro dell'interesse è stato posto lo sviluppo e la crescita della Categoria e del Sindacato, il Proselitismo, la Formazione dei quadri, la Professione, i rapporti di lavoro atipici, la crescente disoccupazione e sottoccupazione, le preoccupazioni per la formazione universitaria, la visibilità della Psicologia negli assetti organizzativi delle ASL. Su questi e su tanti altri temi si è dibattuto con spirito costruttivo. Molti quadri provinciali e regionali sono cambiati. Ai nuovi Segretari Regionali e Provinciali un grazie per aver raccolto la sfida derivante da un impegno certamente non facile ed un augurio di buon lavoro. Auguri e ringraziamenti estesi anche ai quadri che hanno accettato di continuare a lavorare con e per il Sindacato.

Con l'elezione della Segreteria Nazionale si riprende, nonostante il lavoro sindacale non si sia mai interrotto, in pieno l'attività. Stanno per iniziare le trattative aziendali e dobbiamo farci trovare pronti. La Segreteria Nazionale, d'intesa con la Conferenza delle Regioni, ha predisposto un documento contenente le linee guida per la contrattazione aziendale. Le linee guida non sono esaustive ma consentiranno agli aziendali di avere una guida importante.

Riprenderemo, molto presto, gli incontri di formazione con i Segretari Aziendali. Questi incontri saranno periodici e verteranno essenzialmente sulle trattative aziendali. E contemporaneamente partirà una iniziativa specifica per la formazione di colleghi (alme-

no uno per Regione) capaci di attivare tutte le iniziative necessarie per una corretta definizione dei Fondi di Risultato. È un impegno particolarmente gravoso che richiede l'acquisizione di specifiche competenze. Vista la scarsità di risorse economiche disponibili, non possiamo permetterci il lusso di lasciare che le Aziende continuino ad utilizzare, per altri scopi, le risorse che i contratti hanno storicamente assegnato alla Dirigenza Sanitaria.

Sono iniziative difficili sul piano tecnico. Cercare e recuperare gli atti deliberativi non è semplice considerato l'atteggiamento delle Aziende che spesso ostacola e "mette i bastoni tra le ruote". "Leggere" gli atti deliberativi e "far di conti" anche questo richiede una competenza non indifferente.

Oltre alle difficoltà tecniche ci sono poi passaggi altrettanto delicati che sono quelli politici. Rapporti con le Aziende. Rapporti con le altre OO.SS. della Dirigenza Sanitaria. Rapporti con i Dirigenti sanitari delle altre Professioni. Ci si deve muovere con estremo equilibrio, come su un filo di rasoio; senza mai perdere di vista l'obietti-

vo principale, che è quello di ristabilire la corretta definizione dei Fondi, e nel contempo trovare alleati per questa iniziativa. Non dobbiamo mai dimenticare che oltre alla bontà delle nostre idee e proposte è necessario, sempre, costruire maggioranza. Interno alle nostre iniziative dobbiamo imparare a costruire il consenso. Tanto più è facile creare consenso quanto più siamo capaci di presentare le nostre proposte come proposizione e difesa degli interessi generali. Mai far apparire le nostre richieste come richieste corporative.

Solo in questo modo riusciremo a creare il consenso necessario per il raggiungimento degli obiettivi che ci proponiamo. Gli aspetti rivendicativi devono sempre essere successivi alla creazione del consenso. Consenso che deve essere costruito, prima all'interno della categoria, coinvolgendo i colleghi, anche i non iscritti, e poi allargare la costruzione dello stesso anche alle altre Categorie. Consenso e condivisione delle scelte sono la materia prima per il PROSELITISMO.



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Sesta) ha pronunciato
la seguente

N.981/04

Reg.Dec.

N. 11380 Reg.R

ANNO 1998

DECISIONE

sul ricorso in appello n. 11380/98, proposto da:

CONSIGLIO NAZIONALE DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI, in
persona del presidente in carica, rappresentato e difeso dagli avv. Andrea
Pavanini e Guido Francesco Romanelli, ed elettivamente domiciliato presso
lo studio di quest'ultimo in Roma, via Cosseria, n. 5;

contro

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA, in persona del rettore in
carica, rappresentata e difesa dall'Avvocatura generale dello Stato, presso i
cui uffici domicilia per legge in Roma, via dei Portoghesi, n. 12;

per l'annullamento

della sentenza del Tribunale amministrativo regionale del Veneto, sezione
II, 1 luglio 1998, n. 1210;

visto il ricorso in appello, con i relativi allegati;

visto l'atto di costituzione in giudizio dell'Università degli studi di
Padova;

visti tutti gli atti della causa;

relatore all'udienza pubblica del 20 gennaio 2004 il consigliere Carmine Volpe, e uditi altresì l'avv. G. F. Romanelli per l'appellante e l'avv. dello Stato Bruni per l'Università appellata;

ritenuto e considerato quanto segue.

FATTO E DIRITTO

1. Il primo giudice ha respinto il ricorso proposto dal Consiglio nazionale dell'ordine degli psicologi avverso il decreto del rettore dell'Università degli studi di Padova 11 ottobre 1995, con cui, presso la medesima Università, è stata istituita la Scuola di specializzazione in psicologia clinica. Il decreto modificava lo statuto dell'Università degli studi di Padova aggiungendo, dopo l'art. 114, un nuovo articolo, 115, composto di 24 paragrafi, contenente l'ordinamento della detta Scuola.

Il Consiglio nazionale dell'ordine degli psicologi appella contestando la sentenza.

L'Università degli studi di Padova si è costituita in giudizio, resistendo al ricorso in appello.

2.1. Il ricorso in appello è fondato.

La sezione condivide le tesi sostenute dall'appellante.

La professione di psicologo è definita dall'art. 1 della l. 18 febbraio 1989, n. 56, secondo cui essa "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. Comprende altresì le attività di sperimentazione, ricerca e didattica in tale ambito".

Il successivo art. 2 prevede, al comma 1, che “per esercitare la professione di psicologo è necessario aver conseguito l'abilitazione in psicologia mediante l'esame di Stato ed essere iscritto nell'apposito albo professionale” e, al comma 3, che “sono ammessi all'esame di Stato i laureati in psicologia che siano in possesso di adeguata documentazione attestante l'effettuazione di un tirocinio pratico secondo modalità stabilite con decreto del Ministro della pubblica istruzione, da emanarsi tassativamente entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge”.

L'art. 3 della l. n. 56/1989 prescrive, al comma 1, che “l'esercizio dell'attività psicoterapeutica è subordinato ad una specifica formazione professionale, da acquisirsi, dopo il conseguimento della laurea in psicologia o in medicina e chirurgia, mediante corsi di specializzazione almeno quadriennali che prevedano adeguata formazione e addestramento in psicoterapia, attivati ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162, presso scuole di specializzazione universitaria o presso istituti a tal fine riconosciuti con le procedure di cui all'articolo 3 del citato decreto del Presidente della Repubblica”.

Ciò premesso, in forza delle disposizioni anzidette ai laureati in medicina non è consentito acquisire specialità psicologiche diverse dalla psicoterapia. La psicologia clinica, inoltre, rappresenta una specializzazione della psicologia (e non della medicina) e consente anche, ma non solo, l'esercizio della psicoterapia. Essa, in quanto specializzazione della psicologia, non può che essere riservata ai soli psicologi.

Ne consegue l'illegittimità di quanto previsto dallo Statuto della Scuola di specializzazione in psicologia clinica, laddove, aprendola anche ai laureati in medicina, si dice che la Scuola rilascia "il titolo di specialista in psicologia clinica che consente l'iscrizione nell'albo degli psicoterapeuti". La Scuola, nel rispetto del disposto dell'art. 3 della l. n. 56/1989, se aperta sia agli psicologi sia ai medici, potrebbe rilasciare solo un titolo di specializzazione in psicoterapia, che rappresenta l'unica area di specializzazione comune ad entrambe le professioni, e non, come invece previsto, il diverso titolo di specializzazione in psicologia clinica.

La tesi fatta propria dalla sezione è oltremodo avallata dalla circostanza per cui l'equipollenza tra il titolo di specializzazione in psicoterapia e quello di specializzazione in psicologia è stata riconosciuta solo dalla legge (art. 2, comma 3, della l. 29 dicembre 2000, n. 401), e in epoca successiva al provvedimento impugnato in primo grado.

Va quindi ritenuta la fondatezza delle censure di violazione e falsa applicazione degli artt. 1, 2 e 3 della l. n. 56/1989, nonché di eccesso di potere per difetto di presupposto e di incompetenza, dedotte in primo grado.

2.2. L'appellante ripropone il terzo motivo del ricorso di primo grado, con cui si era dedotta la violazione degli artt. 3 e 35 della l. n. 56/1989 e l'eccesso di potere per difetto di motivazione.

Si sosteneva l'illegittimità della previsione del paragrafo 9 dello statuto, secondo cui, per i primi due anni accademici successivi all'entrata in vigore del nuovo ordinamento, possono essere ammessi alle prove per conseguire l'iscrizione alla Scuola, oltre ai laureati in medicina e psicologia,

requisiti per potere essere iscritti all'albo degli psicologi. Così che, in via transitoria, sarebbe stato possibile l'accesso ad una Scuola di specializzazione in psicoterapia anche a soggetti i quali, pur iscritti all'albo degli psicologi, non siano in possesso della laurea in psicologia; in contrasto con quanto previsto dall'art. 35 della l. n. 56/1989.

Il primo giudice ha ritenuto la censura inammissibile per carenza di legittimazione a ricorrere, poiché gli ordini professionali, siccome enti esponenziali di interessi collettivi, sono legittimati ad agire per la tutela degli interessi di tutte le categorie rappresentate, oltre che per sopravvenuto difetto di interesse a causa della mancanza attuale di efficacia della disposizione, concepita durante il periodo di efficacia dell'art. 35 della l. n. 56/1989; periodo scaduto nel marzo 1994.

Il motivo è fondato.

La legittimazione sussiste sulla base di quanto previsto dall'art. 28, comma 6, lett. d), della l. n. 56/1989, secondo cui "il Consiglio nazionale dell'ordine...cura l'osservanza delle leggi e delle disposizioni concernenti la professione relativamente alle questioni di rilevanza nazionale".

Quanto poi alla previsione del paragrafo 9 dello statuto, che risulta espressamente limitata solo ai primi due anni accademici e non, invece, al periodo di efficacia previsto dall'art. 35, comma 3, della l. n. 56/1989, essa è in contrasto, oltre che con il sistema a regime previsto dall'art. 3 della l. n. 56/1989, con quello transitorio di cui al comma 1 del citato art. 35; secondo cui, "in deroga a quanto previsto dall'articolo 3, l'esercizio dell'attività psicoterapeutica è consentito a coloro i quali o iscritti all'ordine degli

entro l'ultima sessione di laurea, ordinaria o straordinaria, dell'anno accademico 1992-1993, dichiarino, sotto la propria responsabilità, di aver acquisita una specifica formazione professionale in psicoterapia, documentandone il curriculum formativo con l'indicazione delle sedi, dei tempi e della durata, nonché il curriculum scientifico e professionale, documentando la preminenza e la continuità dell'esercizio della professione psicoterapeutica”.

3. Il ricorso in appello, pertanto, deve essere accolto e, in riforma della sentenza impugnata, il ricorso di primo grado va accolto con il conseguente annullamento, per quanto di ragione, del provvedimento impugnato. Le spese e gli onorari del doppio grado di giudizio, sussistendo giusti motivi, possono essere compensati.

Per questi motivi

il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, sezione sesta, accoglie il ricorso in appello e, in riforma della sentenza impugnata, accoglie il ricorso di primo grado e annulla, per quanto di ragione, il provvedimento impugnato.

Compensa tra le parti le spese e gli onorari del doppio grado di giudizio.

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

Così deciso in Roma il 20 gennaio 2004 dal Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, sezione sesta, in camera di consiglio, con l'intervento dei signori:

Referendum: riforma (???) della Costituzione

Mario Sellini
Segretario Generale

A distanza di cinque anni siamo, nuovamente, chiamati ad esprimere il nostro voto sulla Riforma della Costituzione. Due referendum in cinque anni. Due Riforme (???) della Costituzione in meno di cinque anni, ci sembrano sinceramente troppe.

Nel 2001 il referendum e la Riforma passarono nel silenzio più totale e nella massima disattenzione di tutti noi. Oggi, nonostante il clima politico sia sostanzialmente diverso, il rischio della disattenzione è in ogni caso forte. Il periodo, fine giugno, non agevola la partecipazione al voto. Prima le elezioni politiche, poi quelle amministrative, poi ancora il referendum.

Non dobbiamo dimenticare che questa Riforma della Costituzione, sulla quale siamo chiamati ad esprimerci, rende il "sistema Italia", assolutamente ingovernabile. L'assetto generale delle Istituzioni Repubblicane ne esce fortemente indebolito.

Il sistema dei "pesi" e dei "contrappesi" istituzionali, sui quali si fonda il nostro vivere "civile", è completamente scardinato. Non c'è Istituzione Repubblicana che non veda stravolte le proprie funzioni. La Presidenza della Repubblica, la Presidenza del Consiglio, la Camera dei Deputati, il Senato, la Corte Costituzionale, tutto stravolto.

Modifiche di tal portata sono necessarie dopo una guerra, così come nel 1948, o dopo grandi sconvolgimenti sociali e politici, vedi le Riforme della Costituzione in Francia.

Da noi, nulla di tutto ciò è accaduto, ed una riforma di tal portata rende il sistema così precario, da non garantirne la corretta funzionalità.

Senza poi aver valutato attentamente le conseguenze ed i costi economici di tale Riforma. Costi assolutamente proibitivi per la nostra economia. In questi anni la gestione economica delle risorse assegnate alle Regioni non si è granché distinta per ocularità. A fronte di un aggravio dei costi dei servizi demandati alle Regioni, c'è stato un preoccupante degrado della qualità dei servizi.

I servizi affidati alle Regioni costano di più e sono peggiorati.

Senza contare che le conseguenze sociali e politiche sono anch'esse difficili da prevedere.

Nella storia recente non esistono casi di "devoluzione" dei poteri centrali alla periferia. È sempre accaduto il contrario. I pochi esempi (la Spagna) confermano che i grandi cambiamenti sono sempre conseguenza di sommovimenti sociali e politici: fine del "franchismo", separatismo basco, terrorismo insurrezionale ecc.

Niente di tutto ciò è presente in Italia.

Diventa importante dire NO a questa riforma della Costituzione.

Sarebbe importante rivedere la Riforma approvata, nel 2001, dal precedente Governo di centrosinistra.

La Riforma del Titolo V della Costituzione approvata nel 2001 e tuttora vigente, ha comportato e comporta gravissimi problemi tra il Governo e le Regioni. Non è pensabile che le Regioni possano avere la totale autonomia nelle scelte di politica sanitaria. Possono organizzare e gestire i modelli di funzionamento dei servizi sanitari, e debbono ancora dimostrare di saperlo fare, ma non possono decidere la "politica" sanitaria.

Il nostro NO al Referendum è assolutamente convinto e non si basa su pre-giudizi di carattere politico o partitico. Il nostro NO non è fazioso. Diciamo NO a questa Riforma, allo stesso modo e con la stessa forza con la quale diciamo NO alla Riforma approvata nel 2001 e di cui gli stessi promotori ne hanno verificato l'inefficacia e la pericolosità.

Ciò non significa precludere ogni eventuale possibilità di cambiamento. Semplicemente siamo convinti che la Costituzione è "cosa" troppo importante per lasciarla modificare in base ad interessi di parte o peggio ancora, contingenti.

È la prima volta che l'AUPI assume una "posizione politica" così forte. Ciò potrebbe essere considerato non opportuno, eppure, fidando nella grande intelligenza dei nostri iscritti crediamo che ognuno di noi saprà farsi un'idea della "posta" in gioco.

Abbiamo, semplicemente e, credo, opportunamente, inteso suggerire spunti di riflessione, che consideriamo importanti.

D.M. 11/2/99 parere CUN

Ecco il testo integrale del parere approvato nella sessione 8-9 marzo 2006 del CUN:

“2.1.1B) NOTA DELL'AVVOCATO DELLO STATO ALESSANDRA BRUNI PROT.CT21238/05 SEZ. VI DI TRASMISSIONE DEI MOTIVI AGGIUNTIVO DEL RICORSO CONSIGLIO NAZIONALE DELL'ORDINE DEGLI PSICOLOGI CONTRO MIUR ED ALTR.

il Vice Presidente vicario Prof. Aldo PINCHERA riferisce relativamente alla questione e al parere proposto dal Consigliere giuridico. Il Consigliere VIOLANI dà lettura della bozza di parere elaborata con il Vice Presidente vicario Prof. Aldo PINCHERA.

IL CONSIGLIO UNIVERSITARIO NAZIONALE Visto il D.M. 11.2.1999 concernente modificazioni all'elenco delle Scuole di Specializzazione di cui all'art. 2 del decreto ministeriale 30 ottobre 1993, e all'art.1 del decreto ministeriale 25 novembre 1994;

Viste le Direttive Europee: n. 82/76/CEE in tema di formazione specialistica dei medici, n. 93/16/CEE in tema di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati e titoli e del D.Lsg. n. 368/99 di recepimento e relativi allegati;

Vista la Legge 18 febbraio 1989, n. 56 sull'Ordinamento della professione di psicologo e di psicoterapeuta;

Visto il contenzioso 308/05/CA - Ricorso al TAR del Piemonte del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi c/Università Studi di Torino/ Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica dell'Università Studi di Torino/ MIUR e CUN (prot. CUN 1260 del 19.5.05);

Visto il ricorso al TAR del Lazio del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi c/Università Studi di Padova /MIUR e CUN/ Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica dell' Università Studi di Padova (prot. CUN 1346 del 30.5.05);

Vista la lettera del presidente e vice-presidente della Conferenza dei Presidi di Psicologia (prot. CUN 2382 del 12.12.05);

Vista la lettera dell'Ordine degli Psicologi (prot. CUN 2431 del 19.12.05);

Vista la nota - della Direzione Generale per l'Università - Uff. II - prot. 2286 del 15.11.05- per il cambio della denominazione del corso;

Visto il ricorso, al TAR del Lazio del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi c/MIUR ed altri, di motivi aggiunti (prot. CUN 86 del 18.1.06);

Sentiti i Relatori;

ESPRIME AL SIGNOR MINISTRO IL SEGUENTE PARERE:

Considerato che la contestazione verte sulla legittimità del su citato D.M. 11/2/99 e le corrispondenti clausole degli statuti delle Scuole di Specializzazione in Psicologia Clinica e dei relativi bandi di concorso, rileva che la legittimità del suddetto decreto e delle ammissioni dei medici alle Scuole di Specializzazione in Psicologia Clinica fonda su molteplici considerazioni:

a) Il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia costituisce il fondamentale ed esclusivo percorso formativo del medico-chirurgo, figura professionale istituzionalmente delegata ai problemi della salute delle persone, anche in relazione all'ambiente che le circonda. Il percorso formativo è ad ampio spettro e prepara il medico ad operare in tutti gli ambienti professionali clinici, sanitari e biomedici, così come previsto dalla declaratoria della classe delle lauree specialistiche 46/S di cui al d.m. MIUR del 28/11/2000. La laurea in Medicina e Chirurgia legittima pertanto l'accesso a tutte le specializzazioni dell'area sanitaria.

b) Storicamente, quanto meno fino alla metà degli anni '50, la Psicologia si è sviluppata in Italia soprattutto nell'ambito delle Facoltà di Medicina e Chirurgia e delle strutture connesse.

c) Scuole di Psicologia Clinica sono state attivate da oltre un quarantennio presso le Facoltà di Medicina e Chirurgia. Allo stato sono

attive Scuole di Psicologia Clinica presso le Facoltà di Medicina delle Università di Messina, Bari, Napoli "Federico II", Roma "La Sapienza", Firenze, Siena, Milano, Insubria, Torino. Esistono inoltre Scuole di Specializzazione in Psicologia Clinica interfacoltà o dipartimentali nelle Università di Bologna e Padova. Solo due Scuole sono state attivate presso le Facoltà di Psicologia, rispettivamente nelle Università di Roma "La Sapienza" e di Torino, per le quali va peraltro riscontrata l'incompatibilità con il D.M. 1/8/2005 che specificamente individua nella Facoltà di Medicina e Chirurgia la sede propria delle Scuole di Specializzazione dell'area sanitaria, comprese le Scuole di Specializzazione di Psicologia Clinica. Sono invece attive presso le Facoltà di Psicologia le Scuole di Specializzazione di area psicologica, per le quali il MIUR ha predisposto un decreto di riordino, su cui si è espresso positivamente il CUN, che prevede l'istituzione di Scuole con tipologia di Psicologia dell'Arco della Vita, Psicologia della Salute, Neuropsicologia, Psicologia della Valutazione e del Counseling.

d) Il Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia (Classe 46/S) prevede esplicitamente, tra le attività formative di base indispensabili, la Psicologia Generale e tra quelle caratterizzanti - accanto alla Psichiatria, alla Neuropsichiatria Infantile, alla Neurologia - proprio la Psicologia Clinica, e ciò in relazione a vari ambiti disciplinari (Metodologia e Propedeutica Clinica; Clinica Psichiatrica e Discipline del Comportamento; Clinica delle Specialità Medico-Chirurgiche).

e) Solo nel 1989 la legge n. 56/89 ha disciplinato la professione di Psicologo e istituito l'Albo professionale corrispondente. Tale legge non menziona in nessuna sua disposizione la Psicologia Clinica, e tanto meno la riserva ai laureati di Psicologia, mentre (art. 3) dispone che la attività di psicoterapeuta possa essere esercitata, previa acquisizione di una formazione professionale, sia da psicologi sia da medici chirurghi. Non vi è norma che riservi la Psicologia Clinica agli psicologi, mentre le attività proprie del medico sono precluse agli psicologi. In armonia con le disposizioni della legge 56/89, gli ordinamenti didattici delle Scuole di Specializzazione di Psicologia Clinica prevedono due percorsi formativi distinti per medici e per psicologi.

f) Le Scuole di Specializzazione rispondono ad una duplice finalità: fanno parte dell'ordinamento universitario e concorrono a realizzare i fini istituzionali dell'Università; rispondono alle esigenze del Servizio Sanitario Nazionale. L'ordinamento delle Scuole è pertanto disciplinato dal Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca di concerto con il Ministro della Salute. In base alle esigenze del Servizio Sanitario Nazionale con D.M. 20.4.2001 e successivi decreti è stato individuato il fabbisogno annuo di Medici Specializzandi in Psicologia Clinica in oltre 20 unità.

g) Le direttive europee sulle professioni sanitarie (direttiva 5.4.93 n. 93/16 e successive modifiche) sono volte a definire i livelli minimi della formazione e a favorire il reciproco riconoscimento dei titoli che abilitano all'esercizio della professione, comuni a più Stati, al fine di agevolare la libera circolazione dei medici e dell'espletamento della loro attività negli stati membri. La normativa comunitaria non interferisce con la disciplina nazionale degli ordinamenti universitari e dell'organizzazione sanitaria.

Pertanto la circostanza che una data specializzazione (e tra le altre la specializzazione in Psicologia Clinica) non sia richiamata da una direttiva comunitaria non ha alcuna valenza specifica e non contrasta con la istituzione in Italia di Scuole di Specializzazione per le esigenze del Servizio Sanitario Nazionale.

h) La Psicoterapia non abbraccia tutto l'ampio spettro della preparazione fornita dal Corso di Specializzazione in Psicologia Clinica. La proposta di modifica della denominazione di questo corso in Corso di Specializzazione in Psicoterapia è pertanto incoerente e improprio.

Quanto innanzi considerato, il CUN ESPRIME IL PARERE che le richieste intese a riservare l'accesso alle Scuole di Specializzazione in Psicologia Clinica ai soli psicologi, ad eliminare l'afferenza obbligatoria alla Facoltà di Medicina e Chirurgia di tali Scuole (anche se in possibile concorso con altre Facoltà) e a modificare la denominazione delle Scuole di Specializzazione in Psicologia Clinica in Scuole di Specializzazione in Psicoterapia non possano essere accolte.""

CUN Notizie n. 196 Resoconto della sessione del 5-6 aprile 2006

2.8 BOZZA DPR CONCERNENTE IL REGOLAMENTO RECANTE LA DISCIPLINA DEI REQUISITI PER L'AMMISSIONE ALL'ESAME DI STATO AI SENSI DELL'ARTICOLO 1 COMMA 18, DELLA LEGGE 14 GENNAIO 1999, N. 4.

Nota del Capo dell'ufficio legislativo, Avv. Daniela SALMINI, Prot. n. 1349/1.4.4/06 del 22/3/2006 (comunicazione del 28/3/2006). (VIOLANI, LENZI)

5/4/2006. Il Consigliere VIOLANI riferisce e fa distribuire bozza della mozione elaborata (Allegato n. 14). Il Consiglio approva il documento nel testo di seguito trascritto:

Mozione sulla introduzione di norme relative agli ordinamenti didattici dei corsi universitari nel DPR sull'Accesso alle Professioni

Vista la nota del Capo dell'Ufficio legislativo del 22 marzo prot. 1349/1, avente oggetto lo schema di decreto del Presidente della Repubblica concernente il Regolamento recante la disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di stato, ai sensi dell'articolo 1, comma 18, della legge 14 gennaio 1999, n. 4, e relativa alla mozione CUN 20 febbraio 2006

IL CONSIGLIO UNIVERSITARIO NAZIONALE

Conferma la mozione del 20 febbraio e ribadisce che la disposizione introdotta al comma 7 dell'articolo 23 per cui "in deroga al

decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270, i decreti ministeriali che definiscono la classe di laurea magistrale in psicologia possono prevedere un corso di studio universitario a ciclo unico avente durata quinquennale, previa acquisizione di 300 crediti formativi universitari" riguarda una materia, quella dell'autonomia didattica e degli ordinamenti dei corsi di studio, regolata dalla legge 127/1997 la quale dispone che il decreto che regola l'autonomia didattica degli atenei nonché i decreti conseguenti che definiscono le Classi dei corsi di studio siano emanati dopo aver acquisito il parere del CUN e delle competenti Commissioni parlamentari.

Segnala che si è omesso di richiedere al Consiglio Universitario Nazionale un parere doveroso in quanto riguarda una materia delicata, l'introduzione di altri cicli unici oltre a quelli previsti da norme europee e per gli studi preordinati all'accesso alle professioni legali, e di interesse generale in quanto prefigura la possibilità di introdurre deroghe al Regolamento sull'autonomia didattica (il DM 270/2004) in decreti ministeriali riguardanti altre materie.

Conferma la necessità che il Consiglio esprima pareri in materia di normative relative al raccordo fra gli studi universitari e l'accesso alle professioni che sono di primaria importanza per il sistema universitario nazionale.

Sul parere CUN del 8 marzo 2006



Gentile Collega,

Ho ricevuto da te una email basata sul seguente modello: “Esprimo la ferma condanna per il parere espresso dal CUN nella riunione dell’8 e 9 marzo 2006 ed il mancato recepimento della sentenza del Consiglio di Stato n. 981/04 che riserva l’accesso alle Scuole di Specializzazione in Psicologia Clinica ai soli Psicologi. Chiedo che questo parere, espresso in spregio alla legge n. 56/89, al Consiglio di Stato, alla normativa europea, ad un intero corpus di leggi e regolamenti nazionali, venga ritirato e che non se ne tenga conto.

“Chiedo inoltre che per Psicologia sia immediatamente ripristinata la laurea quinquennale.”

Dalla lettera inviatami apprezzo la tua disponibilità a impegnarti in difesa della nostra professione, ma intuisco una qualche disinformazione e impulsività.

Sembra che tu non consideri che da oltre 20 anni le scuole in psicologia clinica sono state normate dai decreti relativi all’area sanitaria; inoltre su 14 scuole attive, 10 sono in facoltà mediche, 2 sono interfacoltà e 2 in facoltà di psicologia. Inappropriato dunque parlare di scippi o invasioni di campo...

Prescindendo dalle considerazioni più ovvie, che certo condividiamo, vorrei richiamare la tua attenzione su quattro problemi generalmente trascurati.

1 - La formazione universitaria degli psicologi soffre di un’evidente squilibrio fra il numero degli studenti iscritti (lo scorso anno alla laurea erano 45.898 di cui 13.164 al primo anno, alla successiva laurea specialistica 4.926 di cui 4.212 al primo anno e in più vi erano 17.026 ancora iscritti al vecchio ordinamento) e laureati (oltre 6.000), le risorse formative e le stesse prospettive professionali. Invece nell’area sanitaria Ministero della salute e MIUR hanno concertato corsi di studio con numeri di iscrizioni limitati e risorse di docenza e strutture adeguate.

2 - Nel sistema universitario italiano esistono ora 26 sedi di formazione universitaria in psicologia (di cui 16 sono Facoltà) e 42 facoltà di medicina; i professori universitari nei settori psicologici

sono ora poco meno di 1.100, quelli nei settori medici oltre 11.000.

3 - La formazione specialistica post laurea in medicina, e in altre professioni, si svolge in strutture universitarie. Le scuole di specializzazione attive nell’area medica sono diverse centinaia. Invece quelle di area psicologica (salute, ciclo di vita, valutazione, neuropsicologia), si contano sulle dita delle mani, e non per assenza di domanda, infatti esistono oltre 300 corsi di specializzazione in psicoterapia privati per medici e psicologi (vedi elenco in <http://www.miur.it/UserFiles/2183.pdf>).

4 - La tutela della nostra professione è stata in larga misura gestita da esponenti delle organizzazioni degli psicologi che operano nelle strutture sanitarie pubbliche. Tuttavia, da anni, nel Consiglio Superiore di Sanità, il principale organismo di consulenza del Ministero della Salute, non esiste alcun nostro rappresentante. Evidentemente ciò influenza le scelte di quel ministero, anche quelle concertate sull’università. Per dirne una, il decreto di riordino delle scuole di specializzazione dell’area psicologica è fermo da molti mesi proprio al Consiglio Superiore di Sanità.

Nell’assoluto rispetto delle leggi vigenti e della magistratura chiamata a esprimersi al riguardo, è anche rispetto a questo contesto problematico che il CUN, organo di rappresentanza delle autonomie universitarie, ha espresso all’unanimità all’avvocato dello stato sul ricorso del CN dell’Ordine degli psicologi il parere “che le richieste intese a riservare l’accesso alle Scuole di Specializzazione in Psicologia Clinica ai soli psicologi, ad eliminare l’afferenza obbligatoria alla Facoltà di Medicina e Chirurgia di tali Scuole (anche se in possibile concorso con altre Facoltà) e a modificare la denominazione delle Scuole di Specializzazione in Psicologia Clinica in Scuole di Specializzazione in Psicoterapia non possano essere accolte”. (il parere è leggibile in <http://www.mur.st.it/cun/novita/notizie-194.html>).

Se si continueranno a trascurare i problemi di contesto sopra accennati, per quanto si possa ricorrere a confuse demagogie, le strade per accrescere il prestigio della nostra professione e per

garantirgli una adeguata formazione e una buona fruibilità sociale resteranno in salita e piene di ostacoli.

Augurando che il tuo impegno e la tua protesta si indirizzino verso obbiettivi appropriati e fattivi ti invio i migliori saluti

Cristiano Violani

PS L'auspicato ritorno alla laurea quinquennale, accennato in alcune lettere, non riguarda il CUN ma il Parlamento e il Governo, infatti richiederebbe la modifica della legge 197 del 1997 e dei conseguenti decreti 509 del 1999 e 240 del 2004. Comunque nulla osta e osta alla formulazione di percorsi formativi efficaci ed integrati, poiché 3+2 fa appunto 5.

30 maggio 2006

COMUNICATO

Eletta la Segreteria Nazionale dell'AUPI

Oggi si è concluso il lungo iter congressuale. Iniziato ad ottobre è terminato oggi con lo spoglio delle schede e l'elezione del Segretario Generale, della Segreteria Nazionale e di tre componenti, rispettivamente del Collegio dei Probiviri e del Collegio dei Revisori.

La Commissione Congressuale ha terminato le operazioni di spoglio delle schede elettorali. Il dato che emerge dallo spoglio è assolutamente eccezionale e di ottimo auspicio. La partecipazione al voto è stata molto alta. Di molto superiore a quella registrata nel Congresso precedente.

Sono state scrutinate 994 schede elettorali.

Mario Sellini è stato confermato Segretario Generale. La Segreteria Nazionale è così composta: : Sellini, Flarà, Micozzi, Moscara, Perini, Tiengo, Tummino.

I 3 Probiviri eletti sono: M. Bacile, A. Bozzaotra, F. Cattari;

I 3 Revisori eletti sono: A. Arcicasa, F. Campolo, C. Chiavaro.

La Conferenza delle Regioni ed il Direttivo Nazionale dovranno nominare gli altri due componenti il Collegio dei Probiviri e dei Revisori.

È davvero un risultato eccezionale soprattutto se si tiene conto del fatto che c'era un solo candidato alla Segreteria Generale ed una sola lista da votare. Il risultato era assolutamente scontato e tutto ciò poteva scoraggiare i colleghi e spingerli a non votare.

Così non è stato. I colleghi, con il loro voto, hanno voluto dimostrare di sentirsi parte attiva nel processo di formazione dei gruppi dirigenti.

È un gran bel risultato anche se non del tutto inatteso.

Già i Congressi Provinciali, prima, e quelli Regionali dopo, hanno visto una grande partecipazione di iscritti. Ovunque la discussione è stata improntata ad una consapevolezza e ad una, finalmente, raggiunta maturità sindacale.

Anche laddove i colleghi hanno ritenuto di cambiare i gruppi dirigenti, cosa che è avvenuta in realtà importanti come la Lombardia, l'Emilia, la Campania ecc. il tutto è avvenuto con grande maturità e dimostrando un senso di appartenenza importante.

Questo risultato è di buon auspicio per l'attività che il gruppo Dirigente dell'AUPI dovrà svolgere nel prossimo quadriennio. Attività sindacale ed opera di Proselitismo. Questi sono i due "paletti" all'interno dei quali dobbiamo muoverci.

Ricomincio da te Per la salute Per il benessere sociale Nuove politiche di sostenibilità

**1^A CONFERENZA NAZIONALE DEI DS SULLA SALUTE
E LE POLITICHE SOCIALI
ROMA, 27 E 28 GENNAIO 2006**

Ricomincio da te: dopo cinque anni di governo del centrodestra non possiamo che ripartire dall'analisi sulla condizione dei cittadini italiani rispetto al diritto alla salute ed al benessere.

Certamente senza timore di essere smentiti, i diritti dei cittadini si sono ridotti, l'accesso è diventato sempre più complicato, le disuguaglianze nella salute sono aumentate, il benessere sociale della parte più fragile della popolazione, gli anziani, è sempre più precario e meno tutelato. L'infanzia ed i giovani, hanno subito dai detrattori del welfare, colpi di incertezze per il futuro e nuove forme di disagio in termini di salute. Non è un caso che i dati scientifici ci consegnano un'infanzia che è al primo posto in Europa per il grado di obesità e giovani vittime di nuovi e più rischiosi stati di sofferenze come testimoniano i dati sull'anoressia, la bulimia, sul disagio psichico.

Per questo l'innovazione che è doveroso costruire non può che avere al centro il ciudadino protagonista: quello reale ed attuale; un cittadino esigente al quale non rivolgere solo buona assistenza, ma da considerare, insieme agli attori delle politiche pubbliche, protagonista e codicisore del suo benessere.

Per questo "Ricomincio da te" è il nuovo paradigma attraverso il quale vogliamo declinare i nostri programmi ed i nostri obiettivi di governo della salute e di benessere sociale per i prossimi cinque anni. "Ricomincio da te" è al tempo stesso un debito nei confronti delle centinaia di migliaia di cittadini, medici, operatori sociali e sanitari che in questi 5 difficili anni ci hanno sostenuto in una strenua battaglia, non solo per non arretrare sui diritti acquisiti, ma per avanzare proposte concrete di innovazione e sviluppo del nostro welfare.

A voi diciamo: grazie, grazie di cuore; senza di voi l'Italia oggi sarebbe più ingiusta e più fragile.

Voi ci avete aiutato a resistere, a mantenere vivo il valore della solidarietà e dello spirito pubblico, ma ci avete aiutato anche ad innovare. Perché voi siete, non solo persone con il cuore grande, ma siete degli innovatori senza i quali il nostro paese non tornerà a crescere. Penso alla grande questione della istituzione di un Fondo nazionale per la non autosufficienza che accanto alla nostra proposta di ini-

ziativa parlamentare ha visto unitariamente le organizzazioni sindacali dei pensionati italiani mobilitarsi per una straordinaria legge di iniziativa popolare; penso all'alleanza costruita con i medici per bloccare il tentativo del governo di centrodestra di arrivare al governo clinico non come giusto riconoscimento delle competenze e della professionalità medica nell'assumere ruoli e responsabilità al di fuori di meccanismi meramente burocratici ed aziendalistici.

Medici e professionisti sanitari e sociali che non hanno esitato in questi difficili anni ad assumersi la responsabilità di difendere il servizio sanitario nazionale contro ogni tentativo di smantellamento e di riduzione fino alla *devolution*, nonostante i rinnovi contrattuali e il riconoscimento del loro ruolo siano stati messi in continuo scacco da questo governo, così come testimoniano le vicende di questi giorni relative al rinnovo del secondo biennio contrattuale. Per questo li ringraziamo, perché hanno fatto parte di quel fronte di resistenza senza il quale si sarebbero aperti varchi in nome della salute "fai da te", di 21 sistemi sanitari regionali, del "chi più ha, meglio si cura". Da qui rinnovo l'alleanza per costituire un baluardo contro la *devolution* chiedendo a tutti di dare il proprio contributo di partecipazione attiva perché vinca il referendum abrogativo dello stravolgimento costituzionale posto in essere.

Con particolare affetto e gratitudine non posso che ringraziare la meravigliosa manifestazione di tutto l'associazionismo dei diversamente abili che, tenacemente in tutti questi anni, ha posto i temi della loro integrazione sociale, sanitaria e nel mondo del lavoro trovando la sordità più totale e cinica da parte del governo. Non è un caso che le mancate risposte o gli attacchi più vistosi questo governo li ha indirizzati alle diverse fragilità sociali: salute mentale, tribunali minorili, tossicodipendenze, prostituzione, cittadini immigrati, solitudine ed abbandono dei sostegni ai bambini ed alle famiglie, monetizzando con le *una tantum* bisogni di socialità, sicurezza, stabilità per il futuro. Briciole monetarie che continuano a lasciare nella solitudine le famiglie italiane. I dati sulla nuova povertà parlano da soli.

Per questo "Ricomincio da te"! Vogliamo tornare al governo per l'amore che abbiamo verso il nostro paese. Vogliamo tornare a governare con le persone e per le persone. Per questo vogliamo stringere un patto con voi che è qualcosa di più di un'alleanza, ma è la responsabilità comune per governare insieme il nostro paese.

Da questa convinzione profonda trae origine l'analisi delle modificazioni avvenute in questi cinque difficili anni.

In questi anni di governo di centro destra abbiamo assistito alla sottoscrizione di ben due "patti di stabilità", da parte del Governo e delle Regioni e sistematicamente al venir meno da parte del Governo degli obblighi sulle certezze di finanziamento, mettendo in grave difficoltà le Regioni e le aziende sanitarie.

Infatti abbiamo assistito ad un cambio nel segno delle politiche del centrodestra: cioè il passaggio dal tradizionale sottofinanziamento del passato che, comunque, era compensato dal rifinanziamento differito nel tempo, a politiche di definanziamento cioè di semplice riduzione delle risorse rispetto ai reali fabbisogni del sistema sanitario e sociale.

È inutile che il Governo di centro destra si nasconda dietro l'alibi della crescita relativa del finanziamento della spesa sanitaria. Esso ci deve spiegare perché se aumenta la spesa restano così gravi i disavanzi delle Regioni. Ci deve spiegare in che modo aumentando la spesa pubblica aumenta quella privata. Ci deve spiegare perché le aziende sanitarie per tirare avanti sono costrette a raschiare il barile fino in qualche caso a mettere in discussione la quantità e la qualità delle prestazioni.

Ma, direi, che il segno più eloquente della malafede di questo Governo, e che spiega il definanziamento del sistema, è la teorizzazione più volte manifestata pubblicamente dai suoi rappresentanti e condensata nello slogan "ormai non si può dare tutto a tutti" e che, guarda caso, in questa campagna elettorale è stato accantonato, perché ritenuto probabilmente impopolare.

In realtà quello che veramente conta per questo governo è l'universalità, la giustizia e l'uguaglianza. Con lo slogan "non si può dare tutto a tutti" ciò che in realtà si propone è la disuguaglianza come risparmio. Insomma, per questo governo, in realtà, è la giustizia sociale che costa troppo.

Noi respingiamo nettamente l'idea di usare le disuguaglianze come fonte di risparmio! Non è nel nostro DNA!

Anzi, a tale proposito, siamo molto preoccupati della crescita degli squilibri nel Paese, della crescita di disuguaglianze sostanziali nell'accesso alle prestazioni e nella loro qualità; come siamo preoccupati della crescita delle disparità dovute non solo alle ristrettezze finanziarie ma anche a una devoluzione che non ha nulla a che fare con una vera e corretta nozione di federalismo.

Noi ribadiamo con forza che il diritto alla salute e i diritti sociali restano un imperativo categorico, diritti di cittadinanza pieni, sorretti dai valori della giustizia sociale, dell'universalismo, dell'uguaglianza e della solidarietà.

Per noi non si tratta, per ragioni economiche, di fare meno diritto, meno universalismo, meno uguaglianza. Al contrario, vogliamo costruire un welfare promozionale, della buona e piena occupazione, che investa sul capitale umano e dunque sulla persona quale motore della crescita economica e della competitività oltre che della promozione del benessere sociale.

Quindi il rischio rispetto al quale vorremmo attrezzarci per tempo è un diritto alla salute che diventi finanziariamente subordinato, per usare una felice espressione contenuta nel bel "Libro Bianco sulla sanità" di Ivan Cavicchi.

Si tratta quindi di evitare oggi per domani che tale prospettiva prenda piede chiarendo subito un punto.

Quando si dice che in sanità "si spende troppo" o "troppo poco" o quando si fanno i confronti con l'Europa dicendo, a proposito di PIL, siamo "sotto" o "sopra" rispetto ai suoi valori medi, pensiamo di riferirci alle caratteristiche della spesa, cioè ai suoi attributi, in realtà, non dobbiamo mai dimenticare che la quantificazione della spesa sanitaria è sempre una funzione delle politiche economiche di un Paese. Quando il Governo di centro destra sostiene che non è possibile "dare tutto a tutti" e quindi propone la subordinazione del diritto alle disponibilità decise, è perché per le sue politiche economiche la spesa sanitaria, ma più complessivamente la spesa pubblica, non ha un valore anche se attraverso di essa innegabilmente si fa economia e sviluppo. Noi al contrario riteniamo che le politiche pubbliche di welfare devono avere un grande ruolo nelle politiche economiche di un Paese. Noi siamo convinti, come così la Confindustria, che la sanità pubblica rappresenta un formidabile "volano per lo sviluppo".

Quello che noi proponiamo è, in pratica, di rimettere al centro dell'elaborazione politica, il rapporto bisogni/risorse, etica/economia, sviluppo economico/sviluppo sociale, ricchezza/salute, domanda/offerta, valori d'uso/valori di scambio, e lavorare sulle loro relazioni non sulle loro contrapposizioni. **Questo è il nuovo paradigma. Il paradigma della sostenibilità.**

Ciò non vuol dire che non siamo attenti alle politiche del risparmio, della buona gestione aziendale, della lotta agli sprechi e alle improprietà. Diciamo che non bastano. Diciamo che bisogna mettere in campo politiche di vera e propria costruzione della salute e del benessere sociale non per ridurre i costi del sistema pubblico, ma per evitare, da un lato, che la loro crescita diventi antieconomica e dall'altro per innescare sinergie di ripresa dello sviluppo e di stabilità dell'economia.

Questa idea di sostenibilità e sviluppo è stata la matrice di tutta la legislazione socio-sanitaria che abbiamo messo in campo negli anni di governo: dalla riforma dell'assistenza per un nuovo sistema sociale (legge 328/2000) alla riforma *Ter* in campo sanitario, la riforma

Bindi, i cui principi ispiratori risiedevano nella riforma del '78. Riforma che il programma dell'Unione conferma nella loro validità. Naturalmente le riforme del welfare non le abbiamo mai concepite una volta per tutte.

Esse vanno concepite *in progress*, in modo modulare, prevedendo periodici aggiornamenti delle politiche attuative e, nello stesso tempo, prevedendo un'evoluzione sia degli apparati concettuali che degli strumenti disponibili.

Dunque, la nostra proposta politica ruota intorno a due grandi idee-chiave: l'integrazione e la sostenibilità.

Sono nozioni paradigmatiche nel senso che condensano grappoli di politiche, di concezioni, di visioni del mondo, di modo di essere delle istituzioni, di ricerca continua di metodologie e strumenti.

Per questa ragione la prima cosa da fare è metterle al riparo dalle semplificazioni e dalle banalizzazioni.

L'integrazione non è un fine come a volte in passato si è pensato, ma un modo per raggiungere un obiettivo di globalità, di complessità, di ricomposizione e di riunificazione del diritto e del bisogno.

Insomma, integrazione è mettere davvero al centro della politica sociale e sanitaria la globalità della persona e le sue capacità perché il cittadino da "utente" diventi "agente" della sua salute e del suo benessere.

Essa è un'idea che è alla base di tutta la legislazione socio-sanitaria degli anni passati e delle principali leggi di riforma che abbiamo avuto. In particolare della legge sulla dignità sociale, la 328/2000. È un'idea che pure è stata praticata – penso al governo delle Regioni in questi cinque difficili anni – ma che resta ancora ampiamente inapplicata sia in campo sociale che in campo sanitario. Nel mancato sviluppo sia della rete integrata dei servizi, sia dell'integrazione socio-sanitaria hanno pesato molto i tagli delle risorse e "l'abbandono" delle politiche sociali e sanitarie attuate dal governo e la riproposizione della politica sociale come intervento solo sulle emergenze e della persona, come semplice acquirente di pacchetti di prestazioni sociali e sanitarie.

Ma questo non spiega tutte le difficoltà. È prevalsa talvolta l'idea che l'integrazione si ottiene solo modificando l'architettura istituzionale anziché costruire una cultura operativa che punti sull'autonoma capacità di cura del soggetto.

Bisogna liberare i servizi tradizionali, sociali e sanitari, dal "paziente" e dall'assistito come "oggetto" di intervento. Questa è la fonte prima della inefficacia e dello spreco nella sanità e nel sociale. Se si rovescia il paradigma di cura, se si riattivano le energie delle persone assistite e le relazioni sociali attorno a loro, molti interventi inutili vengono risparmiati e complessivamente

domanda ed offerta riescono a dialogare in modo molto produttivo. Perché ciò che è cruciale oggi è superare la sfasatura tra domande e risposte ed evitare di rispondere ai nuovi bisogni inventando nuove risposte specialistiche mirate alle singole domande. Insomma, vi è un recupero di efficacia e di efficienza che passa dalla trasformazione della persona da "paziente" ad "agente" del proprio benessere.

Valutando sia le esperienze che le difficoltà ci sentiamo di indicare almeno tre condizioni importanti per l'integrazione: le condizioni istituzionali, quelle finanziarie e quelle professionali e di servizio.

Se il fine dell'integrazione è rimettere insieme le parti che concorrono al soddisfacimento dei bisogni, il suo fine è riformare, ribadisco riformare, una divisione del lavoro istituzionale, una divisione dei fondi di finanziamento e una divisione dei compiti di servizio.

Ma come?

La strada secondo noi è individuare un luogo elettivo dell'integrazione, finanziarlo a più mani, per consentirne una reale autonomia operativa riorganizzando e ripensando le pratiche dei servizi.

Questo luogo elettivo non può che essere il territorio, non quello frainteso nel passato, cioè una specie di stiva in cui esiste un bacino d'utenza e dei servizi di base, ma un "campo operativo" nel quale esistono entro un certo spazio, situazioni sociali, caratteristiche culturali, profili di reddito, istituzioni, volontariato e terzo settore. Vale a dire una comunità.

Cioè, per me, il territorio non è banalmente una località, definita da un certo numero di abitanti, ma è prima di tutto una comunità di persone con le quali le istituzioni pubbliche se vogliono essere davvero federaliste devono codecidere le politiche e non offrire dall'alto dell'assistenza.

Non è il caso per ragioni di tempo di richiamare i molti esempi relativamente al sociale e al sanitario e neanche richiamare le tante forme di integrazione che esistono, si pensi ai vari dipartimenti, ai tanto teorizzati distretti, all'area della non autosufficienza, ai piani di zona per costruire la rete integrata dei servizi.

Vorrei limitarmi a sottolineare due questioni politiche.

Se il territorio è una comunità, esso è il luogo elettivo delle cittadinanza. Quindi la prima integrazione da fare è politica e riguarda i rapporti tra istituzioni pubbliche e comunità. Voglio rammentare che uno dei requisiti più importanti della cittadinanza è la partecipazione della comunità alle scelte che la riguardano. Non sto pensando alle solite formulazioni sulla partecipazione che, dobbiamo ammettere, non sono state così convincenti, ma a riconoscere alla comunità di un territorio una vera sovranità con la quale istituzioni e servizi devono accordarsi.

La seconda cosa è che l'integrazione socio-sanitaria in un territorio inteso come un campo operativo, non va usata solo per assistere ma va usata anche per costruire certe condizioni territoriali. Cioè per cambiare e rendere più vivibile un territorio ed una comunità. Con ciò intendo sottolineare che da una parte con l'integrazione socio-sanitaria, si tratta di riconoscere un bisogno su cui intervenire, dall'altra si tratta di inventare un territorio come risultato dell'integrazione stessa.

Personalmente non credo possibile una qualche pratica di integrazione fuori da questi due presupposti.

Sento il bisogno, a proposito di territorio, di mettere mano ad una specie di "terapia d'urto" per rilanciare e affermare il valore dell'integrazione socio-sanitaria, per definire i soggetti comunitari che la costituiscono, i servizi che vi afferiscono, i finanziamenti che servono, le forme di pattuizione sociale tra comunità, istituzioni, servizi.

Particolare attenzione nell'ambito di queste problematiche merita la questione dei "medici di medicina generale". In parte perché la medicina generale e quindi i medici assumono la funzione di "integratori obbligati", se mi si consente la battuta, dal momento che si rapportano con bisogni complessi; in parte perché essi sono i referenti obbligati di altri tipi di assistenza sul territorio; in parte perché la loro condizione operativa è squisitamente territoriale, cioè in massima misura extra-istituzionale.

Personalmente mentre apprezzo gli importanti passi in avanti garantiti dai rinnovi delle ultime convenzioni e apprezzo tutte le esperienze di medicina di comunità e di medicina associata, nello stesso tempo sento forte il bisogno di un salto nell'elaborazione politica-culturale.

Devo confessare che alcune parole d'ordine che sono girate in questi anni non mi hanno mai così convinta, come quella del "gate-keeper", cioè come se il medico di famiglia fosse il guardiano della spesa sanitaria, nelle ipotesi migliori, o il principale "effettore di spesa" come dicono gli economisti.

Per me l'esclusivo interesse di una società è avere bravi medici, bravi operatori: formati, valorizzati per il carico di esperienze professionali, dotati di autonomia e responsabilità e poi valutati. Sì, valutati nell'interesse dei cittadini e degli obiettivi di salute che si conseguono

Mentre che cosa è accaduto?

In un contesto sanitario e sociale in cui si inseguono prevalentemente obiettivi economicistici il rischio che si corre è di considerare "bravo" l'operatore risparmiatore; di favorire prevalentemente una formazione managerialistica, di condizionare anche pesantemente l'autonomia professionale, di accentuare il fenomeno negativo della medicina difensivistica e di esasperare i rischi professio-

nali che gli operatori corrono. O, nel campo del sociale, di delegare agli operatori la soluzione di tutti i casi di disagio con poche risorse, con la precarizzazione del lavoro, tenendo i servizi lontano dalla società perché non arrechino disturbo alla maggioranza delle cosiddette persone normali.

Non farò l'errore di contrapporre a questa realtà, molto diffusa, una proposta in cui non esistono per i servizi e gli operatori obblighi di efficienza, di appropriatezza, di economicità.

Questi obblighi devono esistere per il bene del malato e del servizio pubblico.

Dico però che per evitare il pesante condizionamento alle pratiche mediche da parte dell'economicismo, la politica deve proporre agli operatori un progetto diverso di sanità e chiedere loro di sostenerlo ed attuarlo. Un progetto ovviamente centrato sul diritto e sul cittadino.

A questo punto interessa molto se i medici di famiglia e gli altri operatori sanitari e sociali si rendono disponibili al cambiamento, ad attuare politiche nuove, a garantire il conseguimento degli scopi di salute di una comunità, a sottoporsi alla valutazione dei risultati ottenuti.

Dall'altra parte ritengo che le istituzioni debbano aprirsi alla possibilità di riesaminare compensi, retribuzioni, incentivi. Cioè a discutere tutti i valori in gioco. E tra i valori in gioco vi è il superamento della pesante asimmetria che nei fatti esiste tra lavoro sociale e lavoro sanitario.

Una asimmetria che non riconosce ancora in modo adeguato la cultura del sociale non riuscendo così ad innervare di essa le politiche per la salute. La cultura del sociale è quella che applica l'arte maieutica di tirar fuori le capacità delle persone, che lavora sulle relazioni umane e sui loro mondi vitali, sulla continuità dell'accompagnamento e del sostegno e che cerca di mettere tutte le persone, a partire dalle più fragili, nelle condizioni di dare il proprio contributo alla comunità, di esercitare una responsabilità verso se stessi e gli altri.

Un'asimmetria anche nell'assetto dei poteri, nelle gerarchie professionali, nell'investimento formativo e negli aspetti remunerativi. Le attuali gerarchie sanitarie premiano il lavoro specialistico mentre sottovalutano il lavoro di accompagnamento e sostegno al paziente ed ai suoi familiari.

I contratti di lavoro oggi non riconoscono il giusto lavoro a molte attività di cura come l'ascolto della persona, il sostegno ai conviventi, l'educazione alla autonomia.

Per questo ci siamo battuti e continueremo a farlo per un giusto riconoscimento ed una piena valorizzazione delle professioni sanitarie e sociali che deve avvenire sul piano legislativo, contrattuale,

formativo, ma soprattutto nella concreta organizzazione del lavoro. Contrastando anche la precarizzazione dei rapporti di lavoro e superando il blocco delle assunzioni operato da questo governo a partire dall'emergenza infermieristica.

E veniamo a discutere di sostenibilità.

Come dicevo prima è un'idea abbastanza nuova per la sanità ma non per altri settori, penso all'ambientalismo, rammentando che da un po' di anni ha addirittura preso corpo una vera e propria economia della sostenibilità.

In sanità la parola chiave degli ultimi vent'anni è stata "compatibilità". Ora è il tempo di passare alla "sostenibilità".

La politica della compatibilità imperniata sull'aziendalizzazione del sistema ha dato risultati importanti contribuendo in massima misura a rallentare il tasso di crescita della spesa sanitaria pubblica.

Naturalmente questa politica ha avuto ed ha i suoi difetti, i suoi limiti e in qualche caso anche delle degenerazioni. Ma rispetto ad essa a me pare che oggi emergano in primo luogo almeno due problemi:

- Il primo è che per attuare delle misure di compatibilizzazione senza mettere in pericolo il diritto alla salute, non si può andare al di sotto di un indispensabile fabbisogno finanziario. Noi sappiamo già ora che uno dei problemi più grandi che dobbiamo affrontare è quello del de-finanziamento dei LEA e che se andremo al governo, bisognerà ripianare tutti i disavanzi che ereditiamo;
- Il secondo è che pur sussistendo ancora vaste zone di sprechi, di inapproprietezze, di improprietà, soprattutto in alcune Regioni, in altre le politiche di razionalizzazione ormai stanno raschiando il barile. Nel senso che molte aziende non sanno più cosa inventare per andare avanti.

Vi è una differenza profonda tra compatibilità e sostenibilità che dobbiamo evidenziare proprio al fine di rendere complementari queste politiche.

La prima differenza riguarda i tempi degli interventi politici.

La compatibilità operando prevalentemente attraverso la gestione tenta di gestire al meglio ciò che c'è, giorno dopo giorno, anno dopo anno.

La sostenibilità invece gestisce al meglio quello che c'è volgendolo a fruttificare al medio e lungo periodo. Dunque, la sostenibilità è questione dell'oggi e della prospettiva.

L'altra grande differenza da rimarcare è che mentre le politiche di compatibilità hanno operato principalmente sulla razionalizzazione dell'offerta di servizi e di prestazioni (principalmente di cura a giudicare dalla marginalità di cui soffre la prevenzione ed il territorio),

la sostenibilità invece interviene su tutto quanto concorre alla produzione di salute, anzi privilegiando il versante della domanda, dei comportamenti degli attori, del ruolo dell'informazione, con lo scopo di produrre benessere e attraverso il benessere, prevenire il rischio dell'anti-economicità della crescita della spesa sanitaria.

Se ci si pone oggi il problema della prospettiva del diritto alla salute, e quindi del futuro del sistema sanitario pubblico, si devono decidere oggi per domani le politiche in grado non solo di salvaguardarlo ma di riaffermarlo soprattutto in contesti socio-economici che saranno presumibilmente più difficili di quelli attuali.

Riteniamo rischioso mantenere un atteggiamento politico passivo, rispetto a tendenze che nell'evolvere creeranno quasi certamente nel tempo rilevanti contraddizioni tra il sistema dei bisogni e le risorse economiche disponibili.

Meno che mai pensiamo che sia, da parte nostra, consigliabile limitarsi ad amministrare giorno per giorno i problemi ordinari del welfare sanitario e sociale, o peggio, rassegnarsi alla discutibile evidenza che prima o poi non sarà più possibile dare "tutto a tutti" e che quindi si dovrà fatalmente ridimensionare le attuali coperture. Quindi con la sostenibilità noi partiamo da una convinzione diversa: creiamo già, da oggi, tutte le condizioni che garantiranno al futuro la sostenibilità del diritto alla salute.

La condizione primaria per la sostenibilità è la produzione del benessere, quella della compatibilità è principalmente la buona gestione e la buona funzionalità del sistema sanitario.

Dunque occorre intervenire in molti modi: accrescere significativamente le politiche di prevenzione; fare dell'informazione uno strumento della partecipazione sociale relativamente alle scelte di salute di una comunità; ripensare i consumi sanitari sviluppando soprattutto quelli che garantiscono il maggior grado di utilità del benessere; responsabilizzare i cittadini e le comunità nella costruzione del diritto alla salute; intervenire sulle variabili di contesto che più di tutti influenzano i fenomeni di morbilità e mortalità, penso ai piani intersettoriali per la salute che dovrebbero essere generalizzati in tutte le regioni; accrescere gli indici di propensione alla salute delle Regioni; ma anche ritardare il sistema dell'offerta e dei servizi, rimodellare le attuali forme della tutela, ripensare i contenuti professionali degli operatori, e attuare, per l'appunto, politiche di integrazione.

La politica della sostenibilità a mio parere apre nuovi spazi politici alla sanità ponendosi oggi per domani la prospettiva del diritto alla salute perché essa diventa un modo per garantirlo.

Un punto infine che mi preme richiamare e che è contenuto nel programma dell'Unione, riguarda il "rilancio delle politiche di promozione della salute come grande questione del Paese", ma

soprattutto l'intenzione dichiarata di "promuovere l'obiettivo di valutazione di impatto sulla salute a cui subordinare la coerenza di tutti i provvedimenti di politica economica".

Ebbene questo punto rientra perfettamente nella logica della sostenibilità. Vorrei insistere sul nodo cruciale della questione: noi sappiamo per certo che nonostante le politiche di compatibilità, i costi dei sistemi sanitari sono destinati a crescere nel tempo. Ebbene la sostenibilità si preoccupa di fare in modo che questa crescita non diventi antieconomica, cioè si preoccupa di evitare che i costi dell'assistenza siano maggiori dei benefici prodotti. L'unico modo per farlo è produrre la salute come se fosse un capitale cioè un investimento. Noi già sappiamo oggi che la salute della popolazione oltre un certo livello non cresce con la crescita della spesa sanitaria perché come tutti sanno la salute dipende da un mucchio di fattori extra-sanitari.

Per cui non possiamo ragionare in prospettiva né come se le risorse destinate alla sanità fossero infinite, né come se esse bastassero in quanto tali a fare salute. Le risorse non sono in sostanza l'unico problema.

Si comprende ora in questa chiave politica quanto sia importante l'integrazione socio-sanitaria per fini di sostenibilità. Quanto sia importante il territorio come principale "campo" della sostenibilità. E come la proposta che è necessario rivolgere ai medici di base e a tutti gli operatori degli ospedali e dei servizi, deve proporre loro di diventare, se mi si consente il gioco di parole, veri e propri "sostenitori della sostenibilità".

La nozione corretta di sostenibilità a ben vedere in sanità ci dà la possibilità di uscire dalla stagnazione delle idee e di rivisitare il nostro sistema sanitario, i suoi strumenti, le sue organizzazioni.

Si pensi solo come esempio all'assurdità di questo Piano sanitario 2006/2008, per altro criticato dalle Regioni, che rispetto alla prospettiva dei sistemi sanitari non si pone per niente il problema della sostenibilità, prigioniero di un modello di programmazione ormai ampiamente superato anche dall'evoluzione degli assetti istituzionali.

In sostanza mi piace dire che tutto quello che prima aveva un valore "tecnico", sto pensando al territorio, all'integrazione socio-sanitaria, alla prevenzione, alla medicina generale, ecc., attraverso la sostenibilità acquista un valore strategico legato soprattutto alla salvaguardia del sistema pubblico.

Oggi per capirci il territorio è importante per tutte le ragioni di ieri ma soprattutto per il suo ruolo rispetto alle politiche di sostenibilità.

Si pensi al ruolo delle agenzie, delle aziende sanitarie, delle politiche regionali che potranno finalmente esprimere le Regioni come nuovi soggetti di governo.

Da ultimo l'idea di sostenibilità crea un ponte nuovo tra la sanità pubblica e l'industria che nel suo complesso produce tutto ciò di cui la sanità ha bisogno, dai farmaci alle tecnologie, per non tacere dei presidi sanitari.

Sino ad ora tutti abbiamo pensato che la sanità fosse il proverbiale "volano dello sviluppo" ma nel senso che essa si proponeva di fatto come un mercato importante per l'economia. Tutti gli industriali che lavorano in questo mercato non si sono mai sognati di parlare male della spesa pubblica.

Nell'ottica della sostenibilità l'industria che produce beni per il benessere in qualche modo si impreciosisce impreciosendo il valore sociale del bene economico prodotto.

Il suo sviluppo, quindi, dovrà essere sempre più legato agli indicatori di benessere che si produrranno, sto pensando in generale all'impiego delle tecnologie, dei farmaci e di tutti quegli ausili senza i quali non esisterebbe una medicina moderna.

La sanità ed anche i servizi sociali hanno bisogno di innovazione tecnologica e non soltanto in ambito clinico e diagnostico. Questo è un tema cruciale indicato tra le priorità del programma dell'Unione.

L'uso delle tecnologie nell'organizzazione sanitaria resta molto basso: si aggira attorno all'1% del bilancio annuale delle aziende sanitarie a fronte del 4-5% speso dalle altre aziende. Le conseguenze le pagano i cittadini in termini di spreco di tempo, mancanza di trasparenza, fatica ad orientarsi nel labirinto dei servizi, mancanza delle informazioni giuste.

La nostra parola d'ordine è "mettere la sanità in rete per far camminare le informazioni e non i cittadini".

La sostenibilità riguarda anche i servizi sociali. È fuori discussione che la nostra scelta sarà di applicare pienamente la legge quadro sulle politiche sociali e realizzare in modo uniforme su tutto il territorio nazionale la rete integrata dei servizi sociali. Si tratta di una inderogabile necessità per il benessere delle persone, per la competitività della nostra economia ed anche per migliorare e garantire la tenuta finanziaria del sistema sanitario.

Livelli essenziali di assistenza, riordino delle invalidità, progetto personalizzato per le persone disabili, carta dei servizi sociali, programmazione delle professioni sanitarie: tutto ciò che doveva essere fatto e non è stato fatto noi lo faremo subito. **Con una innovazione della stessa legge 328/2000 relativa al Fondo nazionale per le politiche sociali: esso dovrà interamente finanziare la rete dei servizi mentre le leggi che prevedono diritti soggettivi e che oggi gravano sul Fondo (congedi, assegni di maternità, assegni per**

i figli) dovranno trovare una forma di finanziamento autonomo.

Ma questo non basta per rispondere alla domanda: “come rendere sostenibili i servizi sociali?”.

Mi ha molto colpita la riflessione contenuta nella rivista “Prospettive sociali” dove si afferma che la sostenibilità dei servizi sociali è connessa alla capacità dei servizi medesimi e degli operatori di comunicare non solo con gli utenti, ma con tutta la comunità coinvolgendola nella presa di coscienza dei problemi sociali presenti sul territorio e nella elaborazione delle politiche per risolverli.

In tal modo si riconosce il valore per tutti delle politiche sociali e dunque dei servizi sociali. Che non saranno più i “delegati separati” del disagio sociale ma i promotori ed animatori di un progetto di maggiore vivibilità per tutto il territorio. Come ci ricordano servizi come i consultori, quelli per la salute mentale o per prendere in carico le tossicodipendenze e le disabilità, essi furono il frutto di una stagione riformatrice che coinvolse non solo utenti ed operatori, ma tutti i cittadini e la società.

Concludo su ciò che faremo se torneremo a governare.

Intanto, faremo insieme. Costruiremo alleanze. Abbiamo imparato al governo e all’opposizione quanto sia prezioso ascoltare e farsi aiutare.

È molto importante il programma che l’Unione ha saputo costruire sui temi del welfare. Devo dire, su sanità e sociale, senza fatica. Persino sul sostegno alle responsabilità familiari, tema che dovrà essere centrale non solo nell’azione di governo, ma anche in questa campagna elettorale.

Governare non è fare l’elenco della spesa. È definire la cifra del cambiamento che si vuole realizzare, la direzione di marcia, le grandi priorità. Ricordando che il fattore tempo è decisivo.

Dunque, queste sono le cose fondamentali che faremo nei prossimi cinque anni:

1. costruire un vero federalismo. Fermando il progetto della *devolution*, ritornando alla nostra riforma del titolo V, ma anche migliorandola.

Penso ad un federalismo che armonizzi le relazioni tra le istituzioni, rendendo più protagonisti i Comuni in campo sanitario, e ridefinendo una funzione nazionale di cui un federalismo vero per essere efficace ha bisogno.

Una funzione nazionale del coordinamento aperto, per usare un termine europeo, che sia di indirizzo, di diffusione delle buone pratiche, di incentivo della qualità e di promozione e sostegno a chi è più indietro. Una funzione nazionale che doti il nostro Sistema sanitario e sociale di strumenti di monitoraggio, di valutazione dei risultati, oltre che della formulazione

condivisa degli obiettivi di salute e di benessere sociale. Perché la vera innovazione che dobbiamo costruire è un welfare degli obiettivi e dei risultati. Un federalismo solidale deve proporsi di superare le disparità tra il Centro-Nord e il Mezzogiorno e promuovere l’autosufficienza del sud. Per questo attueremo il Fondo per lo sviluppo delle risorse umane e materiali del Mezzogiorno, così come previsto nella legge D’Alema presentata in questa legislatura e bloccata dal ministro Storace. Un fondo di investimenti per realizzare un programma decennale di interventi per la implementazione dei servizi territoriali, per la ristrutturazione edilizia e l’ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario, per la promozione dell’eccellenza e dell’alta specializzazione, nonché la formazione e la qualificazione del personale sanitario e della ricerca biomedica.

Ci impegneremo anche ad una modifica del federalismo fiscale per la sanità.

Per una più corretta programmazione del fabbisogno sanitario aggregato e della conseguente aliquota di compartecipazione IVA necessaria al suo finanziamento, con una rigorosa clausola di adeguamento rispetto ai cambiamenti demografici e tecnologici in corso. La definizione dei LEA deve essere collegata alla definizione di standard qualitativi dei servizi.

2. Una “terapia d’urto” per costruire la medicina del territorio, affinché essa abbia un ruolo leader nella trasformazione del sistema sanitario. La priorità assoluta dei prossimi cinque anni è costruire in modo compiuto la medicina delle cure primarie che deve diventare un vero livello del Servizio Sanitario Nazionale, articolato, organizzato, finanziato. Deve essere capace di assistere 24 ore su 24 il cittadino; deve affrontare nel distretto tutte le patologie che non richiedono ricovero ospedaliero; deve sostenere il malato in strutture di degenza e poi per ritornare nella rete dei servizi territoriali. Ciò richiede anche un ridisegno organizzativo dei servizi territoriali per far sì che distretti, dipartimenti, servizi specialistici, medici di base lavorino insieme per favorire alleanze, evitare sovrapposizioni, favorire il lavoro di équipe. Affinché la medicina del territorio garantisca una reale continuità assistenziale è necessaria la figura dell’integratore, del tutor del cittadino, di colui che lo accompagna. Penso che questa figura sia il medico di famiglia. Ed allora bisogna che la politica, a tutti i livelli istituzionali, costruisca un **patto di doveri e diritti** con i medici di famiglia basato sui seguenti punti:

a) adeguare la loro formazione universitaria e la formazione permanente (ECM) perché cresca la capacità dei medici di

costruire relazioni di fiducia con i cittadini e di affrontare le nuove domande di salute (es. la terapia del dolore, la presenza degli immigrati);

- b) esplicitare ciò che si chiede al medico di famiglia: costruire una relazione di fiducia con i pazienti, svolgere il ruolo di "integratore" tra i vari servizi, andare a domicilio;
- c) una valutazione della qualità del lavoro e dei risultati sulla base di indicatori che potrebbero essere definiti dalla Commissione per la appropriatezza costruita in ogni distretto. A ciò deve corrispondere un coinvolgimento del medico di famiglia nel governo clinico ed anche un sistema di incentivi economici che premi la qualità ed i risultati.

Ma costruire la medicina del territorio significa anche affrontare **come l'ospedale riconosce e parla con il territorio.**

Ed ai medici ospedalieri sento l'obbligo di porre una questione: a partire dalla riforma Bindi, aiutateci ad individuare le modalità affinché l'esercizio della libera professione nella struttura pubblica non avvalli, come invece sta avvenendo, un servizio sanitario veloce ed efficiente per chi paga ed uno lentissimo per chi non ha i soldi per pagare. Scusate la brutalità, ma questa è una questione che dobbiamo risolvere.

- 3. Costruire la medicina del territorio significa costruire la rete integrata dei servizi sociali. Che dovrà essere organizzata ed orientata attorno ad una priorità: costruire una solidarietà tra le generazioni. E dunque: il fondo per gli anziani non autosufficienti; il coinvolgimento degli anziani in attività utili alla comunità, ma anche il raddoppio del numero degli asili nido; servizi territoriali per il sostegno alle responsabilità familiari, il rilancio della politica territoriale a favore della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva; il rilancio nelle strutture ospedaliere dei punti nascita cercando di diminuire le cause del ricorso al parto cesareo (37% delle persone) e l'assistenza domiciliare durante la gravidanza e nei primi tre mesi del bambino. E poi un fondo per ricercare e prevenire le cause della sterilità. La rete dei servizi dovrà poi essere accompagnata da misure per il sostegno al costo dei figli attraverso la predisposizione di una "dote" per ogni figlio che nasce; la tutela della maternità delle lavoratrici

atipiche, precarie, discontinue; una politica per l'autonomia dei giovani a partire dal diritto alla casa.

- 4. Il ruolo dell'università. Dal 1978 ad oggi ci sono state tre riforme sanitarie e nessuna riforma degli studi di medicina. Uno dei primi atti del futuro ministro della sanità sarà promuovere un incontro ed una concertazione con il ministro dell'università e dell'istruzione e con le Regioni per realizzare nei prossimi cinque anni questa innovazione assolutamente inderogabile. Bisogna correggere le arretratezze e l'autoreferenzialità del sistema universitario ancora troppo sganciato dal fabbisogno del SSN. Bisogna costruire un collegamento virtuoso tra ricerca, formazione universitaria e le strutture del servizio sanitario nazionale.
- 5. Bisogna finanziare in modo adeguato i livelli essenziali di assistenza sociali e sanitari. Ma bisogna anche definire - nella logica di quell'universalismo selettivo di cui parlava Ermanno Gorrieri - le forme di compartecipazione al costo dei servizi. Sarà utile allora far decollare la sanità integrativa, integrativa dei livelli essenziali di assistenza, non sostitutiva. Si potrebbe partire da un fondo per le cure odontoiatriche, per la proteisica e per l'oculistica che gravano tantissimo sui bilanci delle famiglie e sono fattori di integrazione e di benessere.
- 6. C'è bisogno di una politica pulita e di una buona politica. Noi riformisti, vogliamo una sanità trasparente, efficiente, non lottizzata in cui non ci sia l'ingerenza della politica nella gestione, in cui siano strenuamente valorizzati il merito, le competenze, la professionalità, i risultati raggiunti ed in cui sia data piena fiducia ai medici ed agli operatori sociali e sanitari sulla base di due valori per noi fondamentali: autonomia e responsabilità.

Ho concluso. I contributi di queste giornate ci daranno idee e forze per vincere una battaglia difficile nei prossimi due mesi ma, soprattutto, per tornare a governare questo paese. Governare, come ho detto all'inizio, per le persone e con le persone. Per rendere questa nostra Italia e questa nostra Europa più competitive, più accoglienti, più amorevoli.

Perché il nostro motto è: **"Io mi prendo cura. Dunque, ricomincio da te!"**

Regolamento per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap

Paolo Moscara

Dal giugno 2006 entreranno in vigore le nuove disposizioni sulle procedure per l'individuazione dell'Handicap, ai fini dell'assegnazione dell'insegnante di sostegno.

Sulla GU del 19 maggio 2006 è stato pubblicato infatti il DPCM 185/2006 "Regolamento recante modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap, ai sensi dell'articolo 35, comma 7, della legge 27 dicembre 2002, n. 289."

Riportiamo di seguito una scheda sintetica sulle nuove procedure.

- 1) La ASL procede all'accertamento dell'handicap, ai fini dell'attribuzione dell'insegnante di sostegno, attraverso un accertamento collegiale. (Non viene citata più la Commissione Invalidi Civili). Si tratterà quindi di un accertamento collegiale ad hoc (in molte realtà questo è già prassi, da parte delle unità pluriprofessionali).
- 2) Gli accertamenti sono disposti, entro 30 giorni, su richiesta dei genitori o esercenti la patria potestà.
- 3) La patologia individuata dovrà fare riferimento alle Classificazioni OMS. Non sarà pertanto più possibile fare "diagnosi descrittive". Bisognerà adeguarsi alla nosografia OMS (ICD 10).
- 4) Si potrà indicare sul verbale una data di rivedibilità.
- 5) Dopo l'accertamento di handicap, l'unità multidisciplinare stila una Diagnosi Funzionale sempre secondo la classificazione OMS (in questo caso l'ICF).
- 6) I due documenti vanno consegnati ai genitori e da questi alla scuola.
- 7) Bisognerà poi stilare il PDF (Profilo Dinamico Funzionale) ed il PEI (Piano Educativo Individualizzato), in questa sede bisognerà indicare il numero di ore di sostegno da assegnare.
- 8) Queste disposizioni sono valide solo per le nuove individuazioni.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 febbraio 2006, n. 185

Regolamento recante modalità e criteri per l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap, ai sensi dell'articolo 35, comma 7, della legge 27 dicembre 2002, n. 289. (GU n. 115 del 19-5-2006)

testo in vigore dal: 3-6-2006

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Visto l'articolo 35, comma 7, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, che prevede la definizione, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, di modalità e criteri per l'individuazione, da parte delle Aziende Sanitarie Locali, dell'alunno come soggetto portatore di handicap;

Vista la legge 5 febbraio 1992, n. 104, legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate;

Visti, in particolare, gli articoli 3, 12 e 13 della suddetta legge;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica del 24 febbraio 1994, concernente l'atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap;

Visto il decreto-legge 3 luglio 2001, n. 255, convertito, con modificazioni, dalla legge 20 agosto 2001, n. 333;

Vista la legge 8 novembre 2000, n. 328, concernente la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 e successive modificazioni;

Acquisita l'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sancita nella seduta del 16 giugno 2005 ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131;

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso nella Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 29 agosto 2005;

Acquisiti i pareri delle competenti commissioni della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica, espressi da entrambe le commissioni nelle rispettive sedute del 9 novembre 2005;

Sulla proposta del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca e del Ministro della salute;

A d o t t a
il seguente regolamento:

Art. 1. **Finalità**

1. Il presente decreto stabilisce le modalità e i criteri per l'individuazione dell'alunno in situazione di handicap, a norma di quanto previsto dall'articolo 35, comma 7, della legge 27 dicembre 2002, n. 289.

Art. 2. **Modalità e criteri**

1. Ai fini della individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap, le Aziende Sanitarie dispongono, su richiesta documentata dei genitori o degli esercenti la potestà parentale o la tutela dell'alunno medesimo, appositi accertamenti collegiali, nel rispetto di quanto previsto dagli articoli 12 e 13 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

2. Gli accertamenti di cui al comma 1, da effettuarsi in tempi utili rispetto all'inizio dell'anno scolastico e comunque non oltre trenta giorni dalla ricezione della richiesta, sono documentati attraverso la redazione di un verbale di individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap ai sensi dell'articolo 3, comma 1 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni. Il verbale, sottoscritto dai componenti il collegio, reca l'indicazione della patologia stabilizzata o progressiva accertata con riferimento alle classificazioni internazionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nonché la specificazione dell'eventuale carattere di particolare gravità della medesima, in presenza dei presupposti previsti dal comma 3 del predetto articolo 3. Al fine di garantire la congruenza degli interventi cui gli accertamenti sono preordinati, il verbale indica l'eventuale termine di rivedibilità dell'accertamento effettuato.

3. Gli accertamenti di cui ai commi precedenti sono propedeutici alla redazione della diagnosi funzionale dell'alunno, cui provvede l'unità multidisciplinare, prevista dall'articolo 3, comma 2 del decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994, anche secondo i criteri di classificazione di disabilità e salute previsti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il verbale di accertamento, con l'eventuale termine di rivedibilità ed il documento relativo alla diagnosi funzionale, sono trasmessi ai genitori o agli esercenti la potestà parentale o la tutela dell'alunno e da questi all'istituzione scolastica presso cui l'alunno va iscritto, ai fini della tempestiva adozione dei provvedimenti conseguenti.

Art. 3.

Attivazione delle forme di integrazione e di sostegno

1. Alle attività di cui ai commi 1 e 3 del precedente articolo 2 fa seguito la redazione del profilo dinamico funzionale e del piano educativo individualizzato previsti dall'articolo 12, comma 5, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, da definire entro il 30 luglio per gli effetti previsti dalla legge 20 agosto 2001, n. 333.
2. I soggetti di cui all'articolo 5, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994, in sede di formulazione del piano educativo individualizzato, elaborano proposte relative alla individuazione delle risorse necessarie, ivi compresa l'indicazione del numero delle ore di sostegno.
3. Gli Enti locali, gli Uffici Scolastici Regionali e le Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie, nel quadro delle finalità della legislazione nazionale e regionale vigente in materia adottano accordi finalizzati al coordinamento degli interventi di rispettiva competenza per garantire il rispetto dei tempi previsti per la definizione dei provvedimenti relativi al funzionamento delle classi, ai sensi del decreto-legge 3 luglio 2001, n. 255, convertito, con modificazioni, dalla legge 20 agosto 2001, n. 333. Gli accordi sono finalizzati anche all'organizzazione di sistematiche verifiche in ordine agli interventi realizzati ed alla influenza esercitata dall'ambiente scolastico sull'alunno in situazione di handicap, a norma dell'articolo 6 del decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994.

Art. 4.

Situazione di handicap di particolare gravità ed autorizzazione al funzionamento dei posti di sostegno in deroga

1. L'autorizzazione all'attivazione di posti di sostegno in deroga al

rapporto insegnanti/alunni, a norma dell'articolo 35, comma 7, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, è disposta dal dirigente preposto all'Ufficio Scolastico Regionale sulla base della certificazione attestante la particolare gravità di cui all'articolo 2, comma 2 del presente decreto.

Art. 5.

Disposizioni finali

1. Le disposizioni del presente decreto si applicano agli accertamenti da effettuarsi successivamente alla sua entrata in vigore. Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare.
Roma, 23 febbraio 2006

p. Il Presidente
del Consiglio dei Ministri
Letta

Il Ministro dell'istruzione
dell'università e della ricerca
Moratti

Il Ministro della salute
Storace

Visto, il Guardasigilli: Castelli
Registrato alla Corte dei conti il 4 maggio 2006
Ufficio di controllo preventivo sui Ministeri dei servizi alla persona e dei beni culturali, registro n. 2, foglio n. 36

RIFERIMENTI

Note all'art. 1:

- Il testo dell'art. 35, comma 7, della legge 27 dicembre 2002, n. 289 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003) pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 31 dicembre 2002, n. 305, S.O.), è il seguente:
«Art. 35 (Misure di razionalizzazione in materia di organizzazione scolastica). (Omissis).

7. Ai fini dell'integrazione scolastica dei soggetti portatori di handi-

cap si intendono destinatari delle attività di sostegno ai sensi dell'art. 3, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, gli alunni che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva. L'attivazione di posti di sostegno in deroga al rapporto insegnanti/alunni in presenza di handicap particolarmente gravi, di cui all'art. 40 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, è autorizzata dal dirigente preposto all'ufficio scolastico regionale assicurando comunque le garanzie per gli alunni in situazione di handicap di cui al predetto art. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104. All'individuazione dell'alunno come soggetto portatore di handicap provvedono le aziende sanitarie locali sulla base di accertamenti collegiali, con modalità e criteri definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri da emanare, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, su proposta dei Ministri dell'istruzione, dell'università e della ricerca e della salute, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

(Omissis)».

- Il testo degli articoli 3, 12 e 13 della legge 5 febbraio 1002, n. 104 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), è il seguente:

«Art. 3 (Soggetti aventi diritto). –

1. È persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.

2. La persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative.

3. Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità.

Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.

4. La presente legge si applica anche agli stranieri e agli apolidi, residenti, domiciliati o aventi stabile dimora nel territorio nazionale. Le relative prestazioni sono corrisposte nei limiti ed alle condizioni previste dalla vigente legislazione o da accordi internazionali.».

«Art. 12 (Diritto all'educazione e all'istruzione). –

1. Al bambino da 0 a 3 anni handicappato è garantito l'inserimento negli asili nido.

2. È garantito il diritto all'educazione e all'istruzione della persona handicappata nelle sezioni di scuola materna, nelle classi comuni delle istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado e nelle istituzioni universitarie.

3. L'integrazione scolastica ha come obiettivo lo sviluppo delle potenzialità della persona handicappata nell'apprendimento, nella comunicazione, nelle relazioni e nella socializzazione.

4. L'esercizio del diritto all'educazione e all'istruzione non può essere impedito da difficoltà di apprendimento né da altre difficoltà derivanti dalle disabilità connesse all'handicap.

5. All'individuazione dell'alunno come persona handicappata ed all'acquisizione della documentazione risultante dalla diagnosi funzionale, fa seguito un profilo dinamico-funzionale ai fini della formulazione di un piano educativo individualizzato, alla cui definizione provvedono congiuntamente, con la collaborazione dei genitori della persona handicappata, gli operatori delle unità sanitarie locali e, per ciascun grado di scuola, personale insegnante specializzato della scuola, con la partecipazione dell'insegnante operatore psico-pedagogico individuato secondo criteri stabiliti dal Ministro della pubblica istruzione. Il profilo indica le caratteristiche fisiche, psichiche e sociali ed affettive dell'alunno e pone in rilievo sia le difficoltà di apprendimento conseguenti alla situazione di handicap e le possibilità di recupero, sia le capacità possedute che devono essere sostenute, sollecitate e progressivamente rafforzate e sviluppate nel rispetto delle scelte culturali della persona handicappata.

6. Alla elaborazione del profilo dinamico-funzionale iniziale seguono, con il concorso degli operatori delle unità sanitarie locali, della scuola e delle famiglie, verifiche per controllare gli effetti dei diversi interventi e l'influenza esercitata dall'ambiente scolastico.

7. I compiti attribuiti alle unità sanitarie locali dai commi 5 e 6 sono svolti secondo le modalità indicate con apposito atto di indirizzo e coordinamento emanato ai sensi dell'art. 5, primo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

8. Il profilo dinamico-funzionale è aggiornato a conclusione della scuola materna, della scuola elementare e della scuola media e durante il corso di istruzione secondaria superiore.

9. Ai minori handicappati soggetti all'obbligo scolastico, temporaneamente impediti per motivi di salute a frequentare la scuola, sono comunque garantite l'educazione e l'istruzione scolastica. A tal fine il provveditore agli studi, d'intesa con le unità sanitarie locali e i centri di recupero e di riabilitazione, pubblici e privati, convenzionati con i Ministeri della sanità e del lavoro e della previdenza

za sociale, provvede alla istituzione, per i minori ricoverati, di classi ordinarie quali sezioni staccate della scuola statale. A tali classi possono essere ammessi anche i minori ricoverati nei centri di degenza, che non versino in situazioni di handicap e per i quali sia accertata l'impossibilità della frequenza della scuola dell'obbligo per un periodo non inferiore a trenta giorni di lezione. La frequenza di tali classi, attestata dall'autorità scolastica mediante una relazione sulle attività svolte dai docenti in servizio presso il centro di degenza, è equiparata ad ogni effetto alla frequenza delle classi alle quali i minori sono iscritti.

10. Negli ospedali, nelle cliniche e nelle divisioni pediatriche gli obiettivi di cui al presente articolo possono essere perseguiti anche mediante l'utilizzazione di personale in possesso di specifica formazione psico-pedagogica che abbia una esperienza acquisita presso i nosocomi o segua un periodo di tirocinio di un anno sotto la guida di personale esperto.»

«Art. 13 (Integrazione scolastica). –

1. L'integrazione scolastica della persona handicappata nelle sezioni e nelle classi comuni delle scuole di ogni ordine e grado e nelle università si realizza, fermo restando quanto previsto dalle leggi 11 maggio 1976, n. 360, e 4 agosto 1977, n. 517, e successive modificazioni, anche attraverso:

a) la programmazione coordinata dei servizi scolastici con quelli sanitari, socio-assistenziali, culturali, ricreativi, sportivi e con altre attività sul territorio gestite da enti pubblici o privati. A tale scopo gli enti locali, gli organi scolastici e le unità sanitarie locali, nell'ambito delle rispettive competenze, stipulano gli accordi di programma di cui all'art. 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della pubblica istruzione, d'intesa con i Ministri per gli affari sociali e della sanità, sono fissati gli indirizzi per la stipula degli accordi di programma. Tali accordi di programma sono finalizzati alla predisposizione, attuazione e verifica congiunta di progetti educativi, riabilitativi e di socializzazione individualizzati, nonché a forme di integrazione tra attività scolastiche e attività integrative extrascolastiche. Negli accordi sono altresì previsti i requisiti che devono essere posseduti dagli enti pubblici e privati ai fini della partecipazione alle attività di collaborazione coordinate;

b) la dotazione alle scuole e alle università di attrezzature tecniche e di sussidi didattici nonché di ogni altra forma di ausilio tecnico, ferma restando la dotazione individuale di ausili e presidi funzionali all'effettivo esercizio del diritto allo studio, anche mediante convenzioni con centri specializzati, aventi funzione di consulenza pedagogica, di produzione e adattamento di specifico materiale didattico;

c) la programmazione da parte dell'università di interventi adeguati sia al bisogno della persona sia alla peculiarità del piano di studio individuale;

d) l'attribuzione, con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, di incarichi professionali ad interpreti da destinare alle università, per facilitare la frequenza e l'apprendimento di studenti non udenti;

e) la sperimentazione di cui al decreto del Presidente della Repubblica 31 maggio 1974, n. 419, da realizzare nelle classi frequentate da alunni con handicap.

2. Per le finalità di cui al comma 1, gli enti locali e le unità sanitarie locali possono altresì prevedere l'adeguamento dell'organizzazione e del funzionamento degli asili nido alle esigenze dei bambini con handicap, al fine di avviarne precocemente il recupero, la socializzazione e l'integrazione, nonché l'assegnazione di personale docente specializzato e di operatori ed assistenti specializzati.

3. Nelle scuole di ogni ordine e grado, fermo restando, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, e successive modificazioni, l'obbligo per gli enti locali di fornire l'assistenza per l'autonomia e la comunicazione personale degli alunni con handicap fisici o sensoriali, sono garantite attività di sostegno mediante l'assegnazione di docenti specializzati.

4. I posti di sostegno per la scuola secondaria di secondo grado sono determinati nell'ambito dell'organico del personale in servizio alla data di entrata in vigore della presente legge in modo da assicurare un rapporto almeno pari a quello previsto per gli altri gradi di istruzione e comunque entro i limiti delle disponibilità finanziarie all'uopo preordinate dall'art. 42, comma 6, lettera h).

- Il testo dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 (Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 10 giugno 2003, n. 132), è il seguente:

«6. Il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza unificata, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni; in tale caso è esclusa l'applicazione dei commi 3 e 4 dell'art. 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. Nelle materie di cui all'art. 117, terzo e quarto comma, della Costituzione non possono essere adottati gli atti di indirizzo e di coordinamento di cui all'art. 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, e all'art. 4 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.»

5. Nella scuola secondaria di primo e secondo grado sono garantite attività didattiche di sostegno, con priorità per le iniziative spe-

rimentali di cui al comma 1, lettera e), realizzate con docenti di sostegno specializzati, nelle aree disciplinari individuate sulla base del profilo dinamico-funzionale e del conseguente piano educativo individualizzato.

6. Gli insegnanti di sostegno assumono la contitolarità delle sezioni e delle classi in cui operano, partecipano alla programmazione educativa e didattica e alla elaborazione e verifica delle attività di competenza dei consigli di interclasse, dei consigli di classe e dei collegi dei docenti.

6-bis. Agli studenti handicappati iscritti all'università sono garantiti sussidi tecnici e didattici specifici, realizzati anche attraverso le convenzioni di cui alla lettera b) del comma 1, nonché il supporto di appositi servizi di tutorato specializzato, istituiti dalle università nei limiti del proprio bilancio e delle risorse destinate alla copertura degli oneri di cui al presente comma, nonché ai commi 5 e 5-bis dell'art. 16.».

- Il decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994 reca: «Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap.».

- Il decreto-legge 3 luglio 2001, n. 255, convertito, con modificazioni, dalla legge 20 agosto 2001, n. 333 reca: «Disposizioni urgenti per assicurare l'ordinato avvio dell'anno scolastico 2001/2002.».

- La legge 8 novembre 2000, n. 328 reca: «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.».

- Il testo dell'art. 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri), è il seguente:

«3. Con decreto ministeriale possono essere adottati regolamenti nelle materie di competenza del Ministro o di autorità sottordinate al Ministro, quando la legge espressamente conferisca tale potere. Tali regolamenti, per materie di competenza di più Ministri, possono essere adottati con decreti interministeriali, ferma restando la necessità di apposita autorizzazione da parte della legge.

I regolamenti ministeriali ed interministeriali non possono dettare norme contrarie a quelle dei regolamenti emanati dal Governo. Essi debbono essere comunicati al Presidente del Consiglio dei Ministri prima della loro emanazione.».

- Il testo dell'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 (Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato-città ed autonomie locali, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 agosto 1997, n. 202), è il seguente:

«Art. 8 (Conferenza Stato-città ed autonomie locali e Conferenza unificata). - 1. La Conferenza Stato-città ed autonomie locali è unificata per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province, dei comuni e delle comunità montane, con la Conferenza Stato-regioni.

2. La Conferenza Stato-città ed autonomie locali è presieduta dal Presidente del Consiglio dei ministri o, per sua delega, dal Ministro dell'interno o dal Ministro per gli affari regionali; ne fanno parte altresì il Ministro del tesoro e del bilancio e della programmazione economica, il Ministro delle finanze, il Ministro dei lavori pubblici, il Ministro della sanità, il presidente dell'Associazione nazionale dei comuni d'Italia - ANCI, il presidente dell'Unione province d'Italia - UPI ed il presidente dell'Unione nazionale comuni, comunità ed enti montani - UNCEM. Ne fanno parte inoltre quattordici sindaci designati dall'ANCI e sei presidenti di provincia designati dall'UPI. Dei quattordici sindaci designati dall'ANCI cinque rappresentano le città individuate dall'art. 17 della legge 8 giugno 1990, n. 142. Alle riunioni possono essere invitati altri membri del Governo, nonché rappresentati di amministrazioni statali, locali o di enti pubblici.

3. La Conferenza Stato-città ed autonomie locali è convocata almeno ogni tre mesi, e comunque in tutti i casi il presidente ne ravvisa la necessità o qualora ne faccia richiesta il presidente dell'ANCI, dell'UPI o dell'UNCEM.

4. La Conferenza unificata di cui al comma 1 è convocata dal Presidente del Consiglio dei Ministri. Le sedute sono presiedute dal Presidente del Consiglio dei Ministri o, su sua delega, dal Ministro per gli affari regionali o, se tale incarico non è conferito, dal Ministro dell'interno.».

Nota all'art. 1:

- Per il testo dell'art. 35, comma 7 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 si vedano le note alle premesse.

Note all'art. 2:

- Per il testo degli articoli 12 e 13 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 si vedano le note alle premesse.

- Per il testo dell'art. 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 si vedano le note alle premesse.

- Il testo dell'art. 3, comma 2 del decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994, è il seguente:

«2. Alla diagnosi funzionale provvede l'unità multidisciplinare composta: dal medico specialista nella patologia segnalata, dallo specialista in neuropsichiatria infantile, dal terapista della riabilitazione, dagli operatori sociali in servizio presso la unità sanitaria locale o in regime di convenzione con la medesima. La diagnosi funzionale deriva dall'acquisizione di elementi clinici e psico-sociali. Gli ele-

menti clinici si acquisiscono tramite la visita medica diretta dell'alunno e l'acquisizione dell'eventuale documentazione medica preesistente. Gli elementi psico-sociali si acquisiscono attraverso specifica relazione in cui siano ricompresi:

- a) i dati anagrafici del soggetto;
- b) i dati relativi alle caratteristiche del nucleo familiare (composizione, stato di salute dei membri, tipo di lavoro svolto, contesto ambientale, ecc.).».

Note all'art. 3:

- Per il testo dell'art. 12 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 si vedano le note alle premesse.
- La legge 20 agosto 2001, n. 333 reca: «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 3 luglio 2001, n. 255, recante disposizioni urgenti per assicurare l'ordinato avvio dell'anno scolastico 2001-2002.».
- Il testo dell'art. 5, comma 2, del citato decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994, è il seguente:
«2. Il P.E.I. è redatto, ai sensi del comma 5 del predetto art. 12, congiuntamente dagli operatori sanitari individuati dalla USL e/o USSL e dal personale insegnante curricolare e di sostegno della scuola e, ove presente, con la partecipazione dell'insegnante operatore psico-pedagogico, in collaborazione con i genitori o gli esercenti la potestà parentale dell'alunno.».

- Il decreto-legge 3 luglio 2001, n. 255, convertito, con modificazioni, dalla legge 20 agosto 2001, n. 333 reca: «Disposizioni urgenti per assicurare l'ordinato avvio dell'anno scolastico 2001/2002.».

- Il testo dell'art. 6 del citato decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994, è il seguente:

«Art. 6 (Verifiche). - 1. Con frequenza, preferibilmente, correlata all'ordinaria ripartizione dell'anno scolastico o, se possibile, con frequenza trimestrale (entro ottobre-novembre, entro febbraio-marzo, entro maggio-giugno), i soggetti indicati al comma 6 dell'art. 12 della legge n. 104 del 1992, verificano gli effetti dei diversi interventi disposti e l'influenza esercitata dall'ambiente scolastico sull'alunno in situazione di handicap.

2. Le verifiche di cui al comma precedente sono finalizzate a che ogni intervento destinato all'alunno in situazione di handicap sia correlato alle effettive potenzialità che l'alunno stesso dimostri di possedere nei vari livelli di apprendimento e di prestazioni educativo-riabilitative, nel rispetto della sua salute mentale.

3. Qualora vengano rilevate ulteriori difficoltà (momento di crisi specifica o situazioni impreviste relative all'apprendimento) nel quadro comportamentale o di relazione o relativo all'appuntamento del suddetto alunno, congiuntamente o da parte dei singoli soggetti di cui al comma 1, possono essere effettuate verifiche straordinarie, al di fuori del termine indicato dallo stesso comma 1. Gli esiti delle verifiche devono confluire nel P.E.I.».

Direzione strutture complesse

Agli Psicologi del Servizio Sanitario Nazionale

Colleghi,

“... Tra le categorie professionali del ruolo Sanitario di cui al D.P.R. 10/12/'97, n 484 (regolamento per l'accesso all'ex Il livello dirigenziale nel S.S.N.) figurano gli psicologi, per i quali ... non esiste alcuna preclusione normativa o contrattuale all'accesso agli incarichi di direzione di Struttura complessa e di direzione del Dipartimento. ...

Con l'occasione si ritiene opportuno ribadire l'applicazione, laddove non sia ancora avvenuto, delle disposizioni contenute nella D.G.R. n.1345 del 18.4.2000, avente come oggetto: “Organizzazione delle attività e delle funzioni degli psicologi nelle Aziende Sanitarie del Lazio”, tuttora vigente. ...

Dalla lettura della giurisprudenza, nonché in ragione di quanto previsto dal D. L.vo n. 165/01 si evince che le funzioni dirigenziali sono di carattere prettamente gestionale ed organizzativo e, pertanto, si rileva con estrema chiarezza che il Dirigente Psicologo non può essere aprioristicamente escluso né dalle procedure selettive per l'attribuzione di incarichi dirigenziali di Struttura complessa, né, ... dalla direzione di Dipartimenti. ...

Pertanto le Aziende del S.S.N. nelle procedure selettive devono aprire anche ai Dirigenti Psicologi ai fini dell'attribuzione degli incarichi di direzione di Strutture complesse, ed includere gli stessi tra i possibili destinatari di incarichi di direzione di Dipartimenti.”

Questi sono alcuni dei passi più incisivi della corposa direttiva n 35608 del 22 marzo 2006 che l'Assessore alla Sanità, l'On. Augusto **Battaglia** ha inviato a tutti i Direttori delle Aziende USL e Ospedaliere della regione Lazio: è, questa, una direttiva che pre-

mia il lavoro certosino e, perchè no?, ostinato che l'AUPI – LAZIO aveva iniziato con l'ex Assessore Cosentino nel 2000.

All'On. **Battaglia**, al quale vanno i Nostri ringraziamenti, va dato atto **di una coerenza e serietà politica che avevamo totalmente dimenticato nella scorsa consiliatura regionale.**

Noi dell'AUPI dal canto nostro, forti degli iscritti che ci hanno sostenuto e dato la loro fiducia nel perseguire questo obiettivo, non abbiamo mai mollato, nemmeno nei momenti di maggiore sconforto, in particolare quando l'ex Assessore, On. Verzaschi non convocò più il gruppo di studio regionale, da Noi fortemente voluto, formato da componenti dell'Assessorato e da rappresentanti della scrivente O. S., con il compito di rilevare lo stato di applicazione della suddetta D.G.R. n.1345 del 18.4.2000, avente come oggetto: “Organizzazione delle attività e delle funzioni degli psicologi nelle Aziende Sanitarie del Lazio” e, nel caso, apportare le eventuali modifiche ed integrazioni per una sua corretta e funzionale applicazione.

Puntuali, infatti, ad agosto 2005 a ridosso delle elezioni regionali, avendo avuto modo di conoscere la sensibilità che l'On. Battaglia ha sempre dimostrato per i temi e la problematiche che ci vedono, da sempre, in prima linea, gli presentammo le nostre ragioni con la nota seguente in cui esprimevamo l'esigenza: “... *imprescindibile di procedere ad un esplicito riconoscimento della possibilità che gli psicologi possano dirigere strutture complesse in base alle normative vigenti ed in ... attuazione, tra l'altro, della delibera regionale n° 1345 del 18 aprile 2000 “Organizzazione delle attività e delle funzioni degli psicologi nelle Aziende Sanitarie del Lazio”, in quanto fortemente convinti che essa rientri pienamente e legittimamente nella Sua filosofia e nello spirito organizzativo dei servizi sanitari da Lei energicamente ribadito nella scorsa riunione con le OO. SS. della Nostra regione: ‘... nella comune convinzione che la promozione della salute necessiti dell'attiva partecipazione di tutte le professioni ... rappresentando una fase di sviluppo e di innalzamento della qualità assistenziale ... di attuazione delle linee strategiche della programmazione regionale ... La più ampia finalità della presente intesa sarà costituita dalla esaltazione della integrazione socio-sanitaria quale momento indispensabile e fondamentale per perseguire con efficacia ed efficienza la promozione e la tutela della salute dei cittadini.*”

Da allora abbiamo seguito, passo passo, lo sviluppo della direttiva citata, apportando modifiche, integrazioni e normative giurisprudenziali, quando è stata richiesta la nostra collaborazione per la sua stesura definitiva ed il suo invio a tutti i Direttori Generali, rappresenta la indiscutibile prova, se mai ce ne fosse stato bisogno, dell'impegno continuo ed appassionato del Nostro sindacato a favore di tutti i colleghi dipendenti e, soprattutto, della crescita della Nostra categoria che, ora, può e deve fare un salto di qualità nella gestione delle strutture del S.S.N.

Questa Direttiva, ancorché ottima, non basta, da sola, a dare agli Psicologi che lavorano nel Servizio Sanitario Regionale, quanto da noi auspicato.

La Circolare è uno strumento di lavoro, è un canovaccio, che richiede a tutti noi, ed in primo luogo all'AUPI, un impegno ulteriore ed aggiuntivo affinché quanto previsto possa trovare pratica attuazione nelle Aziende.

In modo esemplificativo la Circolare fa riferimento agli incarichi di Direzione di Struttura Complessa.

A maggior ragione, ed a scanso di equivoci, il principio è, e deve essere applicato a tutti gli incarichi, compresi quelli professionali, di alta specializzazione e di responsabilità di strutture semplice.

In alcune Aziende potrebbe essere necessario rivedere ed adeguare tutto il meccanismo di attribuzione degli incarichi.

È un processo molto articolato che per forza di cose dovrà passare attraverso la negoziazione sindacale e la contrattazione nelle aziende.

L'AUPI si adopererà affinché i tavoli negoziali aziendali, e le trattative che a breve inizieranno, trovino adeguate soluzioni.

Per fare questo è necessario che l'AUPI abbia un peso sempre maggiore al tavolo negoziale, perché solo l'AUPI è in grado di garantire la reale difesa degli interessi della Categoria.

È necessario il sostegno di tutti gli Psicologi dipendenti e questo sostegno deve essere concreto e reale.

L'unico modo per far sì che questa Circolare non resti lettera morta è iscriversi all'AUPI.

Questo darà la forza necessaria per trasformare un'ottima Circolare in fatti e risultati concreti per tutti gli Psicologi. In caso contrario solo alcuni, pochi fortunati e/o furbi, riusciranno a trarre benefici.

La stragrande maggioranza degli Psicologi non ha santi in paradiso e non ha risorse e strumenti per far valere i propri diritti o per cogliere le opportunità che questa Circolare offre.

Tanti e tutti insieme iscritti all'AUPI possiamo garantire che le reali opportunità offerte dalla Circolare non resti-

no lettera morta e che siano disponibili per il maggior numero di colleghi.

I Nostri Delegati aziendali, i Segretari Provinciali ed io, in qualità di Segretario regionale, siamo a completa disposizione, ai recapiti sotto indicati, per coloro che desiderassero maggiori notizie, chiarimenti nel merito o copia integrale della Circolare.

Cordiali saluti.

Roma 27 marzo 2006.

Il Segretario Regionale
Giuseppe Inneo

- Dott. Giuseppe **Inneo** (Segretario Regionale - Segretario Provinciale ROMA SUD EST) 338/4678461;
- D.ssa Luciana **Ungaro** (Segretario Provinciale ROMA CENTRO); 347/3495131
- Dott. Enzo **Cordaro** (Segretario Provinciale ROMA NORD OVEST) 335/6397578;
- Dott. Enrico **Bernardini** (Segretario Provinciale RIETI) 335/6126625;
- Dott. Sergio **Cavasino** (Segretario Provinciale VITERBO) 347/0195648;
- Dott. Antonio **Masi** (Segretario Provinciale FROSINONE) 347/9132213;
- Dott. Aldo **Sanapo** (Segretario Provinciale LATINA) 338/2687293
- Dott. Ennio **Fusco** (Delegato Azienda USL RM/A) 320/0839748;
- Dott. Emanuele **Nutile** (Delegato Azienda USL RM/B) 339/1982910;
- Dott. Mauro **Civoni** (Delegato Azienda USL RM/C) 329/1710511;
- Dott. Fabio **Sordini** (Delegato Azienda USL RM/E) 347/7507601;
- D.ssa Silvia **Libianchi** (Delegata Azienda USL RM/F) 339/1177717;
- D. ssa Liliana **Romani** (Delegata Azienda USL RM/G) 328/3384897;
- Dott. Piero **Gaspa** (Delegato Azienda Osp. S. Giovanni) 335/8281510;
- D.ssa Marinella **Giulianelli** (Delegato Azienda Osp. SPALLANZANI) 339/8644597;
- Dott. Vincenzo **Ferrari** (Delegato Azienda Osp. S. ANDREA) 335/310872.



REGIONE LAZIO

Dipartimento Sociale

Direzione Regionale Tutela della Salute e Sistema Sanitario Regionale
Area Gestione Personale Servizio Sanitario Regionale e Accordi Collettivi

Prot. n° **35608/ID44V/14**

del **22 MAR. 2006**

Ai Direttori Generali delle
 Aziende Sanitarie ed Ospedaliere
 della Regione Lazio
 - LORO SEDI -

Oggetto: Dirigenti Psicologi S.S.N., incarichi direzione struttura complessa e direzione dipartimento

Ultimamente pervengono segnalazioni da parte delle rappresentanze sindacali e professionali degli Psicologi che lamentano una tendenza da parte delle Aziende U.U.S.S.I.L. ed Ospedaliere all'aprioristica esclusione dei Dirigenti Psicologi dal novero dei possibili partecipanti alle procedure selettive per le attribuzioni di incarichi di direzione di Strutture Complesse, nonché dal novero dei possibili aspiranti alla direzione di Dipartimenti.

Si ritiene, quindi, opportuno fare chiarezza sul tema, affinché il comportamento delle singole Aziende del S.S.N. possa uniformarsi alla normativa vigente in materia.

Tra le categorie professionali del ruolo sanitario di cui al D.P.R. 10/12/1997, n. 484 (regolamento per l'accesso all'ex II livello dirigenziale nel S.S.N.) figurano gli psicologi, per i quali vige il C.C.N.L. dell'Area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa del S.S.N. dell'8/06/2000, come aggiornato dal C.C.N.L. 03/11/2005; per questi ultimi non esiste alcuna preclusione normativa o contrattuale all'accesso agli incarichi di direzione di Struttura complessa e di direzione del Dipartimento.

Con l'occasione si ritiene opportuno ribadire l'applicazione, laddove non sia ancora avvenuto, delle disposizioni contenute nella D.G.R. n.1345 del 18.4.2000, avente come oggetto: "Organizzazione delle attività e delle funzioni degli psicologi nelle Aziende Sanitarie del Lazio", tuttora vigente.

Infatti in base alle attuali disposizioni contrattuali sono gli incarichi a fare la differenza tra i singoli Dirigenti.

In particolare per quanto riguarda l'affidamento degli incarichi di direzione di struttura complessa, si fa riferimento all'art. 29 dei due contratti della Dirigenza medica e non medica, secondo cui "Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono conferiti ai dirigenti ... con le procedure previste dal DPR 484/97, nel limite del numero stabilito dall'atto aziendale ..."

A riguardo il capo II del D.P.R. n. 484/97 (artt. 3 e seguenti), disciplina l'accesso agli incarichi di (ex II livello dirigenziale, ora di) direzione di struttura complessa ed in particolare gli

Tempo di conclusione della procedura SE:
 Data consultazione 09/03/06

Via delle Scienze Copernico, 7 00175 Roma - tel. 06 51681



REGIONE LAZIO

Dipartimento Sociale

Direzione Regionale Tutela della Salute e Sistema Sanitario Regionale
Area Gestione Personale Servizio Sanitario Regionale e Accordi Collettivi

Prot. n° /DU4V/14 del

artt. 3 e 4 includono gli Psicologi tra le categorie professionali cui detti incarichi possono essere assegnati.

Soccorre, in merito, la sentenza del T.A.R. Lazio, che con sentenza della Sez. I 05/04/1999, n. 566, in riferimento alla direzione dei SERT, ha annullato l'art. 6, comma 5 del D.M. 30/11/1990, n. 444, nella parte in cui prevedeva, seppure in via transitoria di prima applicazione, che laddove le funzioni di Dirigente del SERT non risultassero "già attribuite a personale appartenente ad altri profili, sono conferite a personale medico".

Analoga posizione è stata assunta dal T.A.R. Sicilia - Palermo Sez. I^ che, con sentenza 14/07/2003, n. 1151 ha annullato il Piano Sanitario Regionale nella parte in cui escludeva gli Psicologi dalla direzione dei SERT e dei servizi per le Dipendenze Patologiche.

Più recentemente, infine, sull'argomento si è pronunciato il Consiglio di Stato sez. V con la sentenza del 20/10/2005, la quale recita testualmente: "...il decreto ministeriale 30 novembre 1990, n. 444, emanato in forza della legge 26 giugno 1990 n. 162...contenente disposizioni sulle strutture e sulle funzioni del SERT,...pone sullo stesso piano medici e psicologi, nella definizione della tabella organico allegato al decreto...A posteriori, come la Sezione ha precisato sulla stessa ordinanza sopra riportata la legge n. 45 del 1999 ha definitivamente chiarito la coincidente posizione di psicologi e medici...e conclamato la possibilità che la posizione apicale sia conferita ad uno psicologo.

Dalla lettura della giurisprudenza, nonché in ragione di quanto previsto dal D. L.vo n. 165/01 si evince che le funzioni dirigenziali sono di carattere prettamente gestionale ed organizzativo e, pertanto, si rileva con estrema chiarezza che il Dirigente Psicologo non può essere aprioristicamente escluso né dalle procedure selettive per l'attribuzione di incarichi dirigenziali di Struttura complessa, né, come precisato dal T.A.R. Sicilia, dalla direzione di Dipartimenti.

Per quanto concerne, in particolare, la direzione dei Dipartimenti di Salute Mentale - D.S.M. -, giova precisare che il D.P.R. n. 484/97 prevede l'attribuzione di incarichi di direzione di Struttura complessa esclusivamente nelle discipline stabilite con D.M. Sanità.

Con l'occasione, si richiama la DGR n. 674 del 7.3.2000, avente ad oggetto "Promozione e Tutela della Salute Mentale".

A riguardo occorre fare riferimento al D.M. 30/01/1998 nella parte in cui indica da un lato l'area Medica e delle specialità mediche, disciplina di Psichiatria e dall'altro l'area di Psicologia, disciplina di Psicologia riservata agli Psicologi e disciplina di psicoterapia riservata agli psicologi ed ai medici in possesso di specializzazione in psicoterapia".

Le suddette figure afferiscono al D.S.M., inteso come Dipartimento pluridisciplinare in quanto annoverante tra le sue fila operatori Psicologi e Psichiatri, appartenenti ad aree e discipline diverse ma convergenti nella direzione del perseguimento del fine istituzionale dello stesso D.S.M..

Di regola, infatti, il Dipartimento è una macrostruttura composta da unità complesse e semplici, affini o complementari, che richiedono un coordinamento univoco. Nel caso del D.S.M., le Strutture complesse ad esso afferenti possono di volta in volta essere affidate a Direttori Psicologi o Medici Psichiatri, come si è detto senza aprioristiche preclusioni nei confronti dei primi, ad

Tempo di conclusione della procedura gg.
Data emanazione 24/08/06

Ms Roma Nazionale Circolari, 7/2007 di Roma - n. 04/2/07



REGIONE LAZIO

Dipartimento Sociale

Direzione Regionale Tutela della Salute e Sistema Sanitario Regionale
Area Gestione Personale Servizio Sanitario Regionale e Accordi Collettivi

Prot. n°

ID/44/14

del

esclusione di strutture quali il SPDC per l'area medica e le U.O. di psicologia, per l'area di psicologia, le quali non possono che essere dirette, rispettivamente, da dirigenti appartenenti alla disciplina di medicina, ed appartenenti alla disciplina di psicologia.”.

In relazione a quanto sopra detto, anche le attuali linee guida regionali, sull'adozione dell'atto aziendale nel capitolo relativo al Direttore di Dipartimento, non individuano alcuna figura professionale specifica, lasciando chiaramente aperta la possibilità di conferire il suddetto incarico anche ad un Dirigente Psicologo.

Anche l'art. 27 del C.C.N.L. dell'8/06/2000 (tipologie di incarico), prevede fra le strutture complesse sia i Dipartimenti che i Distretti Sanitari.

In particolare, facendo riferimento all'art. 3 sexies, il D. Lgs. 229/99 stabilisce che “L'incarico di distretto è attribuito dal Direttore Generale ad un Dirigente dell'Azienda che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria”.

Pertanto le Aziende del S.S.N. nelle procedure selettive devono aprire anche ai Dirigenti Psicologi ai fini dell'attribuzione degli incarichi di direzione di Strutture complesse, ed includere gli stessi tra i possibili destinatari di incarichi di direzione di Dipartimenti.

IL DIRETTORE REGIONALE

(Saverio Napolitano)

L'ASSESSORE

(Augusto Battaglia)

Tempo di commissione della procedura GE- ----
Data conclusiva 09/03/05

Via Roma, 299 - 00187 Roma - Tel. 06/51041



COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE

Bruxelles, 14.10.2005
COM(2005) 484 definitivo

LIBRO VERDE

**Migliorare la salute mentale della popolazione.
Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea**

INDICE

1.	Introduzione	3
2.	La salute mentale, essenziale per i cittadini e la società	4
3.	La situazione – le patologie mentali, un problema di gravità sempre maggiore nell'UE	4
4.	La ricerca di risposte: iniziative a favore della salute mentale	5
4.1.	La Comunità europea, il suo mandato e le sue attività nel settore della salute mentale	5
4.2.	La salute mentale negli Stati membri.....	7
5.	Necessità di una strategia a favore della salute mentale per l'UE	7
6.	Ricerca di soluzioni – azioni possibili	8
6.1.	Promozione della salute mentale e lotta alle malattie psichiche mediante interventi preventivi.....	8
6.1.1.	Promuovere la salute mentale della popolazione.....	8
6.1.2.	Lotta alle patologie mentali attraverso interventi preventivi	10
6.2.	Promuovere l'inclusione sociale delle persone affette da malattie psichiche o handicap e tutelare i loro diritti fondamentali e la loro dignità.....	11
6.3.	Migliorare le informazioni e le conoscenze sulla salute mentale nell'UE	12
7.	Un processo di consultazione per l'elaborazione di una strategia a favore della salute mentale per l'UE.....	13
7.1.	Instaurazione di un dialogo sulla salute mentale con gli Stati membri.....	13
7.2.	Istituzione di una piattaforma dell'UE sulla salute mentale	13
7.3.	Creazione di un'interfaccia tra politica e ricerca sulla salute mentale.....	13
8.	Prossime tappe	14

LIBRO VERDE**Migliorare la salute mentale della popolazione.
Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea****1. INTRODUZIONE**

La salute mentale della popolazione europea costituisce una risorsa per il conseguimento di alcuni obiettivi strategici dell'UE, quali il ritorno dell'Europa sulla via della prosperità a lungo termine, un maggiore impegno dell'Europa nell'ambito della solidarietà e della giustizia sociale e un miglioramento concreto e tangibile della qualità di vita dei cittadini europei¹.

La salute mentale della popolazione europea può tuttavia essere sensibilmente migliorata:

- un cittadino su quattro è affetto da patologie mentali, che possono portare al suicidio, causa di troppe morti;
- le patologie mentali comportano perdite significative ed oneri per il sistema economico, sociale, educativo nonché giudiziario e penale;
- stigmatizzazioni, discriminazioni e il mancato rispetto dei diritti umani e della dignità delle persone affette da patologie mentali o handicap si verificano ancora, in contrasto con i valori europei fondamentali.

Migliorare è possibile. Sono già state avviate numerose iniziative. Occorre un ulteriore sviluppo e un consolidamento delle iniziative in corso. La conferenza ministeriale europea dell'OMS sulla salute mentale, svoltasi nel gennaio 2005, ha definito un quadro per provvedimenti di ampia portata e ottenuto un fermo impegno politico a favore della salute mentale. La Commissione europea, partner della conferenza, è stata invitata a contribuire all'attuazione di questo quadro d'azione nella misura delle sue competenze, in linea con le aspettative del Consiglio e in collaborazione con l'OMS.

Il presente Libro verde, che si propone di definire una strategia a favore della salute mentale per l'UE, è una prima risposta a tale invito. La strategia apporterebbe un valore aggiunto creando un contesto per gli scambi e la cooperazione tra Stati membri, contribuendo a migliorare la coerenza degli interventi nel settore sanitario e in quelli non sanitari, tanto negli Stati membri quanto a livello comunitario, e promuovendo la partecipazione di un'ampia gamma di interessati alla ricerca di soluzioni.

Obiettivo del presente Libro verde è avviare un dibattito con le istituzioni europee, i governi, gli operatori sanitari, le parti interessate di altri settori, la società civile, comprese le organizzazioni di pazienti, e la comunità dei ricercatori, in merito all'importanza della salute mentale nell'UE, alla necessità di una strategia a livello di UE e alle sue eventuali priorità.

A norma dell'articolo 152 del trattato CE alcune proposte di iniziative a favore della salute pubblica che figurano nel presente Libro verde rientrano nella competenza comunitaria,

mentre altre saranno di esclusiva competenza degli Stati membri. Per proposte di interventi relative ad altri settori si applica la pertinente base giuridica.

Entro la fine del 2006 la Commissione intende pubblicare i risultati del processo di consultazione e, se del caso, una proposta di strategia a favore della salute mentale per l'UE.

2. LA SALUTE MENTALE, ESSENZIALE PER I CITTADINI E LA SOCIETÀ

Senza salute mentale la salute non è possibile. Per i *cittadini* la salute mentale è una risorsa che consente di conoscere il proprio potenziale emotivo e intellettuale nonché di trovare e realizzare il proprio ruolo nella società, nella scuola e nella vita lavorativa. Per le *società* una buona salute mentale contribuisce alla prosperità, alla solidarietà e alla giustizia sociale. Le patologie mentali al contrario comportano molteplici costi, perdite e oneri per cittadini e la società.

Salute mentale, patologie mentali e i loro determinanti

L'OMS definisce la **salute mentale** come uno stato di benessere nel quale il singolo è consapevole delle proprie capacità, sa affrontare le normali difficoltà della vita, lavorare in modo utile e produttivo ed è in grado di apportare un contributo alla propria comunità².

Le **patologie mentali** comprendono difficoltà e tensioni psichiche, alterazioni del comportamento associati a sintomi di disagio e disturbi mentali diagnosticabili, quali la schizofrenia e la depressione.

La condizione psichica delle persone è determinata da una **molteplicità di fattori** (allegato 1): biologici (per es. genetici, legati al genere), individuali (per es. esperienze personali), familiari e sociali (per es. assistenza sociale), economici e ambientali (per es. posizione sociale e condizioni di vita).

3. LA SITUAZIONE – LE PATOLOGIE MENTALI, UN PROBLEMA DI GRAVITÀ SEMPRE MAGGIORE NELL'UE

La dimensione della salute

Si stima che più del 27% degli europei adulti una volta nella vita sia afflitto da almeno un tipo di patologia mentale (allegato 2)³.

Nell'UE i tipi più comuni di patologie mentali sono i disturbi legati all'ansia e la depressione. Si prevede che entro il 2020 la depressione diventerà la causa di malattia più frequente nei paesi industrializzati⁴.

Attualmente nell'UE circa 58 000 cittadini muoiono ogni anno per suicidio (allegato 3), una cifra superiore al numero annuo di morti causate da incidenti stradali, omicidi o HIV/AIDS⁵.

La salute fisica e quella psichica sono strettamente connesse. Una conseguenza: l'integrazione della salute mentale nell'assistenza sanitaria fornita dagli ospedali generali può abbreviare considerevolmente la durata dei ricoveri, risparmiando costi.

L'impatto sulla prosperità, la solidarietà e la giustizia sociale

Le conseguenze delle patologie mentali sono molteplici:

Le patologie mentali costano all'UE il 3-4% circa del PIL, spesa dovuta principalmente alla perdita di produttività⁶. I disturbi psichici sono una delle principali cause dei pensionamenti anticipati e delle pensioni d'invalidità⁷.

I disturbi comportamentali nell'infanzia comportano costi per il sistema sociale, educativo nonché giudiziario e penale (allegato 4)⁸.

Ulteriori costi immateriali riguardano il trattamento che la società riserva alle persone affette da patologie mentali o handicap. Nonostante le migliori possibilità di cura e gli sviluppi positivi nell'assistenza psichiatrica, le persone affette da patologie mentali o handicap subiscono ancora esclusione sociale, stigmatizzazioni, discriminazioni o il mancato rispetto dei loro diritti fondamentali e della loro dignità.

4. LA RICERCA DI RISPOSTE: INIZIATIVE A FAVORE DELLA SALUTE MENTALE

La crescente consapevolezza della gravità del problema rappresentato dalle patologie mentali ha indotto i responsabili politici, gli operatori sanitari e le altre parti interessate a cercare soluzioni, recentemente in occasione della Conferenza ministeriale europea dell'OMS sulla salute mentale del gennaio 2005⁹.

È opinione generale che la principale priorità consista nel fornire servizi di cura e di assistenza medica efficaci e di elevata qualità per le patologie mentali, accessibili a tutti coloro che ne soffrono¹⁰.

I soli interventi medici, sebbene indispensabili per far fronte al problema, non possono tuttavia modificare i determinanti sociali. Conformemente alla strategia dell'OMS occorre pertanto un'impostazione globale, che riguardi le cure e l'assistenza da fornire ai singoli, ma anche un'iniziativa destinata alla popolazione, al fine di promuovere la salute mentale, prevenire le patologie mentali ed affrontare le sfide connesse a stigmatizzazioni e diritti umani. Tale impostazione dovrebbe coinvolgere molti soggetti, compresi il settore sanitario e quelli non sanitari nonché le parti interessate le cui decisioni influiscono sulla salute mentale della popolazione. Le organizzazioni di pazienti e la società civile dovrebbero svolgere un ruolo centrale nella ricerca di soluzioni.

4.1. La Comunità europea, il suo mandato e le sue attività nel settore della salute mentale

A livello comunitario il mandato d'intervenire nel settore della salute pubblica è stabilito dall'articolo 152 del trattato CE, a norma del quale "nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività della Comunità è garantito un livello elevato di protezione della salute umana"¹¹. L'intervento della Comunità integra le politiche nazionali volte al miglioramento della sanità, alla prevenzione di malattie e affezioni, all'informazione e all'educazione in tema di salute, nonché a ridurre gli effetti nocivi derivanti dall'uso di stupefacenti e promuove la cooperazione tra gli Stati membri in questi settori. Gli Stati membri hanno la competenza esclusiva per l'organizzazione dell'assistenza e dei servizi sanitari. Per le altre politiche comunitarie si applica la pertinente base giuridica.

Considerate le competenze di cui sopra la salute mentale rientra nell'ambito della Comunità europea sulla base

- del contributo che la salute mentale della popolazione può apportare all'attuazione di alcuni obiettivi strategici dell'UE;
- del ruolo svolto dalla Comunità nel promuovere e sostenere la cooperazione tra Stati membri e nell'eliminare le disparità che li dividono nonché
- dell'obbligo della Comunità di contribuire a un alto livello di tutela della salute umana in tutte le sue politiche ed attività.

Nel corso degli ultimi anni sono state elaborate iniziative specifiche in diversi settori d'intervento della Comunità.

- La **politica sanitaria** della Comunità comprende la salute mentale dal 1997, grazie a progetti specifici ed iniziative politiche¹² (allegato 5). Il *programma di sanità pubblica dell'UE per il periodo 2003-2008*¹³ costituisce la base giuridica degli interventi. Ulteriori priorità correlate riguardano l'abuso di droghe e i danni causati dall'alcol.
- Le iniziative riguardanti le **politiche sociali e occupazionali** della Comunità sono intese alla non discriminazione delle persone affette da patologie mentali, all'inclusione sociale delle persone con handicap e alla prevenzione dello stress sul luogo del lavoro e comprendono:
 - l'adozione della direttiva 2000/78/CE che vieta, tra l'altro, la discriminazione basata sull'handicap nel settore dell'occupazione¹⁴;
 - iniziative nel contesto dell'Anno europeo delle persone con disabilità (2003); nonché
 - l'adozione nel 2004 di un accordo quadro europeo tra le parti sociali in tema di stress legato al lavoro.
- I **programmi quadro di ricerca** della Comunità sono stati e continuano ad essere un'importante fonte di finanziamento della ricerca europea sulla salute mentale¹⁵. Un esempio è costituito dal progetto "MHEDEA-2000", nel contesto del quale è stata effettuata una valutazione europea delle malattie mentali¹⁶;
- Le **politiche nei settori della società dell'informazione e dei mezzi di comunicazione** hanno sostenuto lo sviluppo di strumenti basati sulle tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni (TIC) destinati alla prevenzione, alla diagnosi e alla terapia¹⁷.
- La **politica regionale** sostiene investimenti infrastrutturali nel settore sanitario, che favorisce l'adeguamento strutturale delle regioni.
- La **politica dell'istruzione** include la salute mentale nell'ambito dei propri provvedimenti strategici (per es. sulle competenze essenziali per la società della conoscenza) e di progetti.
- Nel contesto delle politiche comunitarie in tema di **libertà, giustizia e sicurezza** il programma DAPHNE II combatte la violenza contro i bambini, i giovani e le donne¹⁸, che può causare disturbi psichici.

A livello comunitario manca tuttavia una strategia globale sulla salute mentale che colleghi tutte queste attività. Una simile strategia potenzierebbe la coerenza e l'efficacia delle iniziative attuali e future.

4.2. La salute mentale negli Stati membri

Sussistono significative discrepanze tra gli Stati membri (così come *al loro interno*). Un esempio è dato dal tasso dei suicidi, pari a 3,6 per 100 000 abitanti in Grecia e a 44 per 100 000 abitanti in Lituania, il più alto del mondo¹⁹. Anche l'importo del bilancio sanitario destinato alla salute mentale varia considerevolmente a seconda degli Stati membri (cfr. l'allegato 6).

In base alla relazione del 2004 sullo stato della salute mentale nell'Unione europea²⁰ la situazione nei diversi Stati membri non è uniforme, ma riflette differenze tra paesi, contesti, tradizioni e culture.

Le relazioni sui paesi, che figurano nella pubblicazione del 2005 *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Union Member States: an overview*²¹ (Promozione della salute mentale e prevenzione dei disordini mentali negli Stati membri dell'Unione europea: un quadro d'insieme) presentano i problemi, le politiche e le infrastrutture degli Stati membri.

Date le discrepanze tra gli Stati membri non è possibile trarre semplici conclusioni o proporre soluzioni uniformi. Vi è tuttavia un margine per scambi e cooperazione tra Stati membri e non mancano possibilità di imparare gli uni dagli altri.

Una serie di documenti strategici adottati dal Consiglio dei ministri dal 1999²² indicava il desiderio degli Stati membri di ricorrere alla cooperazione a livello di UE nel settore della salute mentale. Le conclusioni del Consiglio adottate nel giugno 2005 hanno rafforzato tale messaggio invitando gli Stati membri a prestare debita attenzione all'attuazione dei risultati della Conferenza ministeriale europea dell'OMS sulla salute mentale. La Commissione è stata invitata a sostenerne l'attuazione nell'ambito delle proprie competenze.

5. NECESSITÀ DI UNA STRATEGIA A FAVORE DELLA SALUTE MENTALE PER L'UE

La definizione di una strategia a favore della salute mentale costituirebbe un valore aggiunto:

- (1) creando un quadro per gli scambi e la cooperazione tra Stati membri;
- (2) contribuendo a rafforzare la coerenza degli interventi nei diversi settori politici;
- (3) istituendo una piattaforma per coinvolgere le parti interessate, comprese le organizzazioni di pazienti e della società civile nella ricerca di soluzioni.

La consultazione dovrebbe individuare il modo per contribuire a migliorare la salute mentale della popolazione attraverso le politiche e gli strumenti finanziari della Comunità, per esempio i programmi quadro di ricerca. Gli Stati membri sono invitati a valutare, assieme alle regioni e alla Commissione, i mezzi per utilizzare in modo ottimale i fondi strutturali, al fine di migliorare le strutture di assistenza a lungo termine e le infrastrutture sanitarie relative alla salute mentale. Un contributo orizzontale della Commissione potrebbe consistere nel

raccogliere informazioni e conoscenze sullo stato della salute mentale nell'UE, sui determinanti della salute mentale e sulle possibilità di combattere le patologie mentali.

La strategia dell'OMS a favore della regione europea, i risultati delle attività relative ai programmi dell'UE e i dati disponibili negli Stati membri andrebbero utilizzati per l'elaborazione della strategia.

La Commissione propone che la strategia dell'UE sia incentrata sui seguenti aspetti:

- (1) promozione della salute mentale di tutti,
- (2) lotta alle patologie mentali attraverso interventi preventivi,
- (3) miglioramento della qualità della vita delle persone affetta da malattie psichiche o handicap mediante l'inclusione sociale e la tutela dei loro diritti e della loro dignità, nonché
- (4) elaborazione di un sistema di informazioni, ricerca e conoscenza sulla salute mentale per l'UE.

6. RICERCA DI SOLUZIONI – AZIONI POSSIBILI

È necessario tradurre gli attuali impegni politici in atto. I progetti relativi ai programmi di sanità pubblica dell'UE hanno dimostrato che gli interventi sono possibili e possono essere efficaci ed economicamente convenienti. Altri progetti hanno contribuito a migliorare la base di conoscenze e informazioni sulla salute mentale nell'UE.

La rete *Implementing Mental Health Promotion Action (IMPHA)*²³ (Attuazione dell'azione di promozione sulla salute mentale) ha istituito una banca dati Internet relativa ai seguenti aspetti: una descrizione dei programmi in corso, una rassegna dei dati sulla prevenzione e la promozione e il piano d'azione *Mental health promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe*²⁴ (Promozione della salute mentale e prevenzioni dei disordini mentali: una strategia per l'Europa).

6.1. Promozione della salute mentale e lotta alle malattie psichiche mediante interventi preventivi

La promozione della salute mentale e la lotta alle patologie mentali riguarda individui, famiglie, comunità e determinanti sociali della salute mentale, potenziando i fattori protettivi (come la capacità di ripresa) e riducendo i fattori di rischio²⁵ (allegato 7). Le scuole e i luoghi di lavoro, dove le persone trascorrono gran parte del loro tempo, sono settori d'intervento essenziali.

6.1.1. Promuovere la salute mentale della popolazione

Costruire la salute mentale di neonati, bambini e adolescenti

Poiché la salute mentale è fortemente determinata nei primi anni di vita, la promozione della salute mentale di bambini e adolescenti è un investimento per il futuro. La formazione dei genitori può migliorare lo sviluppo del bambino. Un approccio olistico nell'apprendimento

può incrementare le competenze sociali, migliorare la capacità di ripresa e ridurre i sintomi di bullismo, ansietà e depressione.

Alcuni interventi efficaci individuati attraverso i progetti dell'UE²⁶:

Neonati e bambini: lotta contro la depressione post partum delle madri; miglioramento delle competenze parentali; visite domiciliari di infermiere per assistere futuri genitori o neo genitori; interventi di infermiere presso le scuole.

Adolescenti e giovani: ambiente scolastico e morale positivi; materiale informativo sulla salute mentale per studenti, genitori e insegnanti.

Promuovere la salute mentale dei lavoratori

Mentre la salute mentale incentiva le capacità lavorativa e la produttività, cattive condizioni di lavoro, comprese le intimidazioni da parte di colleghi, comportano problemi psichici, assenze per malattia e maggiori costi. Fino al 28% dei lavoratori dipendenti europei segnala situazioni di stress sul lavoro²⁷. Gli interventi volti a promuovere la capacità individuale e a ridurre i fattori di stress nell'ambiente di lavoro migliorano la salute e favoriscono lo sviluppo economico.

Alcuni interventi efficaci individuati attraverso i progetti dell'UE²⁸:

Un ambiente di lavoro e una cultura di gestione partecipativi; individuazione di disturbi psichici nel personale; condizioni di lavoro adeguate alle necessità dei lavoratori (per es. orari di lavoro flessibili).

Promuovere la salute mentale delle persone anziane

L'invecchiamento della popolazione dell'UE, con le relative conseguenze sulla salute mentale, richiede un intervento efficace. L'età avanzata comporta molti fattori di stress che possono disturbare la salute mentale, come una capacità funzionale ridotta e l'isolamento sociale. La depressione in una fase avanzata della vita e le condizioni neuropsichiatriche connesse all'età, quali la demenza senile, accrescono la gravità dei disordini mentali. Interventi di sostegno hanno dimostrato che è possibile migliorare il benessere mentale delle persone anziane.

Alcuni interventi efficaci individuati attraverso i progetti dell'UE²⁹:

Reti di sostegno sociale; promozione dell'attività fisica e partecipazione a programmi comunitari e di volontariato.

Incentrare l'attenzione sui gruppi sociali più vulnerabili

Un basso status sociale ed economico accresce la vulnerabilità alle patologie mentali. La perdita del lavoro e la disoccupazione possono ridurre l'autostima e causare depressioni. I migranti e altri gruppi emarginati corrono un rischio maggiore di sviluppare malattie psichiche. Gli interventi volti a reintrodurre i disoccupati nel mercato del lavoro possono dimostrarsi economicamente vantaggiosi. Il sostegno ai gruppi sociali più vulnerabili può migliorare la salute mentale, rafforzare la coesione sociale ed evitare i relativi oneri sociali ed economici.

Alcuni interventi efficaci individuati attraverso i progetti dell'UE³⁰:

Consulenza per i gruppi sociali a rischio; aiuto ad entrare nel mondo del lavoro; occupazione assistita per le persone affette da malattie psichiche o handicap.

Possibile iniziativa a livello comunitario:

Le indicazioni derivate dal processo di consultazione successivo al presente libro verde potrebbero condurre alla proposta, da parte della Commissione, di una raccomandazione del Consiglio sulla promozione della salute mentale³¹.

6.1.2. Lotta alle patologie mentali attraverso interventi preventivi

Prevenzione della depressione

La depressione rappresenta uno dei più seri problemi sanitari dell'UE.

La relazione del 2004 *Actions Against Depression* (Interventi contro la depressione), redatta dagli esperti della Commissione, analizza la depressione e le relative conseguenze per la sanità pubblica, nonché per il sistema economico e sociale e presenta possibilità di azione³².

Strategie nell'ambito della scuola, relative, per esempio alle competenze necessarie per la vita e alla prevenzione del bullismo, interventi sul luogo del lavoro volti a ridurre lo stress e l'attività fisica per le persone anziane possono ridurre i sintomi depressivi. Sensibilizzare l'opinione pubblica nei confronti della depressione può incoraggiare la ricerca di aiuto e ridurre stigmatizzazioni e discriminazioni.

Alcuni interventi efficaci:

Interventi a livello cognitivo e comportamentale; sostegno psicologico per i gruppi a rischio; formazione degli operatori sanitari in merito a prevenzione, diagnosi e cura della depressione.

Riduzione dei disturbi connessi all'uso di sostanze

L'alcol, le droghe e altre sostanze psicoattive rappresentano spesso un fattore di rischio o una conseguenza dei problemi psichici. Le droghe e l'alcol costituiscono priorità stabilite della politica sanitaria a livello comunitario:

- Droghe

Nel 2004 il Consiglio ha adottato una strategia dell'UE contro la droga per il periodo 2005-2012³³. Nel 2005 il Consiglio ha adottato un piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2005-2008)³⁴. Entro la fine del 2006 la Commissione prevede la redazione di una relazione sull'attuazione della raccomandazione del Consiglio da parte degli Stati membri³⁵.

- Alcol

Nel 2001 il Consiglio ha adottato una raccomandazione sul consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani. La Commissione ne sta valutando l'attuazione e prepara una strategia comunitaria globale intesa a ridurre i danni causati dall'alcol.

Prevenzione dei suicidi

Gli Stati membri stanno elaborando strategie di prevenzione dei suicidi. I dati al riguardo comprendono i seguenti provvedimenti: restrizioni dell'accesso a mezzi per commettere suicidio, la formazione degli operatori sanitari e il coordinamento tra l'assistenza secondaria e quella di controllo dopo un tentativo di suicidio.

Interventi efficaci:

La *European Alliance against Depression* (EAAD – Alleanza europea contro la depressione) si propone di ridurre i comportamenti depressivi e suicidi istituendo reti regionali d'informazione tra settore sanitario, pazienti e loro parenti, facilitatori sociali e il pubblico in genere. Il progetto pilota ha consentito una riduzione del 25% dei suicidi e dei tentativi di suicidio, in particolare tra i giovani³⁶.

Possibile iniziativa a livello comunitario:

Le indicazioni derivate dal processo di consultazione successivo al presente libro verde potrebbero condurre alla proposta, da parte della Commissione, di una raccomandazione del Consiglio sui comportamenti depressivi e suicidi.

6.2. Promuovere l'inclusione sociale delle persone affette da malattie psichiche o handicap e tutelare i loro diritti fondamentali e la loro dignità

Le persone affette da malattie psichiche o handicap suscitano negli altri timore e pregiudizi, spesso basati su stereotipi relativi ai disturbi psichici. Le stigmatizzazioni accrescono la sofferenza personale, l'esclusione sociale e possono ostacolare l'accesso a un alloggio o all'occupazione. Tali pregiudizi possono persino impedire alle persone di cercare aiuto per timore di essere etichettate. L'articolo 13 del trattato CE definisce la base giuridica degli interventi a livello comunitario per combattere la discriminazione basata, tra l'altro, sull'handicap. Vi è inoltre la necessità di un cambiamento di atteggiamento da parte del pubblico, delle parti sociali, delle autorità pubbliche e dei governi: sensibilizzare l'opinione pubblica sulle malattie psichiche e sulle possibilità di cura e promuovere l'integrazione delle persone affette da disturbi psichici o handicap nella vita lavorativa può creare maggiore consenso e comprensione nella società.

Un cambiamento radicale

La *deistituzionalizzazione* dei servizi psichiatrici e l'istituzione di servizi in centri medici di base locali e negli ospedali generali, secondo le necessità dei pazienti e delle loro famiglie, possono agevolare l'inclusione sociale. I grandi ospedali psichiatrici possono facilmente contribuire alle stigmatizzazioni. Nell'ambito delle riforme dei servizi psichiatrici numerosi paesi si stanno allontanando da un trattamento terapeutico presso grandi istituti psichiatrici (che in alcuni nuovi Stati membri costituiscono ancora un'ampia percentuale dell'infrastruttura di tali servizi) verso servizi a livello locale. Tale evoluzione è accompagnata da una formazione dei pazienti, delle famiglie e del personale ai fini di una partecipazione attiva mediante strategie di responsabilizzazione³⁷.

Uno studio della Commissione, dal titolo *Included in Society*³⁸ (società inclusiva) ha confermato che la sostituzione degli istituti con alternative a livello locale offre in genere possibilità di una migliore qualità di vita per le persone con handicap. Un nuovo studio

esaminerà e indicherà il modo per utilizzare al meglio le attuali risorse finanziarie al fine di rispondere alle esigenze delle persone con handicap e fornirà dati sul costo della deistituzionalizzazione³⁹.

Attività pertinenti di altre organizzazioni internazionali:

Nel contesto della **rete dell'OMS di ospedali per la promozione della salute** una task force sui servizi psichiatrici per la promozione della salute (*Task Force on Health Promoting Psychiatric Services*⁴⁰) ha individuato modelli di pratiche ottimali di promozione della salute mentale nella psichiatria.

Nel 2006 il **Consiglio d'Europa** intende avviare i lavori per l'elaborazione di uno strumento di riferimento europeo per l'etica e i diritti umani nella salute mentale.

Alcuni pazienti ricorrono volontariamente a cure psichiatriche presso centri ospedalieri. Il ricovero *obbligatorio* in istituti psichiatrici e il trattamento effettuato contro la volontà dei pazienti lede gravemente i loro diritti. Vi si dovrebbe ricorrere solo in ultima istanza, qualora alternative meno restrittive si rivelino inefficaci.

Il progetto sul ricovero obbligatorio e il trattamento contro la loro volontà dei pazienti affetti da disturbi psichiatrici⁴¹ ha dimostrato che la normativa al riguardo è notevolmente eterogenea nei diversi paesi dell'UE. Le attuali pratiche nel settore sono determinate anche da tradizioni culturali, atteggiamenti nonché dalla struttura e dalla qualità dei sistemi di assistenza medica per le malattie psichiche. Il tasso dei ricoveri obbligatori varia sensibilmente a seconda degli Stati membri.

La salute mentale e la dignità delle persone possono essere a rischio anche in altri contesti, quali case di riposo per anziani, istituti per bambini o prigionieri.

Possibili iniziative a livello comunitario:

- Le indicazioni derivate dal processo di consultazione potrebbero consentire di individuare le **pratiche ottimali per la promozione dell'inclusione sociale e la tutela dei diritti delle persone affette da patologie mentali e handicap**.

- Le persone affette da patologie mentali o handicap e la situazione degli istituti psichiatrici potrebbero rientrare tra gli obiettivi delle attività dell'**Agenzia dei diritti fondamentali** dell'UE che sarà operativa dall'1 gennaio 2007⁴².

6.3. Migliorare le informazioni e le conoscenze sulla salute mentale nell'UE

La salute mentale rientra solo marginalmente negli attuali sistemi di monitoraggio sanitario. È necessario un notevole impegno per armonizzare gli attuali indicatori nazionali e internazionali sulla salute mentale e l'handicap nella popolazione in modo da poter disporre di un insieme di dati comparabili a livello di UE. Occorrono più dati sui determinanti sociali, demografici ed economici della salute mentale, nonché sulle infrastrutture per la promozione e la prevenzione, sulle attività e sulle risorse.

È opportuno studiare il modo per utilizzare gli strumenti comunitari disponibili, quali il settimo programma quadro di ricerca⁴³, al fine di sviluppare le capacità di ricerca e di sostenere la ricerca sulla salute mentale nell'UE. Maggiori conoscenze in merito

all'importanza della salute mentale e alle conseguenze delle patologie mentali per la salute, la qualità di vita, il benessere economico e sociale, l'inclusione sociale e i diritti fondamentali nonché per i servizi sanitari (per esempio equità e accesso) consentirebbero di migliorare le pratiche attuali.

Possibile iniziativa a livello comunitario:

Potrebbe essere istituita un'interfaccia tra politica e ricerca che riunisca rappresentanti delle Comunità, autorità nazionali, istituzioni accademiche e parti interessate, che potrebbero avere il compito di fornire pareri su indicatori della salute mentale per l'UE, sul monitoraggio della salute mentale e sulle priorità per le attività di ricerca a livello comunitario.

7. UN PROCESSO DI CONSULTAZIONE PER L'ELABORAZIONE DI UNA STRATEGIA A FAVORE DELLA SALUTE MENTALE PER L'UE

L'importanza trasversale della salute mentale rende opportuno elaborare una strategia dell'UE sulla salute mentale basata su un processo di consultazione ampio ed esaustivo.

Sono previste le seguenti attività:

7.1. Instaurazione di un dialogo sulla salute mentale con gli Stati membri

Si tratta di un forum che consentirà scambi e cooperazione tra Stati membri. Uno degli obiettivi consiste nell'individuare priorità ed elementi per un piano d'azione sulla salute mentale che comprenda una serie di interventi fondamentali nel settore sanitario e non sanitario, nonché obiettivi, criteri di riferimento, calendari e un meccanismo per monitorarne la realizzazione. Il piano d'azione dell'OMS sulla salute mentale per l'Europa potrebbe fungere da modello, assieme al piano d'azione *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe* (Promozione della salute mentale e prevenzione dei disordini mentali: una strategia per l'Europa) elaborato nel contesto del programma di sanità pubblica dell'UE⁴⁴. Questo dialogo dovrebbe valutare inoltre la necessità delle due raccomandazioni del Consiglio proposte: a) sulla promozione della salute mentale e b) sulla riduzione dei comportamenti depressivi e suicidi.

7.2. Istituzione di una piattaforma dell'UE sulla salute mentale

Tale piattaforma dovrebbe promuovere una cooperazione e un consenso trasversali sulla salute mentale mediante il coinvolgimento di diversi soggetti, quali responsabili politici, esperti e parti interessate del settore sanitario e dei settori non sanitari nonché rappresentanti della società civile. La piattaforma dovrebbe analizzare gli aspetti principali della salute mentale, definire pratiche fondate su prove scientifiche, elaborare raccomandazioni sulle iniziative da prendere anche a livello comunitario e individuare le pratiche ottimali per promuovere l'inclusione sociale delle persone affette da malattie psichiche e handicap nonché per tutelare i loro diritti fondamentali e la loro dignità; obiettivi che possono alimentare il dialogo con gli Stati membri.

7.3. Creazione di un'interfaccia tra politica e ricerca sulla salute mentale

In questa terza fase le parti interessate dovrebbero stimolare il dialogo sull'elaborazione di un sistema di indicatori che comprenda informazioni sulla salute mentale e sui suoi determinanti,

una valutazione delle conseguenze e pratiche basate su prove scientifiche. Si tratterebbe di studiare il modo più efficace per individuare le priorità della ricerca al fine di migliorare l'interfaccia tra sistemi di dati, conoscenze sulla ricerca e processo decisionale. Le raccomandazioni che ne deriverebbero potrebbero essere incluse nel piano d'azione.

8. PROSSIME TAPPE

Vi è un ampio consenso sulla necessità di un maggiore riconoscimento della dimensione umana, sociale ed economica della salute mentale da parte dei responsabili politici e di una maggiore sensibilizzazione dell'opinione pubblica al riguardo. Importanti iniziative sono state avviate a livello di Stati membri, dell'UE e dell'OMS.

La Commissione invita tutti i cittadini, le parti e le organizzazioni interessati, nonché le istituzioni dell'Unione europea a contribuire all'elaborazione di una possibile strategia e di un piano d'azione a favore della salute mentale per l'UE, comunicando le proprie osservazioni in merito al presente Libro verde.

La Commissione è particolarmente interessata a risposte alle seguenti domande:

- (1) Qual è l'importanza della salute mentale della popolazione per gli obiettivi strategici dell'UE illustrati nella sezione 1?
- (2) L'elaborazione di una strategia globale dell'UE a favore della salute mentale apporterebbe un valore aggiunto? La sezione 5 propone priorità adeguate?
- (3) Le iniziative proposte nelle sezioni 6 e 7 sono adeguate per favorire il coordinamento tra Stati membri, promuovere l'integrazione della salute mentale nelle politiche sulla sanità e in altri settori politici nonché nelle attività delle parti interessate e migliorare il collegamento tra ricerca e politica nel settore della salute mentale?

I contributi relativi al presente processo di consultazione vanno trasmessi alla Commissione entro il **31 maggio 2006**, via e-mail all'indirizzo mental-health@cec.eu.int, oppure per posta al seguente indirizzo:

Commissione europea

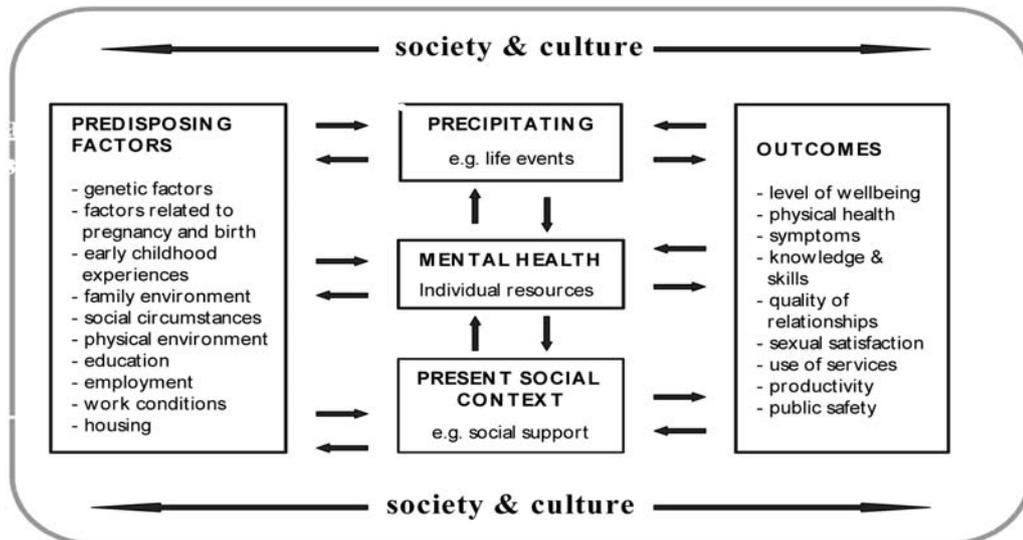
Direzione generale Salute e tutela dei consumatori

Unità C/2 "Informazione sanitaria"

L-2920 Lussemburgo

Il presente Libro verde e i contributi ricevuti saranno pubblicati sul sito web della Commissione⁴⁵, salvo esplicita indicazione contraria. Alla fine del 2006 la Commissione intende presentare la propria analisi delle risposte ricevute accompagnata, se del caso, da proposte ed iniziative in merito a una strategia a favore della salute mentale per l'UE.

ALLEGATO 1
The functional model of mental health



Source:

Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riihonen, E., Ahonen, J. (eds.): Framework for promoting mental health in Europe, Hamina 1999

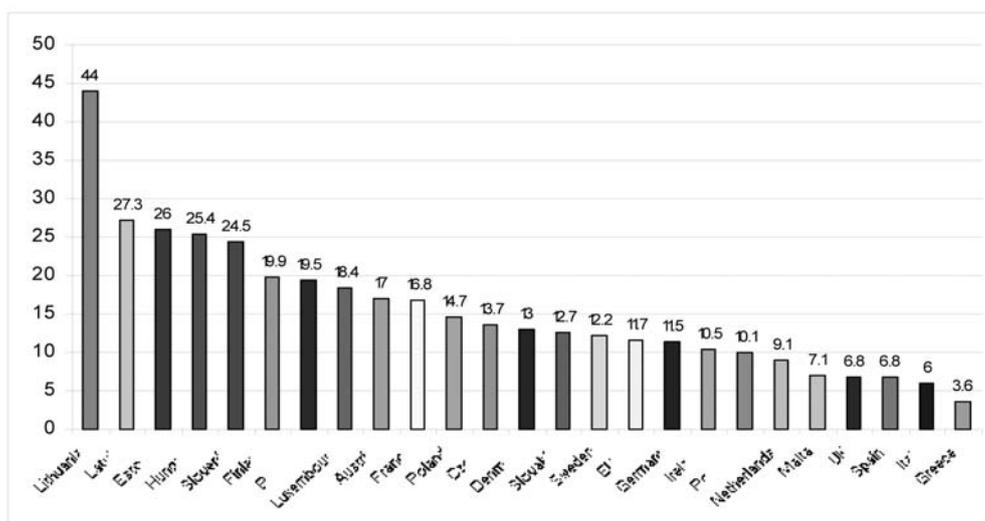
ALLEGATO 2
**Estimated number of subjects in the general EU population (age 18–65) affected by
 mental disorders within past 12 months⁴⁶**

Diagnosis (DSM-IV)	12-month estimate (%)	12-month estimate (million)
Alcohol dependence	2.4	7.2
Illicit substance dependence	0.7	2.0
Psychotic disorders	1.2	3.7
Major depression	6.1	18.4
Bipolar disorder	0.8	2.4
Panic disorder	1.8	5.3
Agoraphobia	1.3	4.0
Social phobia	2.2	6.7
Generalised Anxiety Disorder (GAD)	2.0	5.9
Specific phobias	6.1	18.5
Obsessive-compulsive Disorder (OCD)	0.9	2.7
Somatoform disorders	6.3	18.9
Eating disorders	0.4	1.2
Any mental disorder	27.4	82.7

Source:

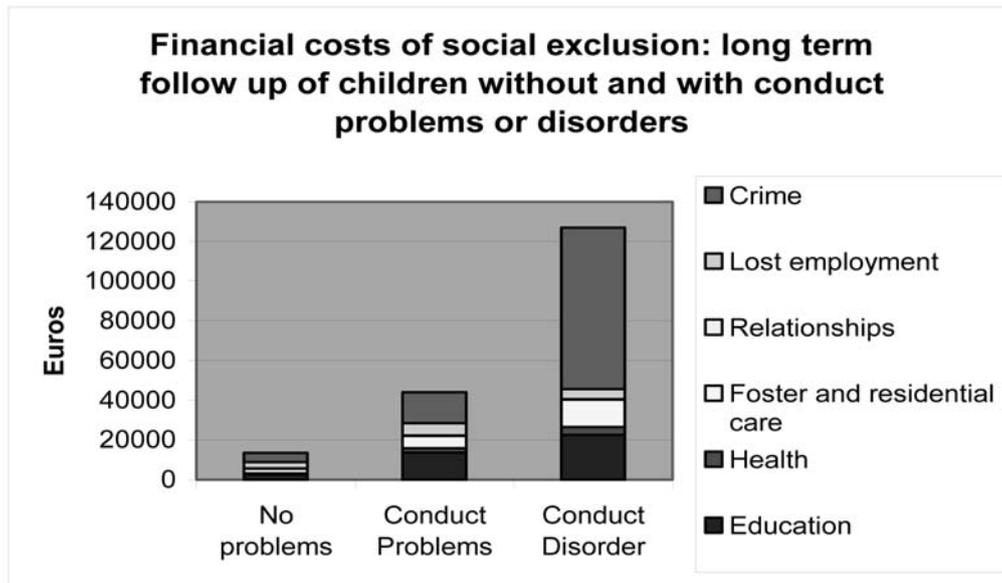
Hans-Ulrich Wittchen, Frank Jacobi (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, Volume 15, Number 4, pp. 357-376. 12-months values rounded by Commission. Percentage values based on Commission's own calculations.

ALLEGATO 3
Standardised death rate for suicide per 100.000 people across EU Member States in 2002⁴⁷



ALLEGATO 4

Long term economic costs of mental health problems. Costs converted to Euros and 2002 prices used



Source:

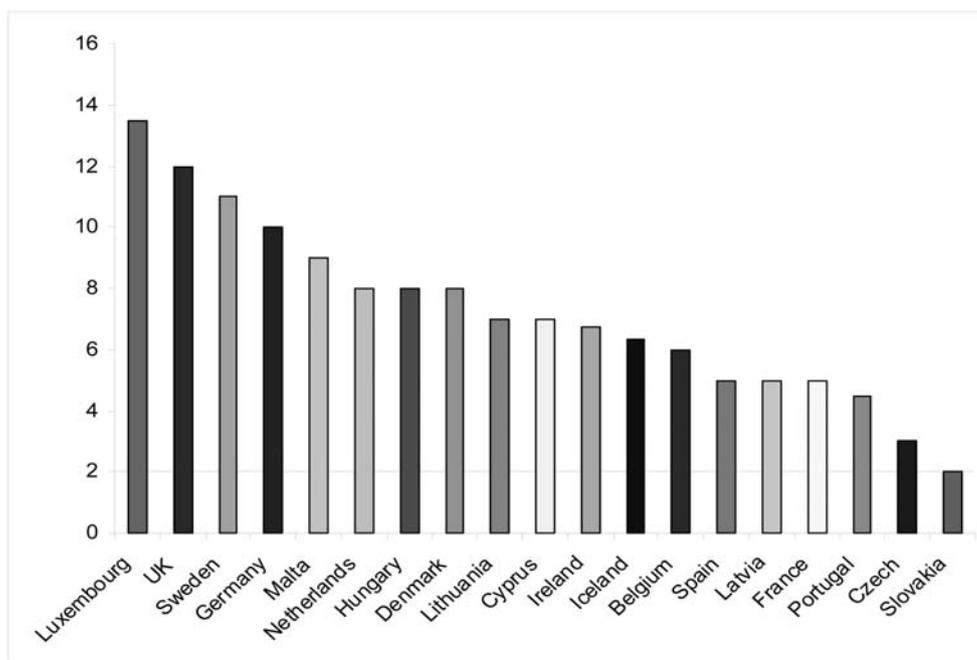
Scott, S.; Knapp, M.; Henderson, J.; Maughan, B.: Financial cost of social exclusion. Follow-up study of anti-social children into adulthood, British Medical Journal (BMJ), 323, 191-196. Costs converted into Euro-values by David McDaid, Mental Health Economics European Network.

ALLEGATO 5**Summary of selected EC events relating to mental health between 1999 and 2005**

Year	Title of the event	Level	Council resolutions/conclusions
04/1999	Balancing Mental Health Promotion and Mental Health Care	Joint EU/WHO Meeting	
10/1999	European Conference on Promotion of Mental Health and Social Inclusion	EU Presidency	Council resolution on the promotion of mental health
03/2000	Health Determinants in the EU	EU Presidency	Council resolution on action on health determinants
06/2000	Violence and Promotion of Mental Health of Children and Young People	EU Presidency	
09/2000	Prevention of Youth Suicide	EU Presidency	
01/2001	Young People and Alcohol	WHO Ministerial conference/EU Presidency	Council conclusions on a Community strategy to reduce alcohol-related harm
09/2001	Future Mental Health Challenges in Europe: Impact of Other Policies on Mental Health	Joint EU/WHO Meeting	
10/2001	Coping with Stress and Depression-Related Problems in Europe	Joint EU Presidency and WHO	Council conclusions on combating stress and depression-related problems
12/2002	Future Mental Health Challenges in Europe: Strengthening Co-operation between EU and WHO	Joint EU/WHO seminar	
03/2003	Mental Illness and Stigma in Europe: Facing up to the Challenges of Social Inclusion and Equity	Joint EU Presidency, WHO and Council of Europe	Council conclusions on combating stigma and discrimination in relation to mental health

10/2003	Mental Health in Europe: New Challenges, New Opportunities	EC-funded conference/co-sponsored by WHO	
09/2004	The Mental Health of Children and Adolescents	Jointly organised by Commission/WHO/Luxembourg	
01/2005	WHO Europe Ministerial Conference on Mental Health	Commission as a coorganiser	

ALLEGATO 6
Mental Health Expenditure in European Economic Area countries (% of total health expenditure)



Source:

Mental Health Economics European Network (2004)

ALLEGATO 7
Social, environmental and economic determinants of mental health

Risk factors	Protective factors
Access to drugs and alcohol	Empowerment
Displacement	Ethnic minorities integration
Isolation and alienation	Positive interpersonal interactions
Lack of education, transport, housing	Social participation
Neighbourhood disorganisation	Social responsibility and tolerance
Peer rejection	Social services
Poor social circumstances	Social support and community networks
Poor nutrition	
Poverty	
Racial injustice and discrimination	
Social disadvantage	
Urbanisation	
Violence and delinquency	
War	
Work stress	
Unemployment	

Source:

WHO: Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options, Summary Report, Geneva 2004, p.21

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@fiscali.it

MAURIZIO MICOZZI

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

RINALDO PERINI

Tel. 06/8860828 - 348/3701599
e.mail: rinperi@libero.it

GIOVANBATTISTA TIENGO

02/6691184 - 335/6082191
email giovanbattistatiengo@libero.it

NATALIO FLARA'

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

CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE

MEMBRI

ALBANESI GABRIELLA	0382/727839	FORCELLINO VINCENZO	089/695174	PERAZZA FRANCO	0481/592009
ARCICASA ANGELO	0434/736234	GAMBARDELLA GABRIELLA	0371/448772	PERINI RINALDO	0774/357209
BALDASSARRE GIROLAMO	0874/823714	GENTILE SALVATORE	0835/986450	PIERUCCI FERDANO	0585/45913
BELLISARIO PIER PAOLO	0872/706498	GIOSSI PAOLA	0344/43060	PIROMALLI CARLO	090/2224925
BERNARDINI ENRICO	0746/483073	GOLLO ISIDORO	0835/243704	POLI GIACOMO	0376/919155
BERTINI ANTONIO	075/5280761	GRAVILI ROSALBA	0586/223103	PUPULIN GIORGIO	049/9324988
BOZZARO PAOLO	095/7716706	INFURCHIA GIUSEPPE	0922/733580	PUTZOLU DOMENICO	0783/81828
BRIVIO ROBERTA	02/98230479	INNEO GIUSEPPE	338/4678461	SCARDILLI SALVO	095/894367
BRUSATI ANNA	0321/3734838	LAVARINO PIERO	011/7094711	RASSU MARIA ROSA	079/9959809
CALVANI ROBERTO	0432/553571	LAZZARI DAVID	0744/423871	REITANO FRANCESCO	0464/554743
CARTISANO ORLANDO	0963/591650	LETTINI GIANFRANCO	0972/39239	RIPPA ARTURO	081/5001275
CASTELLI GIUSEPPE	039/464885	LOMBARDO ARMODIO	338/1429311	ROSSI RITA	041/5294655
CAVADI GIOVANNI	030/2410140	MACCOLINI DIANA	0546/602440	ROSSINI MARIO	335/5995603
CAVION ROBERTO	0444/511113	MANFREDA PAOLO	0863/441720	SARTORELLI MARIA CHIARA	085/8543817
CERIONI ANNA GRAZIA	0721/882849	MANIGLIA RAFFAELE	0832/606931	SCACCIONI RAFFAELLA	0161/250097
CHIAVARO CLAUDIO	0874/60267	MARENCO GIANCARLO	0141/392729	SCOLLO SALVATORE	0932/768606
COLOMBARI MANUELA	051/6838432	MAURIZIO POLIERI	347/3808741	SELLINI MARIO	0968/76244
CONTARDI M.CLEOFE	0721/739722	MARTELLI CARMINE	035/363551	SERRA LETIZIA	0131/443370
D'ANGELO ANNA	0885/781776	MARTIN MARIA ROSA	347/2592282	SIGNORI LINO	045/8015471
D'IMPORZANO AGOSTINO	0187/533791	MASCI SILVIA	0434/553627	SANTORO LUCIA	055/483010
DE BORTOLI VIRGINIO	0437/931375	MAZZOLDI MARIANTONIETTA	0471/908594	SOLARI SILVANO	0187/732772
DE DONATO COSIMO	099/9727423	MEGNA FRANCESCO	0962/924262	SPITALE GIUSEPPE	0931/724292
BINI LAURA	339/5324246	MELILLO ANNA ROSA	080/3254940	TIENGO G.BATTISTA	02/6691184
DEL RIO FRANCO S.	0784/38962	MELIS CATERINA	0781/660206	TIMPANO MARCO	0587/273378
DI GIAMMARCO GILDA	0861/591737	MERCURI EUGENIO	0968/25331	TOSSICHETTI VALERIA	071/5963813
DI LIBERTO CARLA	0783/317901	MERLINI FRANCO	02/58013132	TRIGLIA ANGELO L.	0965/774339
FACCIOLI GIORGIO	0425/715000	MICHIELIN PAOLO	0423/819534	TRISTAINO FRANCESCO	0984/73392
FELACO RAFFAELE	081/5768240	MICOZZI MAURIZIO	0734/965752	TUMMINO VITO	031/523327
FLARA' NATALIO	0861/8020305	MOSCARA PAOLO	0832/753500	VACCA LUCIANA	338/2688737
FRATI FULVIO	0521/393108	FEDELE MARIA	338/5983877	VENTURELLA ELVIRA	0165/256885
FUSARI PAOLO	347/1500460	PALMA G. LUIGI	0836/554819	ZULLO CLAUDIO	081/2546455

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	0434/736234
CAMPOLO FORTUNATO	0964/20494
CHIAVARO CLAUDIO	0874/409401
MENGHINI GIACOMO	06/98340888
POLI GIACOMO	0376/919155

COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

	PIEMONTE	
	Segreteria Regionale	
	MARENCO Giancarlo	0141/392729
	Segreterie Provinciali	
TO	LAVARINO Piero	347/6981846
AL	SERRA Letizia	0131/443370
AT	MARENCO Giancarlo	0141/392729
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	
	Segreteria Regionale	
AO	VENTURELLA Elvira	0165/256885
	LOMBARDIA	
	Segreteria Regionale	
	ZAVAGLIA Salvatore	328/4188758
	Segreterie Provinciali	
MI città	MERLINI Franco	02/58013132
MI Nord	MARTELLLO Carmela	339/5088096
MI Sud	CALLONI Giovanni	329/7509118
BG	RUBINO Vincenzo	349/7923121
BS	CAVADI Giovanni	030/3732358
CO	GIOSI Paola	0344/43060
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
	PROV. BOLZANO	
BZ	MAZZOLDI Maria A.	0471/908594
	PROV. TRENTO	
TN	REITANO Francesco	0464/554743
	VENETO	
	Segreteria Regionale	
	FACCIOLI Giorgio	0425/715000
	Segreterie Provinciali	
VE	ROSSI Rita	041/5227825
BL	DE BORTOLI Virginio	0437/83500
RO	FACCIOLI Giorgio	0425/715000
TV	NARDIN Bruno	347/4334386
VR	SIGNORI Lino	045/8015471
VI	CAVION Roberto	0444/511113
PD	PUPULIN Giorgio	049/9324988
	FRIULI	
	Segreteria Regionale	
	ARCIKASA Angelo	0434/736234
	Segreterie Provinciali	
UD	CALVANI Roberto	0432/553571
GO	PERAZZA Franco	0481/592009
TS	FUSARI Paolo	347/1500460
PN	MASCI Silvia	0434/553631
	LIGURIA	
	Segreteria Regionale	
	SOLARI Silvano	0187/732772
	Segreterie Provinciali	
GE	MACCHI Marco	335/6181892
IM	PRIVITERA Angela	347/4251121
SP	D'IMPORZANO A.	0187/504286
SV	MARTIN Rosa Maria	347/2592282
	EMILIA ROMAGNA	
	Segreteria Regionale	
	TADDEI Bruno	051/6224285
	Segreterie Provinciali	
FE	COLOMBARI Manuela	051/6838432
MO	SGARBI Cinzia	347/2738044
FO	LUCCHI Adele	0547/302689
PC	DORDONI Giordana	338/7404609
RA	ANDREGHETTI M. Luisa	347/4917889
RE	BENEDETTI Annalisa	0522/850418
PR	FRATI Fulvio	0521/393108
BO	TADDEI Bruno	051/6224285
RI	NOVAGA Annarosa	0541/698772
	MARCHE	
	Segreteria Regionale	
	CERIONI Anna Grazia	0721/882849
	Segreterie Provinciali	
AN	TOSSICHELLI Valeria	071/2862935
AP	ALESSANDRONI Vinicio	0736/844413
PS	CONTARDI M. Cleofe	0721/739722
MC	PAZZAGLIA Antonella	0733/900316
	TOSCANA	
	Segreteria Regionale	
	SANTORO Lucia	055/483010
	Segreterie Provinciali	
AR	FARNETANI Edi	0575/658158
GR	PAPA Margherita	0564/869524
FI	SANTORO Lucia	055/483010
LI	GRAVILI Rosalba	0586/223103

LU	POLIERI Maurizio	347/3808741
MS	PIERUCCI Ferdano	0585/42157
PI	TIMPANO Marco	0587/273378
PT	MAIONCHI Emilio	0573/352489
SI	MANNA Paola	347/3677796
PO	DEGLI INNOCENTI Dario	0574/21135
	UMBRIA	
	Segreteria Regionale	
	BERTINI Antonio	075/5280761
	Segreterie Provinciali	
PG	ANGELUCCI Paola	347/33606618
TR	LAZZARI David	0774/205332
	LAZIO	
	Segreteria Regionale	
	INNEO Giuseppe	338/4678461
	Segreterie 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
VI	BERNARDINI Enrico	0746/278927
RT	CAVASINO Sergio	0761/290062
	ABRUZZO	
	Segreteria Regionale	
	SARTORELLI M. Chiara	085/8543817
	Segreterie Provinciali	
AQ	MANFREDA Paolo	0863/509071
CH	BELLISARIO P.Paolo	0872/706498
TE	DI GIAMMARCO Gilda	0861/591737
PE	SARTORELLI M.Chiara	085/8543817
	MOLISE	
	Segreteria Regionale	
	BALDASSARRE G.	0874/823714
	Segreterie Provinciali	
CB	PALMIERI Giorgio	333/2926159
IS	VACCA Luciana	338/2688737
	CAMPANIA	
	Segreteria Regionale	
	FELACO Raffaele	335/7406045
	Segreterie Provinciali	
NA	ZULLO Claudio	081/2546455
AV	SEMENTA Stefania	328/4134609
BN	D'ANGELIS E.	0824/313790
CE	RIPPA Arturo	081/5001275
SA	FORCELLINO Vincenzo	089/695174
	PUGLIA	
	Segreteria Regionale	
	PALMA Giuseppe	348/7719657
	Segreterie Provinciali	
BA	MELILLO Anna Rosa	080/3254940
BR	FEDELE Maria	338/5983877
FG	D'ANGELO Anna	0885/781776
LE	MANIGLIA Raffaele	0832/327565
TA	DE DONATO Cosimo	099/9727423
BT	GAETA Nicola	0883483439
	BASILICATA	
	Segreteria Regionale	
	GENTILE Salvatore	0835/986450
	Segreterie Provinciali	
PZ	LETTINI Gianfranco	0972/39239
MT	GOLLO Isidoro	0835/243717
	CALABRIA	
	Segreteria Regionale	
	LOMBARDO Armodio	338/1429311
	Segreterie Provinciali	
RC	TRIGLIA A. Luigi	0965/881400
CZ	MERCURI Eugenio	0968/25331
CS	TRISTANO Francesco	0984/464048
KR	MEGNA Francesco	0962/962568
VV	CARTISANO Orlando	0963/591650
	SICILIA	
	Segreteria Regionale	
	BOZZARO Paolo	095/7716706
	Segreterie 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	MUSCATO Rino	091/8620156
RG	SCOLLO Salvatore	0931/502593
SR	SPITALE Giuseppe	0931/724292
TP	MORICI Sebastiana	0923/717175
	SARDEGNA	
	Segreteria Regionale	
	PUTZOLU Domenico	0783/290326
	Segreterie Provinciali	
CA	MELIS Caterina	070/655883
NU	CASULA Severina	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:)



AUPI

ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI
Cod. Fisc. AUPI 96011290044

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

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

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

La/il sottoscritt_____

Dipendente al _____ livello retr.
ovvero

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

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 gli psicologi 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 AAUOSSL il monte ore deve essere calcolato sommando le ore complessive, la relativa trattenuta deve tuttavia essere effettuata solo dalla USL alla quale la presente è indirizzata.

Sulla causale dei versamenti dovrà essere indicato: il mese di competenza, il numero degli iscritti ed i loro nominativi, la città e la sede dell'Amministrazione, perché la numerazione delle AUSL non è sufficiente ad identificarla. Va sempre evitato il versamento tramite banca, che non consente queste registrazioni essenziali.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono distinti saluti

Il Segretario Generale AUPI
MARIO SELLINI

**A cura del Collega la scheda d'iscrizione dev'essere
inviata in copia protocollata dall'Ente ad:**

**AUPI via Arenula 16 - 00186 ROMA
fax 06/68803822 e tel. 06/6893191**

LIBERI PROFESSIONISTI

Io sottoscritt _____ chiedo con la presente l'iscrizione all'*AUPI - Associazione Unitaria Psicologi Italiani*, conseguentemente di ricevere regolarmente *AUPI-Notizie* ed ogni altra competente comunicazione, e veder tutelata dal Sindacato la mia posizione personale di psicologo _____.

Allego copia della ricevuta del versamento sul ccp n° 72492028 intestato *Aupi Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula, 16 - 00186 Roma* di € _____ per la quota associativa relativa all'anno solare 2006 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 2006 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 2006:

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

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

AUPI-Notizie verrà inviato al seguente indirizzo:

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

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

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

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

Sotto la propria responsabilità il collega dovrà annotare sulla scheda, barrando l'apposita casella, il proprio status (da cui dipende la misura della quota annua).

Le quote riportate si riferiscono all'**anno solare 2006**, e sono valide sia per le nuove iscrizioni che per i rinnovi. I versamenti dovranno essere effettuati per mezzo del bollettino di **c.c.p. n° 72492028** intestato a **AUPI Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula 16 - 00186 Roma**. Riportare sulla causale (precauzione di eventuali disguidi postali): Nome, Cognome, Indirizzo comprensivo di CAP e Città, n° telefono, Sigla (LP, CO, etc.) e se si tratta di rinnovo o di nuova iscrizione. Si prega di scrivere a macchina o in stampatello.

firma: _____

CONVENZIONATI DIFESA



(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)

AUPI

ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI
Cod. Fisc. AUPI 96011290044

– Al Comandante dell'Ente della Difesa

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

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

La/il sottoscritt_____

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

Via _____

CAP _____ Città _____

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

La/il sottoscritt_____ dichiara che la presente delega:

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

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

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

Data _____

FIRMA

Le informazioni verranno inviate al seguente indirizzo:

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

Al Servizio Economico-Finanziario dell'Ente della Difesa

(Modalità di riscossione dei contributi sindacali AUPI per l'anno in corso e sino a nuovo avviso)

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

**mediante versamento
su c.c.p. n° 72492028
intestato a**

AUPI - Via Arenula 16 - 00186 ROMA

Il contributo mensile è calcolato distintamente secondo le seguenti modalità:

per i Convenzionati (quota fissa):

€ **7.75 mensili per incarichi da 1 a 12 ore settimanali.**

€ **11.35 mensili per incarichi da 13 a 24 ore settimanali.**

€ **13.95 mensili per incarichi da 25 a 38 ore settimanali.**

In caso di incarichi presso più Enti della Difesa il monte ore deve essere calcolato sommando le ore complessive, la relativa trattenuta deve tuttavia essere effettuata solo dall'Ente alla quale la presente è indirizzata.

Sulla causale dei versamenti dovrà essere indicato: il mese di competenza, il numero degli iscritti ed i loro nominativi, la città e la sede dell'Amministrazione. Va sempre evitato il versamento tramite banca, che non consente queste registrazioni essenziali.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono distinti saluti

Il Segretario Generale AUPI
MARIO SELLINI

**A cura del Collega la scheda d'iscrizione dev'essere
inviata in copia protocollata dall'Ente ad:**

**AUPI via Arenula 16 - 00186 ROMA
fax 06/68803822 e tel. 06/6893191**

AUPI
Associazione Unitaria Psicologi Italiani

CNPPI – SIPP
Coordinamento e Società Psicologi Penitenziari Italiani

Modulo di iscrizione congiunta alle due Associazioni

Il/La Sottoscritto/a _____,

- visto l'Accordo sottoscritto tra AUPI e CNPPI/SIPP finalizzato al sostegno delle iniziative in favore degli Psicologi che operano nel Ministero della giustizia e al miglioramento delle condizioni professionali e contrattuali;

- chiede con la presente l'iscrizione congiunta alle due Associazioni per l'anno _____; chiede di ricevere AUPI-Notizie e ogni altra pubblicazione sindacale e scientifica, edita da AUPI e CNPPI/SIPP, e di vedere tutelata la sua posizione di psicologi all'interno delle strutture del Ministero della Giustizia.

- Autorizza AUPI e CNPPI/SIPP al trattamento dei dati per i legittimi fini sindacali, di informazione, coinvolgimento e sensibilizzazione. Si riserva di limitare o revocare in qualsiasi momento tale autorizzazione.

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo (dove ricevere la corrispondenza) _____

CAP _____ Città _____ Prov _____

Tel Abitazione _____ Studio _____ Cell. _____

Email _____

Sede di Lavoro _____

Firma _____

Allega alla presente (da seguire per fax all'AUPI: 06/68803822) ricevuta del versamento di Euro 100,00 sul ccp n. 72492028, intestato AUPI Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula 16, 00186 ROMA.

FORM-AUPI

È nata la Federazione delle Società Scientifiche di Psicologia per costituire, salvaguardando l'autonomia e la specificità di ognuna, una esperienza comune in grado di riunire gli sforzi e di finalizzarli verso obiettivi concreti, quali la diffusione e l'informazione delle iniziative scientifiche all'interno e all'esterno della categoria,

STATUTO
Federazione Italiana delle Società Scientifiche di Psicologia
F. I. S. S. P.

Ente associativo non commerciale

Art. 1. È costituita con atto pubblico una Federazione delle Società Scientifiche Italiana di Psicologia - F.I.S.S.P., che s'intende duratura dalla data della sua costituzione sino al 31 dicembre 2050 e potrà essere prorogata. L'Associazione ha sede legale in Roma, alla via Arenula 16. Essa può dotarsi di altre sedi decentrate in tutta Italia.

Art. 2. *Omissis.*

Art. 3. La Federazione intende mettere e mantenere in contatto fra di loro ed essere un riferimento generale per tutte le Società Scientifiche di Psicologia, qualunque sia il loro campo di attività, la loro metodologia, le loro funzioni, i loro riferimenti teorici o pratici, ponendo la Psicologia nel contesto europeo e mondiale, ed avvalendosi parallelamente del contributo delle altre discipline biomediche, sociali, giuridiche ed economiche.

Gli scopi della F.I.S.S.P. sono:

- promuovere nella società italiana la ricerca, la cultura e la pratica della Psicologia;
 - stimolare e mantenere alti gli standard professionali e scientifici;
 - promuovere, implementare e finalizzare il contatto fra le Società scientifiche ed i loro associati su comuni temi di interesse scientifico e culturale;
 - divulgare le notizie riguardanti la ricerca psicologica attraverso appropriati strumenti di comunicazione;
 - segnalare agli Enti Pubblici e Privati, nonché ad Associazioni, i problemi connessi con la sfera delle attività delle società scientifiche e proporsi come sistematico interlocutore;
 - organizzare commissioni permanenti su: accreditamento, aggiornamento professionale, linee guida, etica, sperimentazioni e altro.
- A tale scopo, la Federazione intratterrà rapporti costanti con le altre Federazioni, nazionali e sovranazionali, nonché con gli Istituti di formazione alla Psicologia, l'Università, e con gli Enti pubblici e privati. Con tali Associazioni, Istituti ed Enti la F.I.S.S.P. potrà stipulare convenzioni, avviando ogni utile collaborazione o assecondando quelle già avviate da altri; potrà inoltre svolgere attività ritenute utili al raggiungimento degli scopi.

La Federazione potrà dotarsi di ogni strumento ed organo di comunicazione interna fra le Società scientifiche ed esterna, organizzando convegni, seminari, e ricerche a livello nazionale ed internazionale, nonché favorendo la conoscenza tempestiva di tutte le iniziative utili a migliorare le conoscenze e le applicazioni della Psicologia. Lo scopo principale della Federazione è quello di stimolare, portare e mantenere alti gli standard professionali e scientifici.

La Federazione non può svolgere attività diverse da quelle sopra indicate, ad eccezione di quelle ad essa strettamente connesse o di quelle accessorie a quelle statutarie, in quanto integrative delle stesse.

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

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

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

SITO AUPI:
<http://www.aupi.it>
email: aupti.it@aupti.it

Questo numero è stato chiuso in tipografia nel mese di giugno 2006



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

