

NOTIZIE

▶ **Psicologi e liberalizzazioni**

▶ **Psicologia e Psicologi nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008**

▶ **Relazione informativa sul Decreto-Legge n. 223 del 4 luglio 2006**

▶ **Il disturbo visuo-spaziale: un percorso diagnostico in soggetti con difficoltà nell'apprendimento della matematica**

Notizie

SOMMARIO

Ψ
AUPI

3

Psicologi e liberalizzazioni - M. Sellini

7

Analisi dei questionari correlati all'espressione di voto
G. B. Tiengo, A. Papalia, F. Marchetti, I. Guglielmo

18

Previdenza complementare

21

Psicologia e Psicologi
nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

35

Relazione informativa sul Decreto-Legge
n. 223 del 4 luglio 2006

41

Il disturbo visuo-spaziale: un percorso diagnostico in soggetti
con difficoltà nell'apprendimento della matematica - M. Colletta, M. Micozzi

49

Quadri AUPI

51

Schede d'iscrizione

Psicologi e liberalizzazioni

Mario Sellini
Segretario Generale



L'estate appena trascorsa è stata "molto calda" e non per le condizioni meteorologiche. Ci hanno pensato il Governo ed il Ministro Bersani a rendere infuocate le giornate estive di oltre 2.000.000 di professionisti.

Non ci si aspettava un provvedimento di quella fattispecie, soprattutto con le modalità scelte per realizzare una riforma che, a detta degli esperti, non è scritta neppure nel Programma della maggioranza che ha vinto le elezioni.

Un provvedimento, qual'è quello predisposto da Bersani, che può e deve essere letto e valutato da diverse angolazioni, fermo restando che non siamo in grado e non abbiamo né gli strumenti, né la competenza per valutarlo nella sua interezza e complessità.

Noi ci limiteremo a fare delle considerazioni di carattere generale e che, più da vicino, sembrano riguardare la nostra categoria.

Non staremo qui a valutare la bontà di una iniziativa che liberalizza la vendita del pane (sic). Saranno i cittadini (anche noi in quanto tali saremo in grado di valutare) ed i fornai a dire la loro. Come sindacato di categoria, pur concedendoci qualche lieve digressione, sostanzialmente ci limiteremo al nostro "particolare".

Liberalizzazione delle Professioni. Abolizione dei minimi tariffari. Parziale liberalizzazione della pubblicità. E poi, gli inasprimenti degli obblighi fiscali, ecc. Liberalizzae le Professioni, può voler dire molte cose. Tante e addirittura troppe. Alcune positive. Ma altre estremamente negative.

Liberalizzare le Professioni per ridurre la burocrazia? Siamo perfettamente d'accordo. Liberalizzare alcune Professioni per "scrostare" le sedimentazioni che impediscono l'esercizio della Professione, con la conseguente riduzione dei costi? Anche su questo siamo d'accordo. Liberalizzare per ridurre l'eccessiva concentrazione di potere e limitare alcune competenze esclusive che servono solo a garantire posizioni corporative ed rendite economiche? Siamo d'accordo.

Alcune categorie lucrano eccessivamente sulle riserve professionali? Possiamo concordare.

Ma non tutte le categorie sono eguali. Tassisti, Notai,

Panificatori, Avvocati ecc. non sono tutti uguali. Ma anche all'interno della stessa categoria, i professionisti non godono di identiche prerogative. I Farmacisti proprietari di farmacia non sono uguali ai Farmacisti dipendenti ecc.

Alcune cose nel mondo delle Professioni vanno certamente modificate ed adeguate ad una società che cambia velocemente.

Ma oltre alle "Corporazioni" note, le c.d. "libere professioni", ci sono alcune Corporazioni, assolutamente meno conosciute, che lucrano molto più delle Corporazioni conosciute e soprattutto, procurano tanti più danni ai cittadini ed alla società italiana. Più che corporazioni sarebbe bene parlare di vere e proprie "lobby", con poteri enormi.

Ma per ritornare al nostro "particolare", possiamo porci una domanda. Ma la categoria degli Psicologi è una Corporazione? È forse una lobby?

Purtroppo non è né l'una né l'altra. Non è né Corporazione, né Lobby.

È vero che all'interno della Categoria degli Psicologi esistono alcune "piccole" (il sindacato) e "grandi" (l'università) lobby. Ma è altrettanto vero che la Categoria, nel suo insieme, non ha nessuna delle caratteristiche proprie delle Corporazioni. Ad oggi non ne abbiamo gli elementi basilari.

Non siamo titolari di prestazioni riservate. Siamo tra le pochissime Categorie "ordinate", cioè protette dalla legge ordinistica, che non hanno prestazioni riservate solo agli iscritti al nostro Albo professionale.

Non abbiamo un Nomenclatore. Molte altre categorie (medici, psicopedagogisti, counselor, trainer ecc.) si arrogano il diritto di erogare le nostre prestazioni professionali. Per difendere la possibilità di essere noi ad erogare le nostre prestazioni, dobbiamo "andare in Tribunale" e, qualche volta, la Magistratura ci dà ragione, fortunatamente.

Dal punto di vista economico le nostre prestazioni non hanno "prezzo". Ma non nel senso che "valgono" moltissimo. Semplicemente non hanno dei valori predefiniti. Non abbiamo tariffe "minime" né "massime". Addirittura una stessa prestazione, ad esempio quella psicoterapeutica, se fatta da un

medico “gode” della condizione di essere tariffata con un minimo ed un massimo ai quali il Medico si deve (doveva) adeguare.

Per la stessa prestazione lo Psicologo può fare come crede. Uno Psicologo può decidere di farsi pagare una propria prestazione, mantenendosi al di sotto della soglia, minima, di sopravvivenza. E purtroppo questa modalità la praticano benissimo i nostri committenti. Cooperative, datori di lavoro privati sanno sfruttare molto bene questa assenza di “regole”. E sempre a loro vantaggio.

Per capire bene la portata di questa situazione, basti pensare che nel “libero mercato”, questa modalità (dumping) è considerata distorsiva del “mercato”. I liberisti puri, quelli più arrabbiati, la considerano una iattura.

Da noi, inoltre, chiunque può pubblicizzare quello che crede.

Non abbiamo regole restrittive che impediscano ai giovani di accedere alla Professione.

55.000 Psicologi. 50.000 studenti. Oltre 80 corsi di laurea. Un numero spropositato di Facoltà.

Come si può ben vedere, non siamo per niente Corporazione. Siamo “liberalizzati” da sempre.

Questa benedetta liberalizzazione, alla nostra Categoria, non ha portato benefici. Oltre il 40% degli iscritti all’Albo non esercita alcuna attività professionale. Posti di lavoro in più non se ne vedono. Corriamo velocemente, se non saranno adottati dei correttivi incisivi, verso il raddoppio degli Psicologi nei prossimi 10 anni. Con gli attuali ritmi di incremento, l’obiettivo di 100.000 iscritti all’Albo degli Psicologi è dietro l’angolo.

Subito dopo l’approvazione del decreto Bersani, anche all’interno della nostra categoria, qualche utile “idiota” ha salutato questa liberalizzazione come l’eldorado, la terra promessa o il bengodi per la Psicologia. Non è così, o meglio non lo è nel modo prospettato da questi “liberisti” dell’ultima ora.

Perché un decreto qual è quello di Bersani ha, pure, degli elementi a favore. Degli aspetti positivi.

Ma di questi parleremo tra un attimo.

A luglio, chi è stato in piazza, come lo siamo stati noi, ha visto professionisti attempati, giovani professionisti, professionisti realizzati, scendere in piazza e rivendicare il ruolo che spetta alle professioni. Qualcuno è anche sceso in piazza per difendere interessi squisitamente corporativi. Ma la stragrande maggioranza ha protestato credendo sinceramente nei valori di cui sono portatrici le Professioni.

Abbiamo visto in piazza, sotto un sole cocente il Presidente della Cassa Forense, abbiamo visto il Presidente, il Vice Presidente del nostro Ordine Nazionale. Abbiamo visto anche alcuni Consiglieri dell’Enpap. C’eravamo noi dell’AUIPI, mancava, colpevolmente il Presidente dell’Enpap. Quasi come se la “questione” non lo interessasse. Eppure gli altri Presidenti delle Casse di Previdenza c’erano. Eccome.

Nessuno di noi pretendeva che stesse ore ed ore sotto il sole, in piazza. Meglio prendere il sole in spiaggia, magari in un paese esotico, o al fresco di uffici superclimatizzati, magari partecipando ad un incontro internazionale per “scegliere” meglio ed informarsi sugli investimenti migliori. Forse non è dignitoso scendere in piazza a protestare ed a rivendicare dignità per la nostra professione. Ci saremmo aspettati almeno una dichiarazione, due righe due, sulla stampa. Un comunicato. Una delibrazione. Un gemito. NIENTE.

Nulla. Un assordante silenzio.

Evidentemente c’erano altre cose più importanti da fare, che dedicarsi ai problemi della categoria. E solo dopo abbiamo scoperto che di cose importanti da fare ce n’erano davvero tante.

Ed il risultato del grande lavoro svolto in quei giorni è finalmente apparso sotto i nostri occhi.

Il Consiglio di Amministrazione dell’Enpap ha una nuova maggioranza. A dispetto dei risultati elettorali (i responsi elettorali sono evidentemente un optional) il Presidente Houllis, il Vice presidente Azzolini, ed il consigliere Stefano Crispino, hanno costituito, di fatto, una nuova maggioranza che governerà l’Enpap fino alle prossime elezioni.

Ed il primo risultato è stato raggiunto. Si sono trovati d’accordo sulla nomina del nuovo Direttore dell’ente.

Nel mese di luglio, mentre tutte le categorie erano in fibrillazione, i “Nostrì” erano intenti a “cercare” il nuovo Direttore, il quale, tra l’altro, prenderà servizio ad ottobre. Forse non c’era tutta questa urgenza. O no? Non lo sapremo mai.

Quello che sappiamo è che questo Presidente avrebbe dovuto dare le dimissioni da tempo. Che questa maggioranza Houllis-Crispino-Azzolini deve andare a casa. Non saranno in grado di governare e, di fatto, non governano. Decidono alcune nomine.

Noi ci siamo illusi che Crispino, per conto della Sipap, avesse un progetto politico per l’Enpap sul quale confrontarsi. Abbiamo verificato che così non è. Finalmente i liberi professionisti (leggi Crispino) sono al governo e “governano” l’Enpap. Finalmente l’AUIPI è stata “fatta fuori”. Noi staremo alla finestra e valuteremo

mo le cose che lor signori sapranno realizzare. E...nel frattempo ci prepariamo..., come sappiamo fare noi dell'AUPI. Ci prepariamo perché siamo certi che questa nuova maggioranza farà danni e noi saremo chiamati a porvi rimedio. Ma non da soli. Fortunatamente il mondo della libera professione è rappresentato anche da altre realtà, giovani e vitali, con le quale confrontarsi.

La nostra battaglia contro la liberalizzazione non deve e non vuole essere una battaglia dettata da logiche esclusivamente corporative. Non è nel nostro DNA.

Delle Professioni, noi vogliamo salvaguardare quel tanto di buono che c'è. Noi non diciamo no a miglioramenti non solo possibili, ma addirittura auspicabili. Noi siamo per cambiare le regole ma concertando i cambiamenti con i professionisti. Le scelte autoritarie non ci piacciono e forse non servono neppure.

Siamo per i cambiamenti "governati" e "concertati". Di questo decreto noi condividiamo lo spirito che lo anima, particolarmente per quanto concerne la lotta all'evasione ed all'elusione fiscale. Anche noi siamo convinti che un professionista o un imprenditore che non paga le tasse o che le evade danneggia in primo luogo gli imprenditori ed i professionisti onesti. Ben vengano i controlli purché non si trasformino in vere e proprie vessazioni per i professionisti e per gli utenti. In particolare ci sembra assolutamente vessatorio l'obbligo, a partire dai prossimi anni, di pagare le prestazioni professionali solo con assegni o sistemi similari.

In troppi casi le regole già esistono, non ne servirebbero delle altre. Sarebbe sufficiente applicarle.

Quello che non ci piace è l'equiparazione professionista = evasore = disonesto. Come non ci piace ridurre e considerare i cittadini come dei consumatori. Valutare i diritti di cittadinanza sulla base dei consumi individuali equivale a considerare il consumismo come l'unico valore accettabile. E non è così. Considerare i cittadini consumatori significa farli "contare" sulla base del reddito.

Più consumi, più hai diritto ad essere tutelato.

Bel passo indietro! Sembra di ritornare a prima della rivoluzione francese.

E che le liberalizzazioni non sempre facciamo gli interessi dei cittadini lo dimostra un esempio banale. Il decreto Bersani autorizza la vendita dei farmaci da banco anche nei supermercati.

Questo si traduce in una riduzione dei costi dei farmaci. Bene.

Anzi benissimo. Ma siamo proprio sicuri che non ci fosse un altro sistema per ridurre i prezzi?

E i danni alla salute prodotti da un consumo eccessivo di farmaci chi li calcola? Ed è giusto considerare il farmaco un "bene di consumo"? e siamo sicuri che in questo modo non si fa un grandissimo favore alle industrie farmaceutiche? Senza dimenticare che un giovane Farmacista dipendente di un centro commerciale guadagna 30 € in più di un commesso. 5 anni di formazione universitaria più 4 di specializzazione buttati via. Quanta disillusione!

Tante, troppe domande alle quali bisognerebbe dare una risposta prima di mettere mano alle liberalizzazioni.

Eppure qualcosa, anzi molto, di positivo in tutta questa vicenda c'è. E c'è per tutte le Professioni, ma soprattutto per noi Psicologi.

L'articolo 2 del Decreto Bersani assegna agli Ordini il compito di adeguare i codici deontologici alle nuove norme.

Ebbene, questa diventa, per la nostra Categoria, un'opportunità storica. Noi che non abbiamo mai avuto il nomenclatore (elenco delle prestazioni) né il tariffario, finalmente possiamo concretizzare questo obiettivo. Come? Semplicemente dando seguito ed applicando quanto previsto dal decreto.

In difesa ed a salvaguardia dei cittadini e della collettività, e per salvaguardare la qualità delle prestazioni effettuate dagli iscritti all'albo, non dobbiamo far altro che inserire nel nostro codice deontologico l'elenco delle prestazioni che uno Psicologo iscritto all'Albo può erogare. E per garantire la qualità e l'efficacia delle prestazioni possiamo prevedere non solo le tipologie delle prestazioni, ma anche la loro durata. In modo tale che un nostro paziente sa che lo Psicologo può, per esempio, fare un colloquio e che questo colloquio deve durare almeno un "tot" minuti.

Ad ulteriore garanzia della collettività ed anche dei Professionisti si può stabilire che le prestazioni erogabili dagli Psicologi devono essere remunerate in un certo modo (minimo e massimo). Così si garantisce ai cittadini una prestazione dignitosa ed ai professionisti una parcella altrettanto dignitosa, anche per evitare concorrenza sleale tra colleghi.

Il rispetto del Nomenclatore e del Tariffario diventa una norma di carattere deontologico, ma non per questo meno pregnante o meno vincolante.

Su questa strada si stanno incamminando tutte le Categorie professionali. Ha iniziato il Consiglio Nazionale Forense che ha dira-

mato una Circolare nella quale questo ragionamento è sviluppato in modo esauriente.

Noi abbiamo un obbligo aggiuntivo. Le modifiche al nostro Codice Deontologico devono essere approvate con referendum da tutti gli iscritti all'Albo. È una operazione lunga e complessa. Il nostro Consiglio Nazionale ha intrapreso questa strada. Di questo siamo grati e faremo tutto quanto in nostro potere per spingere i colleghi ad approvare, in prima istanza, quando saremo chiamati a votare, il nuovo Codice Deontologico.

Allora benissimo fare alcune liberalizzazioni, purché si tocchino davvero i veri centri di potere, quelli che realmente strozzano la società e l'economia. Come ha più volte detto il Presidente del

CUP, i professionisti sono disposti a collaborare per riformare le Professioni. Se il decreto Bersani è un sasso lanciato nello stagno per smuovere le acque e costringere davvero le parti sociali a operare le riforme, ma quelle necessarie, ben venga anche un Decreto legge.

Ma se non si tratta di smuovere le acque e se il sasso è solo l'inizio di uno "tsunami" (leggasi abolizione degli Ordini) allora nessun tipo di collaborazione è possibile.

Non accetteremo di togliere il valore legale al titolo di laurea. Non consentiremo che diritti fondamentali, costituzionalmente garantiti, quali il diritto alla salute, alla difesa, all'educazione, diventino oggetti di consumo nell'ottica di una sola, vincente, ideologia. Il CONSUMISMO.

Analisi dei questionari correlati all'espressione di voto

Dr. Giovan Battista Tiengo*

Dott.ssa Alessandra Papalia, Dr. Federico Marchetti**, Dott.ssa Ilaria Guglielman****

Introduzione

Contestualmente alla richiesta di partecipazione attiva alla vita associativa dell'Aupi, è stato richiesto ai votanti di rispondere in maniera anonima ad un breve questionario, con l'obiettivo da una parte di definire in maniera più chiara l'attuale situazione degli iscritti Aupi e dell'associazione in generale, e dall'altra di permettere una risposta più incisiva da parte dell'associazione alle aspettative degli iscritti, il tutto contestualizzato in un'ottica volta a dare risposte più efficaci ed utili alla promozione della professione e della categoria.

Il questionario si articola in nove domande, che spaziano dalle tipologie occupazionali degli associati alla loro partecipazione più o meno attiva alla vita dell'associazione. Per l'analisi dei dati estrapolati dai 507 questionari pervenuti ci siamo avvalsi del sistema statistico SPSS, sistema in grado di fornire prestazione ottimali nel campo della ricerca quantitativa.

Per una più puntuale comprensione dei risultati abbiamo inserito

accanto alle percentuali il corrispettivo valore numerico in termini di frequenze.

Ma andiamo nel dettaglio dell'analisi delle frequenze, item per item:

1- ANALISI DEI QUESTIONARI

1.1 Occupazione

Dall'analisi delle frequenze delle risposte alla domanda 1, emerge con chiarezza un dato: l'83% degli intervistati è un dipendente pubblico del SSN. Di questi il 35% (178) risulta essere un dipendente pubblico del SSN da oltre venti anni, il 26% (130) da 15 a 20 anni, il 16% (79) da 10-15 anni, il 3% (15) da 5 a 10 ed infine il 4% (21) da meno di cinque anni.

Poco significative appaiono le frequenze riguardanti i dipendenti pubblici non sanitari, i dipendenti privati, i liberi professionisti, i sottoccupati, i pensionati, i tirocinanti e gli studenti, che insieme, arrivano a coprire il 17% del campione intervistato.

Tabella 1

Occupazione			
	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Dipendente pubblico del SSN da meno di 5 anni	21	4,1	4,1
Dipendente pubblico del SSN da 5-10 anni	15	3	7,1
Dipendente pubblico del SSN da 10-15 anni	79	15,6	22,7
Dipendente pubblico del SSN da 15-20 anni	130	25,6	48,3
Dipendente pubblico del SSN da oltre 20 anni	178	35,1	83,4
Dipendente pubblico non sanitario da 5-10 anni	1	0,2	83,6
Dipendente pubblico non sanitario da 10-15 anni	1	0,2	83,8
Dipendente pubblico non sanitario da 15-20 anni	1	0,2	84
Dipendente pubblico non sanitario da oltre 20 anni	1	0,2	84,2
Dipendente privato da meno di 5 anni	1	0,2	84,4

PROFILO ISCRITTI AUIPI

Dipendente privato da 5-10 anni	3	0,6	85
Dipendente privato da 10-15 anni	1	0,2	85,2
Dipendente privato da 15-20 anni	3	0,6	85,8
Dipendente privato da oltre 20 anni	2	0,4	86,2
Libero professionista da meno di 5 anni	11	2,2	88,4
Libero professionista da 5-10 anni	13	2,6	90,9
Libero professionista da 10-15 anni	7	1,4	92,3
Libero professionista da 15-20 anni	3	0,6	92,9
Libero professionista da oltre 20 anni	14	2,8	95,7
Sottoccupato	4	0,8	96,4
Pensionato	1	0,2	96,6
Tirocinante	8	1,6	98,2
Studente	2	0,4	98,6
Disoccupato	7	1,4	100
Total	507	100	

Grafico 1

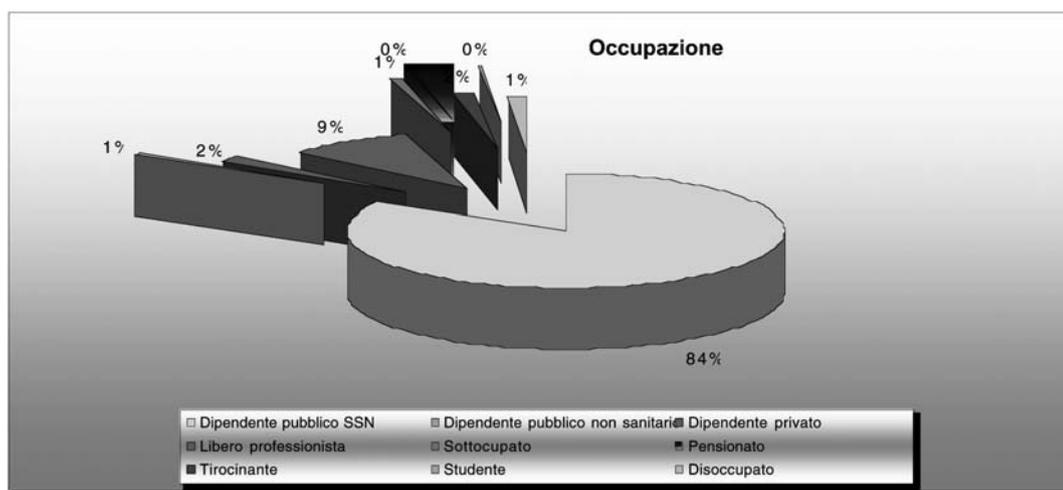
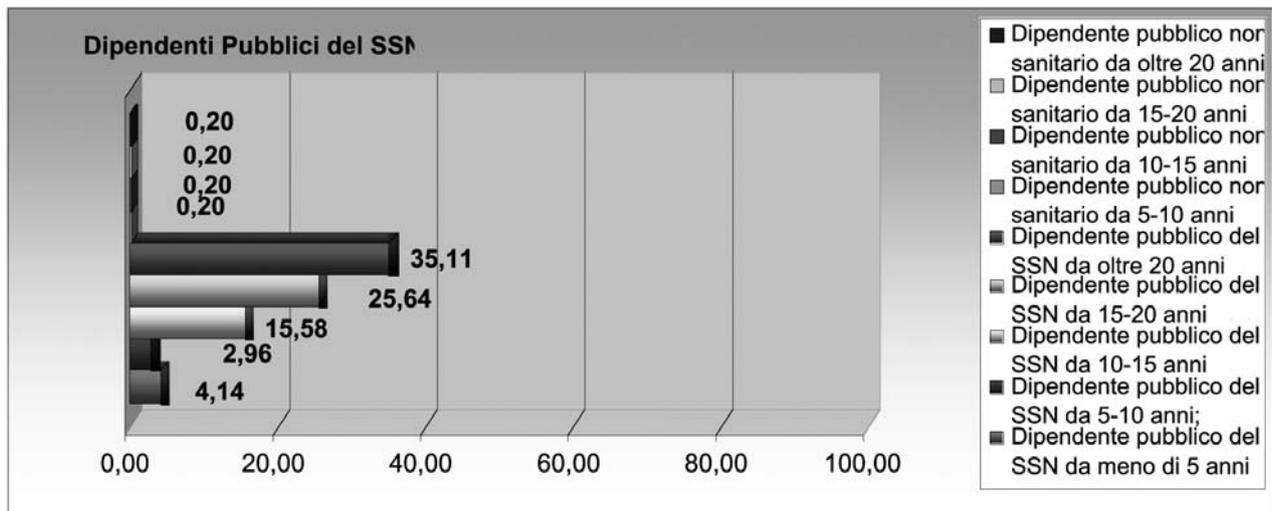


Grafico 2



1. 2- Sono iscritto aupi da:

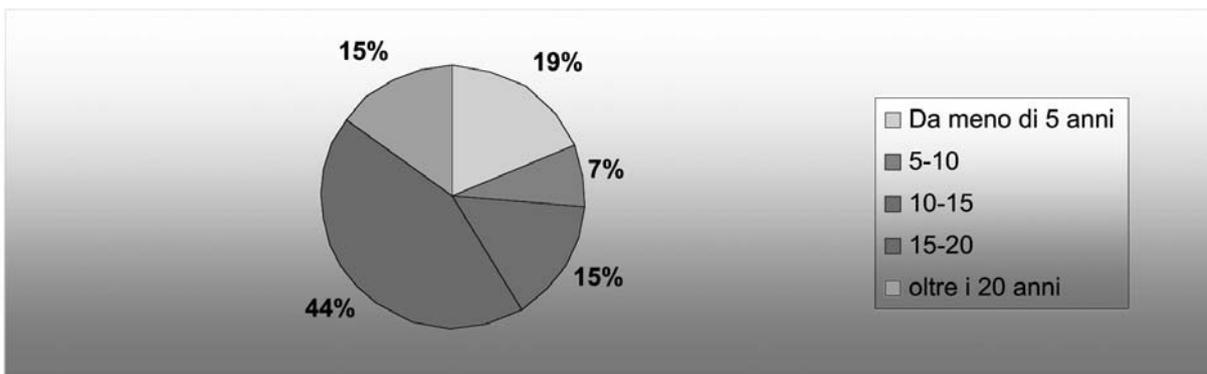
Per quanto riguarda l'iscrizione all'Aupi, i dati sono meno univoci, ma non per questo meno interessanti: a fronte di una percentuale cospicu-

cia di iscritti all'Aupi da almeno 15 anni (43,6% 221 intervistati), emerge un valore percentuale del 18,9% (96) riguardante le nuove leve, ovvero coloro che si sono iscritti all'Aupi da meno di cinque anni.

Tabella 2

	Iscritti Aupi da:		
	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Da meno di 5 anni	96	18,9	18,9
5-10	38	7,5	26,4
10-15	74	14,6	41
15-20	221	43,6	84,6
oltre i 20 anni	78	15,4	100
Total	507	100	

Grafico 3



1.3- Raggiunti da informazioni su iniziative o risultati collegabili ai contratti di lavoro:

Per quel che concerne la soddisfazione degli intervistati relativamente all'informazione su iniziative o sui risultati collegabili ai contratti di lavoro, il 20% del campione esprime parere negativo: si va dal 2% (9) di chi sostiene di essere stato informato in maniera

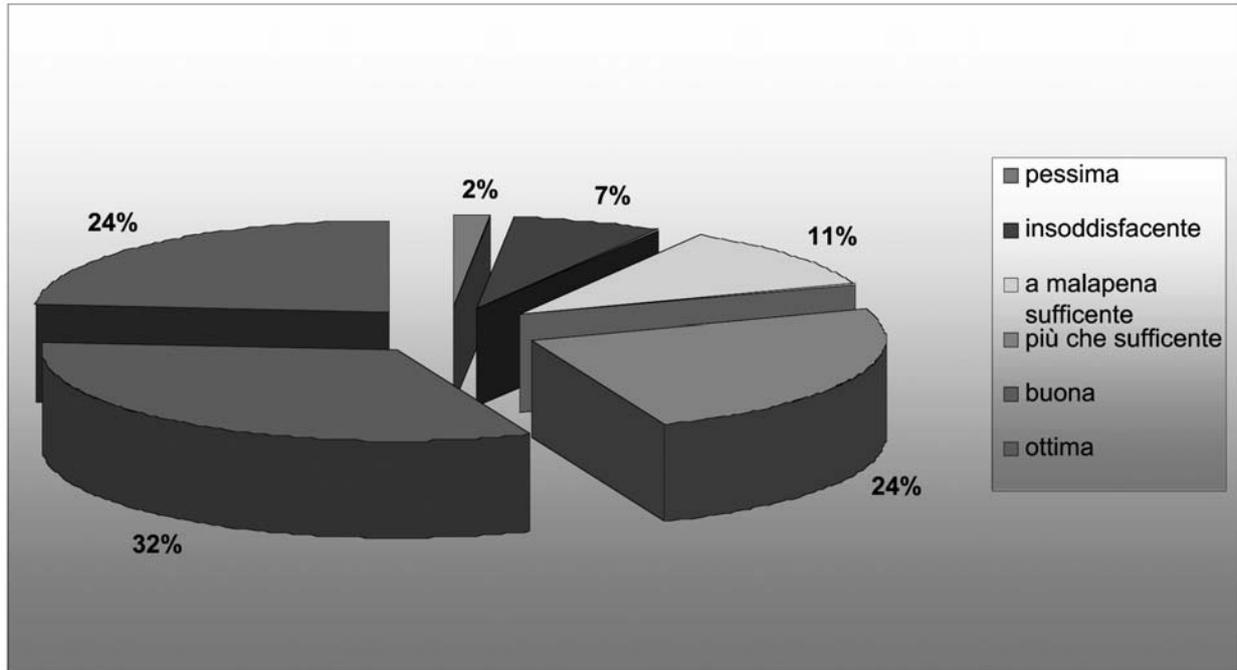
pessima, all'11% (56) di chi giudica a malapena sufficiente la modalità di informazione.

Il resto degli intervistati (90%) si distribuisce in un 24% (123) di chi ritiene di essere stato informato in modo più che sufficiente, in un 32% (164) che sostiene di essere stato raggiunto da una buona informazione e un 24% (120) da un'ottima informazione.

Tabella 3

Raggiunti da informazioni su iniziative/risultati in maniera:			
	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Pessima	9	1,8	1,8
Insoddisfacente	35	6,9	8,7
a malapena sufficiente	56	11	19,7
Più che sufficiente	123	24,3	44
Buona	164	32,3	76,3
Ottima	120	23,7	100
Total	507	100	

Grafico



1.4 - Conoscenza del nome del rappresentante Aupi:

Per quanto riguarda la conoscenza dei delegati Aupi (siano questi aziendali, provinciali, regionali o nazionali) da parte degli associati, si riscontrano dei valori piuttosto alti; nel dettaglio si evidenzia

come l'82,25% afferma di conoscere il nome del rappresentante Aupi provinciale mentre il 78,90% sostiene di conoscere il nome del rappresentante nazionale.

Grafico 5

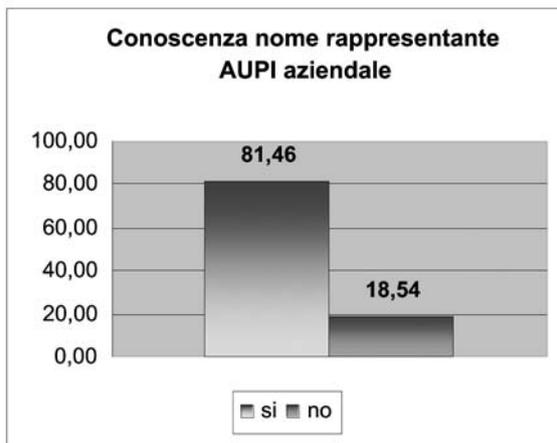


Grafico 6

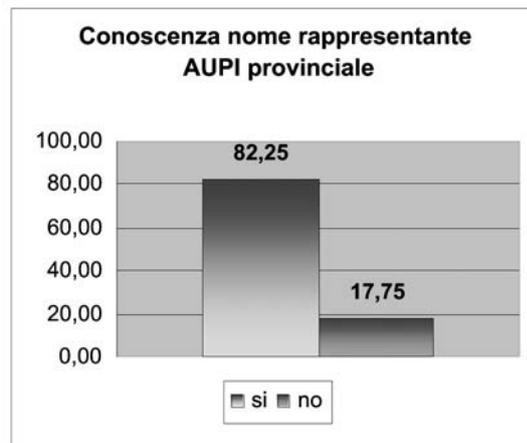


Grafico 7

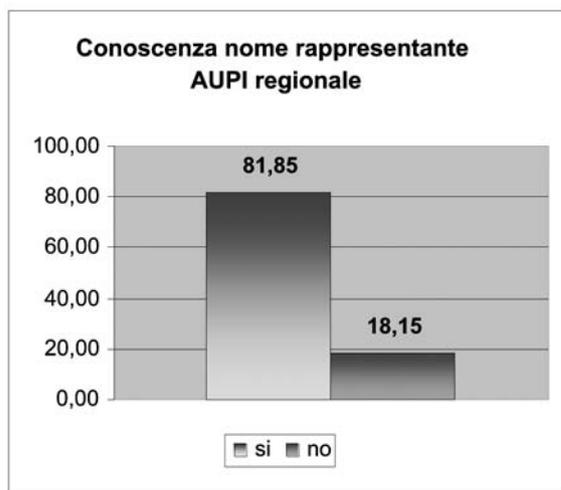
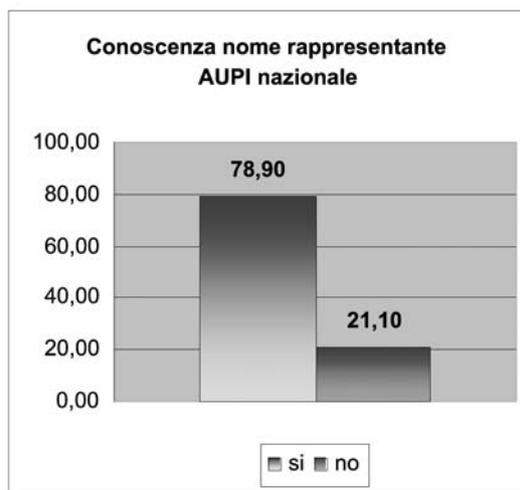


Grafico 8



1.5 - Partecipazione alle iniziative ed agli incontri della provincia/regione di appartenenza:

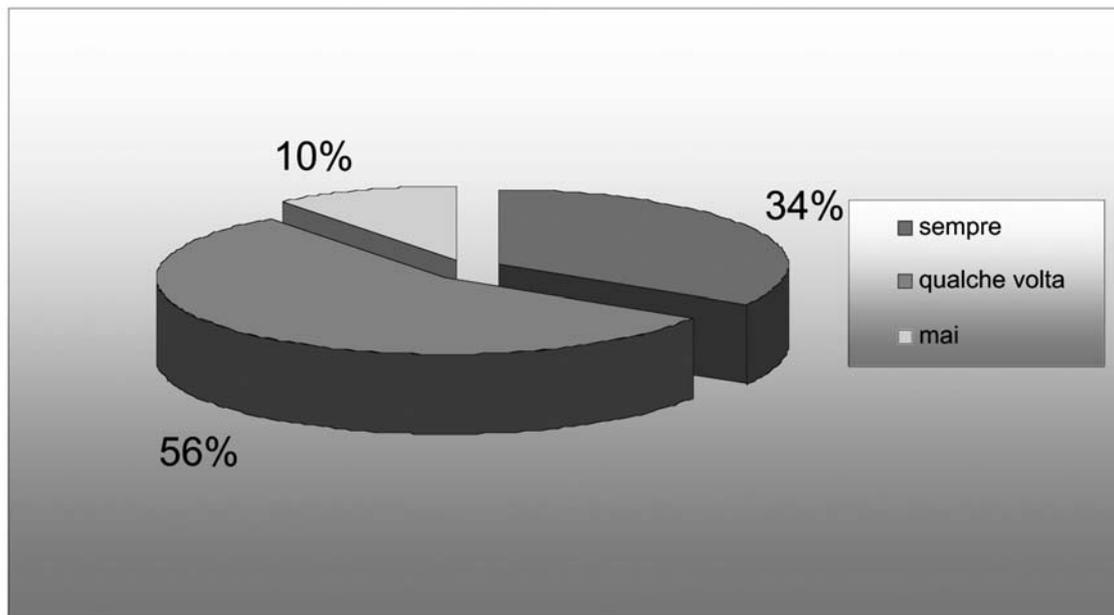
In riferimento alla partecipazione degli intervistati alle iniziative ed agli incontri della provincia/regione di appartenenza promossi

dall'Aupi, predominante è la percentuale 56 % (285 intervistati) di chi afferma di partecipare saltuariamente a tali iniziative, a dispetto di un terzo abbondante del campione il 34% (170 intervistati) che partecipa sempre e di un 10% che non partecipa mai.

Tabella 4

Partecipazione alle iniziative ed agli incontri della provincia/regione di appartenenza			
	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Sempre	170	33,5	33,5
qualche volta	285	56,2	89,7
Mai	52	10,2	100
Total	507	100	

Grafico 9



1.6- Utilità di tali incontri per la professione ed il rapporto di lavoro dell'intervistato:

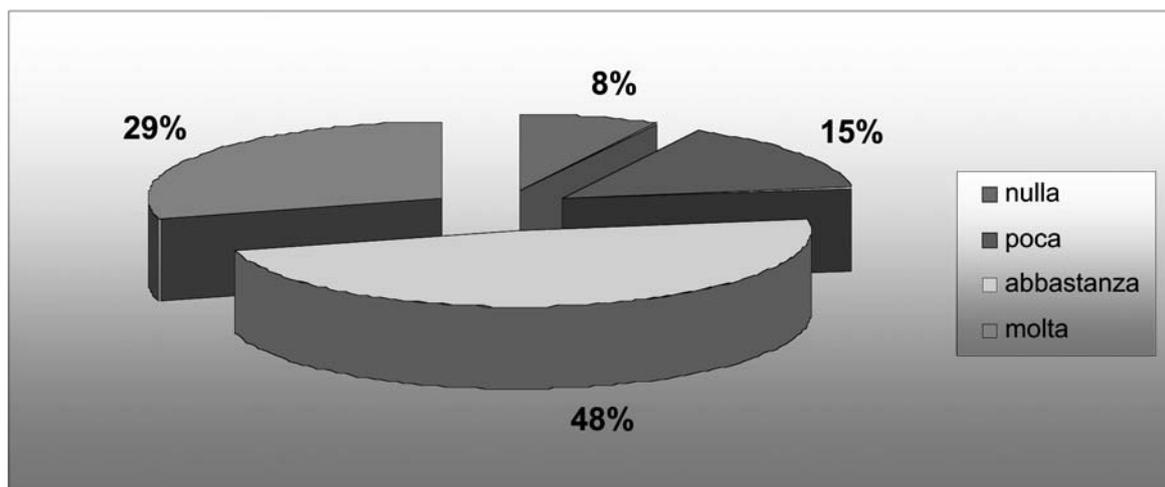
Riguardo l'utilità di tali incontri, l'8% (39) degli intervistati la

considera nulla e il 15% (77) poca, mentre il resto degli intervistati li considera abbastanza utili 48% (242) o anche molto utili 29% (149).

Tabella 5

Utilità di tali incontri per la professione ed il rapporto di lavoro dell'intervistato			
	Frequency	Percent	Cumulative Percent
Nulla	39	7,6	7,6
Poca	77	15,1	22,8
Abbastanza	242	47,7	70,6
Molta	149	29,3	100
Total	507	100	

Grafico 10



1.7- Contributo dell'intervistato alla vita associativa:

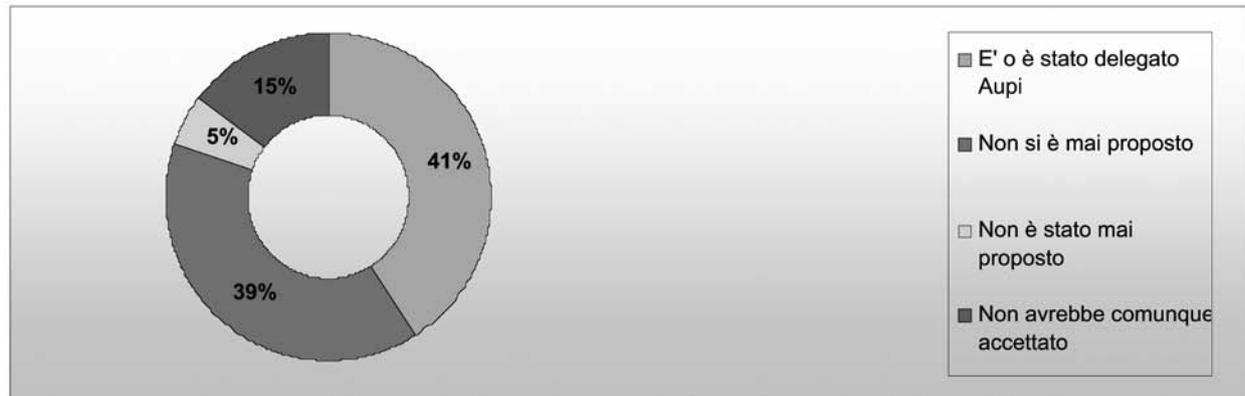
Per quel che concerne il contributo dei singoli alla vita associativa, il 41% (209) degli intervistati afferma di essere o di essere stato

delegato Aupi; il resto del campione si divide tra chi non si è mai proposto 39%(198), chi non è stato mai proposto 5% (25) e chi non avrebbe comunque accettato 15% (75)

Tabella 6

Contributo dell'intervistato alla vita associativa			
	Frequency	Percent	Cumulative Percent
E' o è stato delegato Aupi	209	41,2	41,2
Non si è mai proposto	198	39	80,2
Non è stato mai proposto	25	4,9	85,2
Non avrebbe comunque accettato	75	14,7	100
Total	507	100	

Grafico 11



1.8- Esperienza associativa Aupi dell'intervistato nel contesto professionale:

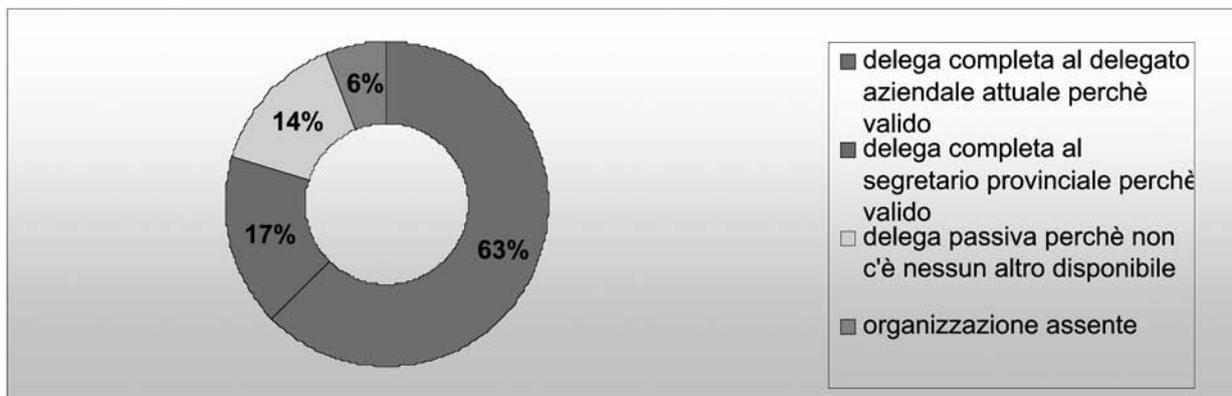
In riferimento all'esperienza associativa, il 63% (317) degli intervistati ammette una delega completa al delegato aziendale attuale

perché valido e un 17% (87) al segretario provinciale per lo stesso motivo. Il 14% (72) sostiene di aver esercitato una delega passiva, vista la mancata disponibilità di altri, il 6% (31) denuncia l'assenza dell'organizzazione.

Tabella 7

Esperienza associativa AUPI dell'intervistato			
	Frequency	Percent	Cumulative Percent
delega completa al delegato aziendale attuale perchè valido	317	62,5	62,5
delega completa al segretario provinciale perchè valido	87	17,1	79,6
delega passiva perchè non c'è nessun altro disponibile	72	14,2	93,8
organizzazione assente	31	6,1	100
Total	507	100	

Grafico 12



1.9- L'Aupi e i dipendenti della sanità

Per quello che riguarda l'orientamento dell'Aupi, solo il 10,5% (53) degli intervistati sostiene che l'Aupi dovrebbe rimanere concentrata in maniera esclusiva sui dipendenti della sanità e sull'applicazio-

ne del contratto; il 48,9% (248) sostiene che l'Aupi dovrebbe occuparsi comunque dei dipendenti, mentre il 40,6% (206) sarebbe favorevole ad una maggiore apertura dell'associazione ai nuovi ambiti professionali.

Tabella 8

L'Aupi dovrebbe rimanere concentrata sull'applicazione del contratto

	Frequency	Percent	Cumulative Percent
In modo esclusivo	53	10,4	10,4
occuparsi comunque dei dipendenti	248	48,9	59,3
aprirsi di più ai nuovi ambiti professionali	206	40,6	100
Total	507	100	

2- CONCLUSIONI

Dall'analisi delle frequenze, emergono percentuali significative che inducono ad alcune riflessioni. In primo luogo, l'83% degli intervistati dichiara l'appartenenza al Sistema Sanitario Nazionale, di questi il 77% è dipendente del SSN da più di 10 anni. Risultano particolarmente interessanti le risposte ottenute all'ultima domanda del questionario (*"L'Aupi dovrebbe rimanere concentrata sui dipendenti della Sanità e sull'applicazione del contratto?"*): una parte cospicua del campione (41%) appare essere piuttosto favorevole ad una maggiore apertura dell'Aupi ai nuovi ambiti professionali, e solo una parte minoritaria di questo (10%) ritiene che l'Aupi dovrebbe rimanere concentrata in modo esclusivo sui dipendenti sanitari e sull'applicazione del contratto.

Per quello che concerne invece l'iscrizione all'Aupi, a dispetto di una percentuale di maggioranza relativa (44%) che risulta essere iscritta all'associazione da più di 15 anni e da meno di 20, appare rilevante la percentuale di chi è iscritto all'Aupi da meno di 5 anni (19%), sintomi evidenti sia di una fiducia che si è andata rafforzando negli anni tra associato ed Aupi, sia di una capacità dell'associazione di attirare nuovi iscritti nel corso degli ultimi anni.

Una capacità questa, che si richiama ad una certa soddisfazione degli intervistati per quello che riguarda la diffusione di informazioni su iniziative o sui risultati collegabili ai contratti di lavoro.

Riguardo la conoscenza del nome del rappresentante Aupi, le diffe-

renze tra rappresentante aziendale, provinciale, regionale e nazionale non risultano essere significative: una percentuale in ogni caso vicina all'80% del campione risulta esserne a conoscenza.

Proseguendo nella disamina del questionario, si arriva alle domande che indagano la partecipazione dell'intervistato alle iniziative ed agli incontri della provincia/regione di appartenenza, e la sua percezione di utilità che tali incontri hanno per la sua professione ed il suo rapporto di lavoro: se per un terzo circa del campione la partecipazione risulta essere assidua e proficua, la maggioranza degli intervistati dichiara una partecipazione saltuaria, probabilmente come conseguenza del percepire questi incontri non pienamente utili alla propria crescita professionale.

Per ciò che concerne il contributo dell'intervistato alla vita associativa, considerando soddisfacente il fatto che il 41% del campione è o sia stato delegato Aupi, deve comunque far riflettere che il restante 59% degli intervistati si divide tra chi non si è mai proposto, tra chi non è stato mai proposto e chi comunque non avrebbe accettato un'eventuale candidatura.

L'ultimo spunto di riflessione derivante dall'analisi del questionario, riguarda l'esperienza associativa Aupi dell'intervistato: quasi l'80% degli intervistati si rifà ad una delega consapevole e completa al delegato, sia questo aziendale o provinciale, in virtù della validità riconosciuta del delegato stesso; solo una parte minoritaria del campione lamenta una delega passiva per mancanza di alternative o un'organizzazione assente.

* Segretario Nazionale AUPI

** Staff tecnico FORM-AUPI

PREVIDENZA COMPLEMENTARE

Minime istruzioni per l'uso

M. Sellini

La Previdenza complementare, “seconda gamba” del sistema previdenziale, è stata introdotta dalla legge n. 335/95. La prima data di scadenza per esercitare il diritto di opzione, era stata successivamente prorogata al 31 dicembre 2005. Il termine della possibile opzione, per i pubblici dipendenti è stato più volte differito a causa della difficoltà di implementare il sistema integrativo nel sistema pensionistico obbligatorio pubblico.

Alla data del 31 dicembre 2005 ci si è resi conto che, nel Pubblico Impiego, nulla era accaduto e che la costituzione dei fondi integrativi era ancora in alto mare.

In molti settori del Pubblico Impiego, siamo ancora nella fase di progettazione di uno specifico fondo, e per la realizzazione bisognerà attendere ancora molto. Uno dei motivi del ritardo deriva dal fatto che il datore di lavoro, in questo caso la Pubblica Amministrazione, deve contribuire con una quota economica per ciascun dipendente che si iscrive al fondo integrativo. In molte aree negoziali, tipo la nostra, le risorse non sono state ancora stanziare.

Alla luce di queste crescenti difficoltà, il termine per l'opzione è stato procrastinato al 31 dicembre 2010.

Il pubblico dipendente, titolare di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato, costituito prima del 2001, potrà esercitare l'opzione, mediante la sottoscrizione del modulo di adesione al fondo pensione.

È utile forse spiegare meglio il significato di opzione, specificando bene tra cosa si “sceglie”.

Il dipendente pubblico assunto a tempo indeterminato, prima del 2001, ha diritto al Tfs (trattamento di fine servizio).

Con la riforma pensionistica il Tfs è stato sostituito dal Tfr (trattamento di fine rapporto). Quest'ultimo (Tfr) è il sistema obbligatorio per i dipendenti assunti a partire dal 2001.

La previdenza complementare si caratterizza, per un principio essenziale: l'adesione avviene su base volontaria. È il lavoratore che sceglie se aderire o meno. Il sistema di funzionamento della Previdenza Complementare è tecnicamente definito “a capitalizzazione individuale”. Ciò significa che ogni lavoratore che aderisce al “fondo integrativo”, risulta titolare di un proprio conto sul quale confluiscono tutti i contributi versati e che a fine carriera determineranno l'entità della pensione complementare.

Per capirci meglio è quello che, già oggi, avviene per chi si iscrive all'ENPAP. Ed è il sistema che regola le prestazioni previdenziali (pensioni) per tutti i neo assunti.

Questo per quanto riguarda la possibilità di adesione volontaria ai fondi integrativi.

Il termine del 31 dicembre 2010, non deve essere in alcun modo confuso con il termine previsto dal decreto legislativo n. 252/2005 che ha previsto il meccanismo del “silenzio/assenso” per il conferimento tacito per la destinazione del Tfr. Questa norma ha escluso i pubblici dipendenti che, per adesso, non sono soggetti a questa condizione.



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO GIUSTIZIA MINORILE
Direzione Generale per l'attuazione dei provvedimenti giudiziari

Ufficio I

Serv. IV
Protocollo n. 12927

Roma, 02 · 5 · 06

Al Dr. Mario Sellini
Direttore Generale dell'Associazione
Unitaria Psicologi Italiani – AUPI
Via Arenula n. 16
00186 ROMA
Fax 06/68803822

e p.c. Al Dr. Paolo Moscara
Segretario Nazionale dell'Associazione
Unitaria Psicologi Italiani – AUPI
Via Arenula n. 16
00186 ROMA

Oggetto: Protocollo d'intesa tra il Ministero della Giustizia – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, il Consiglio dell'Ordine Nazionale degli Psicologi e l'Associazione Unitaria Psicologi Italiani

Si è preso atto con interesse del Protocollo d'intesa di cui all'oggetto, nel quale il Ministro della Giustizia si è impegnato ad estendere le previsioni dell'intesa al Dipartimento Giustizia Minorile.

Nell'ambito di questa Amministrazione, sono presenti attualmente 43 psicologi di ruolo collocati presso il Dipartimento ed i Servizi Minorili della Giustizia, nonché circa 65 consulenti operanti ai sensi dell'art. 80 dell'Ordinamento Penitenziario (L. 354/75); il ruolo degli psicologi riveste uno spazio particolarmente significativo nella presa in carico e nella gestione dei minorenni sottoposti a provvedimenti penali dell'Autorità Giudiziaria Minorile, come le stesse norme di riferimento più volte rammentano.

Nel corso di un primo incontro con il Dr. Palma, Presidente dell'Ordine Nazionale degli Psicologi, è stata ravvisata l'opportunità di effettuare un incontro congiunto con la S.V..

In attesa di cortese riscontro, si porgono distinti.

IL DIRETTORE GENERALE
Serenella Pesarin

Via Giulia, 131 00186 - ROMA Tel. 06.68188.1 Fax 06.6879236 E.mail: giustizia.minorile@giustizia.it



SIVEMP
Via Nizza, 11 - ROMA
fax 06.88484461

SNABI SDS
Via XXIV Maggio, 33 - BERGAMO
fax 035.256090
fax 06.68804198

UIL FPL
Via di Tor Firenze, 35
fax 06.86508235

COSMED
Via Barberini, 3 - ROMA
fax 06.48903523

CONFEDIR SANITA'
Via Statilia, 7 - ROMA
fax 06.77206355

CIDA
Via Nazionale, 75 - ROMA
fax 06.4882452

CIDA - SIDIRSS
Via Nazionale, 75 - ROMA
fax 06.4883661

CIDA FP
Via Nazionale, 75 - ROMA
fax 06.4881073

SNR
P.zza Amedeo, 15 - ROMA
fax 06.4822609

**Oggetto: Convocazione OO.SS. Dirigenza Medica, Veterinaria e Tecnica Sanitaria
3 luglio 2006 ore 15,00.**

Le OO.SS. in indirizzo sono convocate lunedì 3 luglio 2006, alle ore 15.00, presso la sede del Ministero della Salute - Lungotevere Ripa 1, Sala Auditorium, per un confronto sulle tematiche relative a:

- DPEF;
- Libera professione intramoenia;
- Governo clinico.

All'incontro saranno ammessi non più di due rappresentanti per delegazione, i cui nominativi dovranno essere comunicati, mezzo fax al seguente n. 06.59945689 entro e non oltre il 28 giugno p.v.

Det. Stefano ZUCCHETTI

26.06.2006

Salvatore Nuzzo

Psicologia e Psicologi nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, approvato con DPR del 7 aprile 2006 e pubblicato sulla G.U. n. 149 (Supplemento Ordinario) del 17 giugno 2006, si propone come strumento di governo e di indirizzo del Servizio Sanitario Nazionale, sceglierlo di porre al centro dell'attenzione, quale attore principale del sistema, il cittadino e la garanzia del suo stato di salute, all'interno di una società in continua e profonda trasformazione, caratterizzata tra l'altro dalla diminuzione marcata della natalità, dall'aumento della speranza di vita alla nascita, dall'incremento notevole della popolazione anziana e dalla crescita del numero dei soggetti che richiedono un alto grado di protezione socio-sanitaria.

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) esamina innanzitutto gli *scenari* che nei prossimi 3-5 anni caratterizzeranno il panorama sanitario italiano sia positivamente che negativamente - in termini di opportunità e vincoli, alla luce dell'attuale fase istituzionale di federalismo sanitario, per cui la programmazione sanitaria nazionale dovrà raccordarsi con la programmazione regionale - e analizza gli elementi di *contesto* che si riferiscono alla situazione economica, demografica, epidemiologica del Paese, nonché a quelli relativi allo sviluppo scientifico e tecnologico.

Individua *nove ambiti* verso i quali indirizzare le scelte innovative del sistema, che sono: la garanzia e l'aggiornamento dei LEA; la sanità italiana in Europa e l'Europa nella sanità italiana; la Prevenzione Sanitaria e la promozione della salute; la riorganizzazione delle cure primarie; l'integrazione delle reti assistenziali (sistemi integrati di reti sovraregionali e nazionali); l'integrazione tra diversi livelli di assistenza; l'integrazione socio-sanitaria; il dolore e la sofferenza nei percorsi di cura; la rete assistenziale per le cure palliative.

Il Piano elenca poi le *linee strategiche operative* da mettere in atto:

1. promuovere innovazione, ricerca e sviluppo;
2. il ruolo del cittadino e della società civile nelle scelte e nella gestione del Servizio Sanitario Nazionale;
3. le politiche per la qualificazione delle risorse umane del SSN;
4. la promozione del Governo clinico e la qualità nel Servizio Sanitario Nazionale, compresa la tematica delle liste di attesa;
5. l'aziendalizzazione e l'evoluzione del Servizio sanitario;
6. le sperimentazioni gestionali;
7. la politica del farmaco e i dispositivi medici.

Il PSN 2006-2008 intende *connotare in senso europeo la nostra organizzazione sanitaria*, portando la sanità italiana in Europa e l'Europa nella sanità italiana, in un quadro di federalismo

sanitario nel quale non esiste più un solo attore istituzionale, ma numerosi soggetti di governo, posti in un «sistema sussidiario sia in termini verticali che orizzontali, che esprimono diverse e differenti matrici di responsabilità».

Tra i soggetti della società civile che sono chiamati a giocare nell'ambito della tutela della salute e del sistema integrato dei servizi sociali, il PSN indica in particolare il *Terzo settore*, definito come uno «spazio sociale tra Stato e mercato, caratterizzato da soggetti privati, dotati di diverso grado di formalizzazione e istituzionalizzazione, tutti tendenti a finalità di pubblico interesse», costituito dai cittadini, dai nuclei familiari, dalle forme di aiuto-aiuto e di reciprocità; dai soggetti della solidarietà organizzata; dalle organizzazioni sindacali; dalle associazioni sociali e di tutela degli utenti, dagli organismi non lucrativi di utilità sociale; dagli organismi della cooperazione; dalle associazioni ed enti di promozione sociale; dalle fondazioni ed enti di patronato; dalle organizzazioni di volontariato; dagli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi e intese.

Il PSN riconosce che gli obiettivi di politica sanitaria e sociale possono essere meglio perseguiti con il coinvolgimento di tutti i soggetti della comunità locale: istituzionali, sociali, di volontariato, dell'associazionismo, delle imprese sociali, del mondo produttivo. Per questo la *concertazione* è vista non solo come «strategia di valorizzazione dei diversi soggetti attivi nelle politiche sanitarie e sociali», ma anche e soprattutto come «condizione strutturale e strategica per facilitare l'incontro delle responsabilità e delle risorse disponibili nel territorio, da investire nei traguardi definiti dalla programmazione».

Tra le strategie più efficaci il PSN indica la *prevenzione sanitaria* e la *promozione della salute*, con l'adozione di un percorso metodologico fondato sui seguenti punti fondamentali:

- effettuare una definizione dei bisogni, e tra questi l'identificazione delle priorità, partendo da un'analisi dei dati epidemiologici per quanto possibile partecipata e condivisa tra il "sistema sanità", le altre istituzioni, le rappresentanze dei cittadini, i portatori di interessi collettivi e il mondo della produzione;
- progettare e porre in essere azioni di sistema, in cui le "reti sanitarie" operano in sinergia con le altre reti istituzionali, in cui i vari attori hanno ben chiari compiti propri, strumenti ed obiettivi da raggiungere;
- operare con un atteggiamento culturale maggiormente rivolto all'appropriatezza degli interventi e alla valutazione di efficacia degli stessi (metodologia della *Evidence Based Prevention*);
- utilizzare le normative come strumento necessario, ma non esaustivo, per il raggiungimento di obiettivi di salute, piuttosto che considerarle come finalità principale dell'azione istituzionale;
- sviluppare, all'interno della progettazione, strategie per una comunicazione coerente ed efficace in quanto questa, nel campo della prevenzione dei rischi e promozione della salute, risulta strumento necessario e determinante per il raggiungimento degli obiettivi;
- definire, fin dalla fase di progettazione, un sistema di verifica dei risultati.

Si tratta di far crescere la “cultura della prevenzione” piuttosto che limitarsi alla mera erogazione di singole prestazioni, ed anche per questa ragione, per la prima volta, l'*Evidence Based Prevention* entra in un Piano Sanitario Nazionale.

Il Piano raccomanda inoltre di introdurre nel bagaglio degli operatori della prevenzione la **capacità di comunicare con la popolazione** e di **saper gestire la comunicazione istituzionale**.

Affrontando il tema dell'*integrazione socio-sanitaria*, finalizzata a garantire la copertura di bisogni socio-sanitari complessi, che vedono agire accanto a determinanti sanitari anche, e in qualche caso soprattutto, determinanti sociali, il PSN ribadisce la rilevanza strategica che assume la **programmazione integrata**, con il superamento della programmazione settoriale, per intercettare i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, culturali e predisporre le risposte assistenziali. L'approccio integrato risponde, infatti, in modo adeguato alla complessità dei problemi di salute, a partire dall'analisi dei bisogni fino alla scelta delle priorità di intervento.

Poiché l'area dell'integrazione socio-sanitaria fa capo a due diversi comparti istituzionali (il Servizio Sanitario Regionale e i Comuni) occorre realizzare concretamente una **programmazione partecipata**, sulla base della «condivisione di obiettivi e priorità d'intervento sociale e al tempo stesso sanitario, in relazione ai quali destinare le risorse disponibili in capo a ciascun comparto».

Tuttavia non sempre e non dovunque la predisposizione di strumenti di programmazione si traduce concretamente in un sistema di interventi integrati e coordinati a livello di territorio, tale da orientare unitariamente il volume delle risorse esistenti sull'area socio-sanitaria (risorse del sociale, risorse sanitarie, fondi regionali finalizzati, risorse degli enti locali, rette degli utenti e altre risorse) verso le aree di bisogno e gli obiettivi ritenuti congiuntamente prioritari.

Per un'ottimale organizzazione, gestione e impiego delle risorse sull'area dell'integrazione socio-sanitaria, occorre pertanto «individuare e condividere, a livello nazionale e regionale, le regole per la *cooperazione interistituzionale a livello locale*, nella quale i diversi attori del sistema si confrontino, sulla base delle rispettive competenze, per addivenire a programmi e progetti sui quali investire energie e risorse».

L'evoluzione della domanda di salute (si pensi agli anziani, ai disabili o agli immigrati) pone la necessità di intervenire in modo diverso in tema di salute, al fine di garantire e organizzare servizi centrati sul bisogno della persona, caratterizzati da elevati livelli di appropriatezza, tempestività, efficacia, nonché da una gestione efficiente delle risorse.

La risposta al bisogno di unitarietà del processo di cura, inteso nell'accezione ampia del termine, che coinvolge ambedue le componenti interessate, si realizza attraverso lo sviluppo di *percorsi integrati* e di *continuità delle cure*, che garantiscono un'adeguata risposta assistenziale per i pazienti e un irrinunciabile *intervento a rete*.

La famiglia è uno dei nodi della rete, al pari degli altri ambiti considerati, poiché essa riveste il doppio ruolo di espressione di richiesta assistenziale e di risorsa con cui instaurare un'alleanza terapeutica forte, soprattutto per la cura delle patologie croniche.

Tale approccio assistenziale richiede «un'impostazione secondo metodologie e strumenti di gestione capaci di assicurare un percorso assistenziale continuo capace di cogliere le specificità delle situazioni, la complessità delle relazioni e dei bisogni delle persone».

Il PSN prende atto che, mentre sono stati determinati i livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti a tutti i cittadini (d.P.C.M. 29.11.2001), sul versante sociale non esiste ancora l'atto formale di definizione dei *Livelli Essenziali dell'Assistenza Sociale*, in attuazione della legge quadro dei servizi sociali 8 novembre 2000, n. 328.

In questo contesto il PSN intende promuovere lo sviluppo di interventi integrati, finalizzati a garantire la continuità e l'unitarietà del percorso assistenziale, anche intersettoriale, nelle aree ad elevata integrazione socio-sanitaria, nell'ambito delle attività individuate dalla normativa vigente (salute mentale, dipendenze, malati terminali etc.), con la diffusione di strumenti istituzionali di programmazione negoziata fra i Comuni associati e tra questi e le A.S.L., per la gestione degli interventi ad elevata integrazione, lo sviluppo di ambiti organizzativi e gestionali unici per l'integrazione, operanti in raccordo con gli ambiti di programmazione.

Il nuovo Piano esamina poi in modo approfondito gli *obiettivi di salute* tra i quali troviamo:

1. La salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza
2. Le grandi patologie: tumori, malattie cardiovascolari, diabete e malattie respiratorie
3. La non autosufficienza: anziani e disabili
4. La tutela della salute mentale
5. Le dipendenze connesse a particolari stili di vita
6. Il sostegno alle famiglie
7. Gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali
8. Il controllo delle malattie diffuse e la sorveglianza sindromica
9. La sicurezza alimentare e la nutrizione
10. La Sanità veterinaria
11. La tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
12. Ambiente e salute

Scorrendo i dodici paragrafi riservati agli obiettivi di salute si nota lo sforzo (non sempre ben riuscito) teso a definire le procedure e ad individuare i contenuti di salute.

Nel paragrafo 5.1. *La salute nelle prime fasi di vita, infanzia e adolescenza*, apprendiamo che, se si registra un trend di aumento dell'1% circa all'anno dei tumori in età infantile e adolescenziale, il tasso di gravidanze in età adolescenziale è fra i più bassi in Europa ed è in continua diminuzione. Tuttavia «una situazione che sembra emergere con sempre maggiore drammaticità nella nostra società è quella dell'*abuso* e del *maltrattamento* in età infantile e adolescenziale».

Gli obiettivi da raggiungere nel triennio sono pertanto:

- il miglioramento dell'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica nel periodo perinatale, anche nel quadro di una umanizzazione dell'evento nascita che deve prevedere il *parto indolore*,

l'allattamento materno precoce ed il rooming-in;

- la riduzione del ricorso al taglio cesareo, raggiungendo il valore del 20%, in linea con i valori medi europei;
- la promozione di *campagne di informazione rivolte alle gestanti e alle puerpere*, anche attraverso i *corsi di preparazione al parto* e i *servizi consultoriali*, per la *promozione dell'allattamento al seno*, il corretto trasporto in auto del bambino, la prevenzione delle morti in culla del lattante, la promozione delle vaccinazioni e della lettura ad alta voce, la prevenzione del *disagio psicologico dopo la gravidanza ed il parto*;
- *l'educazione dei giovani alla promozione della salute, all'attività motoria, ai comportamenti e stili di vita adeguati* nel campo delle abitudini alimentari, alla *prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale* compresa l'infezione da HIV, della *tossicodipendenza* e dell'*alcolismo*, alla *procreazione responsabile*, «sollecitando il contributo della scuola, attivando anche **interventi**, in particolare nei Consultori Familiari e negli spazi destinati agli adolescenti, **di prevenzione e di lotta ai maltrattamenti, abusi e sfruttamento dei minori** e alla prevenzione degli incidenti stradali e domestici»;
- la prevenzione della patologia andrologica e ginecologica nell'età evolutiva;
- il controllo e la diminuzione del sovrappeso e dell'obesità nelle giovani generazioni tramite interventi che devono riguardare non solo la casa e la famiglia (ma anche la scuola e la città) e infine i mass media e gli organismi di controllo che devono diffondere la cultura dei cibi salutari (frutta e verdura) e combattere la pubblicità alimentare ingannevole;
- la riorganizzazione dei Servizi di emergenza-urgenza pediatrica;
- la riduzione dei ricoveri inappropriati in età pediatrica;
- il miglioramento dell'assistenza ai pazienti affetti da sindromi malformative congenite;
- la definizione di appropriati percorsi diagnostici-terapeutici-riabilitativi per le patologie congenite, ereditarie e le malattie rare, mediante una migliore organizzazione dei Centri di riferimento a valenza regionale o interregionale e la realizzazione di reti assistenziali;
- il miglioramento dell'assistenza ai bambini e agli adolescenti affetti da patologie croniche mediante lo sviluppo di modelli integrati tra Centri specialistici, ospedali, attività assistenziali territoriali, quali l'assistenza psicologica e sociale, la scuola, le associazioni dei malati e il privato no profit;
- la valutazione attenta e il contrasto del fenomeno del *doping* che sembra interessare sempre di più anche i giovanissimi che praticano lo sport a livello dilettantistico e amatoriale, coinvolgendo le famiglie, le istituzioni scolastiche, le organizzazioni sportive e le strutture del SSN, per acquisire una più approfondita conoscenza dell'entità del fenomeno, coinvolgendo le strutture del SSN, le organizzazioni sportive e le istituzioni scolastiche, al fine di sviluppare un efficace piano di prevenzione e lotta al doping, elaborando le strategie da adottare e le azioni da intraprendere.

Al paragrafo 5.3. *La non autosufficienza: anziani e disabili*, si afferma che la non autosufficienza è una grande problematica assistenziale, che tenderà ad assorbire crescenti risorse nell'ambito dei servizi sanitari e socio-sanitari, e che pertanto è fondamentale attuare sistematici interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, in grado di affrontare la molteplicità dei fattori che concorrono a determinare e ad aggravare la situazione di non autosufficienza.

Altrettanto basilare è il rafforzamento delle *reti assistenziali*, con una forte *integrazione dei servizi sanitari e sociali*. Riorganizzare la rete dei servizi sanitari significa essenzialmente «potenziare l'assistenza territoriale e l'integrazione con il sociale, avvalendosi anche del privato, disponibile a progettare e a realizzare vere reti assistenziali con supporti tecnologici e pacchetti di servizi».

Viene ribadita la *centralità dell'individuo* nei processi assistenziali e sanitari e la necessità che i servizi e gli operatori si attivino per rispondere in maniera coordinata e continuativa alla molteplicità dei bisogni espressi, in un sistema di interrelazioni che costituiscono la rete integrata per le disabilità.

L'approccio da seguire per il paziente con disabilità è, quindi, il *coordinamento delle attività multidisciplinari e multidisciplinari*, che analizzi tutti gli aspetti della persona in relazione ai bisogni causati dall'evento lesivo per la successiva elaborazione di un programma individualizzato di riabilitazione, rieducazione e reinserimento sociale, alla cui definizione partecipa attivamente il paziente con disabilità e la sua famiglia. Nel progetto individuale «i diversi interventi sono integrati e i diversi operatori riconoscono il loro apporto professionale, per quanto autonomo, facente parte di una strategia più ampia finalizzata al raggiungimento di obiettivi comuni».

Nel paragrafo 5.4. *La tutela della salute mentale*, il nuovo Piano - dopo aver evidenziato le criticità presenti nelle attività dei *Centri di salute mentale* (CSM), responsabili per la presa in carico e la continuità terapeutica, individuabili nella scarsa conoscenza nella popolazione dell'esistenza dei servizi di cura, delle malattie mentali in generale e delle possibilità di trattamento; nel forte rischio per molti servizi di non soddisfare le richieste di cura, sia per carenze organizzative sia per scarsità di personale; nella difficoltà a prendere in carico i pazienti "non consenzienti" e "non collaboranti"; nelle interruzioni non concordate del programma terapeutico riabilitativo; nel primo contatto tardivo di pazienti "gravi" che, in molti casi, arrivano ai servizi già con una storia di "cronicità", con conseguenziale diminuzione delle potenzialità di recupero, oltre che nella disomogenea diffusione della cultura della valutazione della qualità; nella carente attenzione ai problemi di salute mentale nelle carceri; nella mancanza di un Sistema informativo nazionale, in grado di documentare le attività e le prestazioni fornite dai servizi, in rapporto ai bisogni dei pazienti - individua i seguenti obiettivi da raggiungere:

- implementare la qualità dei CSM e la loro capacità di rispondere alla domanda di trattamento per i differenti disturbi mentali, contrastando la stigmatizzazione e riducendo le liste di attesa, razionalizzando le modalità di presa in carico, creando percorsi differenziati per tipologie pazienti, adottando linee guida e procedure di consenso, basate su prove di efficacia;

- migliorare l'adesione alle cure e la capacità di presa in carico dei pazienti "non collaboranti";
- attivare programmi di individuazione precoce delle psicosi schizofreniche;
- migliorare le capacità di risposta alle richieste di cura per i disturbi dell'umore (con particolare riferimento alla depressione in tutte le fasce di età) e i disturbi del comportamento alimentare (con particolare riferimento all'anoressia);
- accreditare le strutture residenziali, connotandone la valenza terapeutico-socio-riabilitativa;
- implementare i protocolli di collaborazione fra servizi per adulti e servizi per l'età evolutiva, per garantire la continuità terapeutica nel trattamento dei disturbi mentali dell'infanzia e dell'adolescenza;
- attivare e implementare interventi nelle carceri in favore dei detenuti con disturbi mentali. Garantire assistenza e reinserimento sociale ai pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), con particolare riferimento ai dimessi;
- implementare i programmi di lotta allo stigma e al pregiudizio nei confronti delle patologie mentali;
- realizzare il Sistema Informativo Nazionale per la Salute Mentale.

Il paragrafo 5.5., trattando *Le dipendenze connesse a particolari stili di vita*, fa riferimento principalmente al fumo di tabacco, all'abuso di alcol e all'utilizzo di sostanze stupefacenti.

La diffusione dell'*abitudine al fumo* è ancora troppo alta, soprattutto tra i giovanissimi, tra le donne, specie tra quelle in età fertile e in gravidanza, con conseguente rischio per la salute anche del nascituro. Gli obiettivi da raggiungere sono pertanto:

- prevenire l'iniziazione al fumo dei giovani, tramite l'attivazione di interventi integrati di educazione alla salute rivolti ai ragazzi in età scolare (scuola media inferiore e primi anni della scuola media superiore);
- favorire la disassuefazione dal fumo, tramite il contributo dei MMG, i Centri Antifumo già operanti, l'attivazione presso le ASL o le Aziende ospedaliere di funzioni dedicate;
- favorire la sospensione del fumo in gravidanza tramite interventi di informazione, educazione, organizzazione di sistemi di assistenza per le donne che fumano in gravidanza e le donne in età fertile nell'ambito delle strutture operanti nel settore;
- proteggere i non fumatori dall'esposizione al fumo passivo.

Per quanto riguarda l'*abuso di alcol* «le attività di monitoraggio del Ministero della Salute consentono di affermare che in tutte le Regioni si è ampliato e qualificato il sistema dei servizi territoriali preposti al trattamento e alla riabilitazione della dipendenza da alcol. Sempre più capillare appare la capacità di collaborazione tra servizio pubblico ed enti e associazioni di volontariato e auto-mutuo aiuto, di cui si sta affermando un peculiare ruolo sia nella prevenzione che nella riabilitazione».

Nonostante ciò aumenta la popolazione complessiva dei consumatori; aumentano i comportamenti di consumo a rischio, quali i consumi fuori pasto, i consumi eccedentari e le ubriacature, in particolare nell'ambito della popolazione giovanile di entrambi i sessi e nella popolazione

femminile; si ha difficoltà a garantire, soprattutto in alcuni territori, percorsi terapeutici adeguati ai bisogni dell'utenza con problemi di alcoldipendenza conclamata.

Gli obiettivi da raggiungere sono perciò i seguenti:

- adottare politiche e azioni che intervengano sulla percezione culturale del bere, al fine di rendere evidenti le diverse implicazioni di rischio connesse ai diversi comportamenti, trasmettendo in proposito univoci e adeguati orientamenti;
- accrescere la disponibilità e l'accessibilità di efficaci trattamenti, nei servizi pubblici o accreditati, per i soggetti con consumi dannosi e per gli alcoldipendenti conclamati, nonché sorvegliare l'efficacia e l'efficienza degli interventi.

Per ciò che attiene alle *tossicodipendenze*, dopo l'elenco delle criticità riscontrate (difficoltà nel garantire la continuità terapeutica e riabilitativa; carenza di conoscenze scientifiche validate sui protocolli terapeutici relativi ai consumi di cannabis, cocaina e metamfetamine; difficoltà nell'affrontare la comorbilità psichiatrica, riguardante soprattutto i pazienti "cronici" generalmente assuntori di eroina; limitatezza delle informazioni fornite dal flusso informativo nazionale, attualmente limitato all'attività dei servizi pubblici; difficoltà nell'attuazione di processi diagnostico-terapeutici e riabilitativi efficaci nei tossicodipendenti detenuti), vengono proposti i seguenti obiettivi da raggiungere:

- accrescere le conoscenze professionali basate sull'evidenza, al fine di adottare risposte adeguate all'utenza (nuove strategie terapeutiche e protocolli terapeutici condivisi), con particolare riferimento ai nuovi consumi e alla comorbilità psichiatrica;
- attivare ed implementare strategie di prevenzione primaria, secondaria e terziaria;
- attuare una revisione dei flussi informativi nazionali a fini epidemiologici e programmatici.

Nel paragrafo 5.6. *Il sostegno alle famiglie*, viene evidenziato il fenomeno della *posticipazione dell'età del matrimonio e del momento in cui si decide di avere figli* che fa aumentare il numero di famiglie in cui sono presenti contemporaneamente bambini piccoli da accudire e grandi anziani non autosufficienti, nell'ambito di una coppia in cui entrambi lavorano.

Considerando ulteriori fattori legati ai fenomeni di instabilità coniugale, alla presenza di famiglie a basso reddito in stato di grave disagio socio economico e alla crisi delle competenze genitoriali, si afferma che il Servizio Sanitario Nazionale deve farsi «promotore in primo luogo di una *cultura negli operatori sanitari e socio sanitari che valorizzi la famiglia* e le associazioni di famiglie come partner dei servizi e di conseguenza consideri al momento della presa in carico del singolo paziente, il suo contesto familiare, la rete informale di solidarietà. I gruppi di volontariato, di auto-aiuto, di buon vicinato possono svolgere infatti un ruolo di primo piano nella gestione di bisogni complessi e il contesto familiare è una delle risorse principali dell'individuo che va adeguatamente promossa e supportata. Anche per questo scopo va prevista l'offerta di servizi di temporaneo sollievo come le RSA e i centri diurni per la gestione per periodi limitati di pazienti disabili, cronici ed anziani».

Il Consultorio Familiare, «per il suo peculiare carattere multiprofessionale e multidisciplinare, collabora con gli altri enti alla elaborazione e alla realizzazione di protocolli comuni tra le diverse istituzioni deputate al trattamento delle famiglie multiproblematiche e a formare più puntualmente gli operatori al riconoscimento delle situazioni di disagio e alle modalità con cui affrontarle; collabora inoltre alle iniziative rivolte a promuovere e facilitare l'affidamento familiare e le adozioni e all'eventuale sostegno successivo alle famiglie. Il Consultorio Familiare è infatti un importante strumento per l'attuazione di interventi finalizzati alla tutela della salute della donna, dell'età evolutiva, delle relazioni di coppia e familiari ed è fortemente orientato alla prevenzione, informazione ed educazione sanitaria. In questo contesto tra le attività dei Consultori Familiari rivolte alla salute riproduttiva vanno attivati programmi specifici per la tutela della maternità, per la promozione dell'allattamento al seno, per la promozione di scelte genitoriali responsabili, anche informando sui metodi di controllo delle nascite, e per la prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza».

Un altro ambito di intervento in materia di informazione e prevenzione è quello finalizzato a promuovere la salute nelle fasce adolescenziali tramite interventi mirati (ad es. nelle scuole) o con l'offerta all'interno dei consultori di spazi e sportelli a cui gli adolescenti possono rivolgersi per ricevere informazioni e risposte ai problemi e ai quesiti propri dell'età. Infine la presenza sempre maggiore di stranieri sul nostro territorio rende opportuno formare gli operatori alla multiculturalità e predisporre programmi mirati alle problematiche peculiari degli utenti stranieri (ad es. prevenzione delle mutilazioni genitali femminili, informazione sulla possibilità di partorire in anonimato). In alcune realtà si sono attivati con buoni risultati anche Consultori per anziani finalizzati prioritariamente alla prevenzione delle patologie proprie dell'età».

Al paragrafo 5.7. **Gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali**, si rileva che la crescita quantitativa della popolazione reca con sé la conseguenza dell'affermarsi della multiculturalità e multietnicità della struttura sociale, e che tale fenomeno modifica il modo di porsi della medicina nei confronti di culture diverse rispetto a quella nell'ambito della quale è stata a lungo praticata.

Al tempo stesso la multiculturalità della domanda sanitaria induce oggi la necessità nei presidi pubblici di «adottare percorsi e pratiche adattati alle caratteristiche dell'utenza ed alla peculiarità di usi e costumi di parti di essa, senza che ciò trovi a livello nazionale una definizione chiara in termini di obbligo del servizio e di diritto del cittadino».

Il PSN 2006-2008 intende potenziare le attività di prevenzione per gli adolescenti e i giovani adulti stranieri attraverso un approccio trans-culturale e multidisciplinare; promuovere studi di incidenza e prevalenza dell'infezione da HIV e delle più frequenti malattie sessualmente trasmissibili in gruppi dell'intera popolazione "target"; sperimentare sistemi di monitoraggio in grado di valutare l'andamento delle infezioni, il grado di conoscenza specifica della popolazione target; valutare e promuovere capacità professionali degli operatori sanitari che operano nelle aree

geografiche a più alto afflusso di immigrati, prendere atto dei nodi critici che, all'interno del SSN, possono causare un ridotto accesso degli immigrati ai percorsi di prevenzione, diagnosi e cura dell'infezione da HIV/AIDS e di altre malattie a trasmissione sessuale

Per quanto attiene al settore materno infantile occorrerà contrastare l'*alto numero di interruzioni volontarie di gravidanza che si registrano nelle donne immigrate* ed in tal senso si renderanno necessari interventi finalizzati alla promozione della genitorialità responsabile, attraverso la informazione e formazione alle scelte procreative. E' opportuno inoltre che gli operatori sanitari che operano nel settore materno-infantile attivino interventi di informazione sulla *possibilità della gestante di partorire in anonimato* e che anche le associazioni di immigrati, le associazioni di volontariato e del terzo settore attive in questo campo operino in tal senso.

Andranno inoltre attivati *interventi per impedire le mutilazioni genitali femminili*, e gli operatori dovranno essere preparati al trattamento delle possibili complicanze di natura fisica e psicologica connesse con le stesse.

Le politiche sanitarie finalizzate al raggiungimento di tali obiettivi devono necessariamente considerare l'eteroculturalità e devono promuovere la formazione specifica degli operatori sanitari, alla luce anche della recente legge 9 gennaio 2006, n. 7 "*Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile*", che detta le misure necessarie per prevenire, contrastare e reprimere le pratiche di mutilazione genitale femminile quali violazioni dei diritti fondamentali all'integrità della persona e alla salute delle donne e delle bambine.

In particolare vanno previsti programmi diretti a predisporre campagne informative e di sensibilizzazione, ad organizzare corsi di informazione per le donne infibulate in stato di gravidanza. Dovranno essere promossi appositi programmi di aggiornamento per gli insegnanti delle scuole dell'obbligo. Occorrerà promuovere il monitoraggio dei casi progressi già noti, formulare linee guida per gli operatori sanitari e per le altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate tali pratiche.

Concludendo verrebbe da chiedersi: e gli psicologi?

Il PSN non parla mai esplicitamente degli psicologi, pur tuttavia ci interpella in più punti, a partire dallo scenario culturale e legislativo che, ponendo *al centro dell'interesse la persona* con i suoi bisogni emotivi, cognitivi, relazionali; enfatizzando concetti come *qualità della vita* e *umanizzazione dei servizi*; prestando attenzione ai *comportamenti disfunzionali alla base di "stili di vita" non sani*, assegna al cittadino (quindi anche al cittadino malato) un ruolo da protagonista e fa dei suoi bisogni, delle sue esperienze e delle sue valutazioni la costante punta di riferimento dell'organizzazione e dell'erogazione dei servizi, e chiama in causa - direttamente e indirettamente - la **psicologia** come *disciplina che studia l'individuo, la famiglia, il gruppo, la comunità* nelle sue dimensioni comportamentali, affettivo-relazionali e di personalità.

Da sempre le finalità dell'intervento psicologico nella sanità consistono nel:

- promuovere o migliorare la qualità di vita dei soggetti;
- prevenire e individuare le disabilità psicologiche e sociali e riabilitare i soggetti;
- favorire l'integrazione psicologica e sociale nei contesti di vita e di lavoro;
- prevenire, diagnosticare e trattare i comportamenti devianti e gli stili di vita disfunzionali che possono favorire patologie fisiche e psichiche, evitando, il più possibile, il ricovero ospedaliero;
- potenziare la consapevolezza delle risorse personali e le strategie di stress management di bambini e adolescenti ospedalizzati affetti da malattie acute o croniche;
- potenziare le abilità cognitive, affettive e sociali dei soggetti nelle varie fasi dello sviluppo;
- favorire la crescita psicologica di bambini e adolescenti;
- alleviare la sofferenza psichica del malato ospedalizzato;
- prevenire o gestire il disagio emotivo e psicologico collegato allo sviluppo della malattia, poiché spesso proprio tale disagio diviene causa di ulteriori problemi;
- introdurre interventi psicologici nei programmi di riabilitazione motoria, cardiaca, respiratoria, linguistica dei soggetti anziani affetti da malattie croniche o degenerative;
- offrire un supporto psicologico ai familiari degli ammalati acuti e cronici, ospedalizzati o assistiti a domicilio;
- offrire consulenza psicologica agli operatori sanitari, finalizzata a migliorare la qualità della relazione col paziente;
- offrire consulenze al personale su problematiche organizzative, soprattutto quelle relative agli aspetti comunicativo-relazionali, ecc..

Per questo il PSN 2006-2008 non ci lascia indifferenti. Anche noi, soprattutto noi, riconosciamo l'efficacia di un **modello assistenziale multidisciplinare integrato** e di interventi terapeutici finalizzati alla **promozione di un ruolo attivo (empowerment) del malato** nella gestione della malattia e di un percorso diagnostico e terapeutico adeguato che risponda unitariamente a tutti i bisogni di cura e di salute della persona malata.

Non possiamo non concordare con quanto riportato nel paragrafo 3.9, **Il dolore e la sofferenza nei percorsi di cura**: «Accanto alla lotta al dolore, vanno attivati, nei percorsi sanitari, gli interventi volti a promuovere l'umanizzazione delle cure, nella consapevolezza che il fulcro del Servizio Sanitario è rappresentato dalla persona malata, nella garanzia del rispetto della sua dignità, identità e autonomia. In primo luogo va migliorato il rapporto tra malato, medico e operatori sanitari, in termini di *qualità della comunicazione*, di *livelli di comprensione* e di *trasmissione di empatia*. Deve essere stimolata in tutto il personale sanitario, socio-sanitario, socio assistenziale e amministrativo la *disponibilità all'accoglienza, all'ascolto e alla comunicazione*. E' importante che **al paziente venga assicurato il necessario supporto psicologico**, quando le sue condizioni cliniche lo richiedano, per la gravità della patologia o dell'evento occorso o per gli effetti che la stessa può comportare in diversi ambiti culturali o in particolari condizioni sociali».

O con quanto affermato nel paragrafo 3.10. **La rete assistenziale per le cure palliative**: «La rete

deve offrire un approccio completo alle esigenze della persona malata, garantendo, ove necessario e richiesto, un **adeguato intervento** religioso e **psicologico**... Inoltre, anche nella fase che segue la morte della persona malata, in base a numerose esperienze internazionali e nazionali, risulta sempre più evidente la necessità di offrire **interventi di supporto al lutto dei familiari**, qualora se ne ravvisi la necessità».

Ma al paragrafo 3.5. *La riorganizzazione delle cure primarie*, laddove si ritiene necessario un maggiore coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) nel governo della domanda e dei percorsi sanitari, anche «attraverso la sperimentazione di nuove modalità erogative favorevoli all'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio», avremmo gradito un accenno esplicito al ruolo dello psicologo, atteso che - come evidenziato da una ricerca della Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università "La Sapienza" di Roma - almeno il 50% delle richieste che le persone rivolgono ai MMG, dietro la "proposta" di un sintomo somatico, esprime disagi di natura psicologica, anche in soggetti non portatori di un disturbo psichico.

In tali casi è raro che si faccia ricorso all'intervento di un esperto della salute mentale mentre non è infrequente il ricorso ad analisi cliniche e a trattamenti farmacologici e terapeutici del tutto inappropriati, con il rischio di una cronicizzazione dei disturbi somatici accanto all'aumento del consumo di prestazioni e di servizi sanitari da parte dei cittadini. E' del tutto evidente che una più adeguata lettura della domanda consentirebbe una migliore tutela della salute e un notevole contenimento dei costi.

Per questo andrebbero pensate e sperimentate concrete forme di collaborazione MMG-psicologo, finalizzate al miglioramento della relazione medico-paziente, all'osservazione congiunta su casi problematici, all'intervento esplorativo-chiarificatore nei confronti del paziente e all'eventuale invio ad operatori della salute mentale.

Anche attraverso la predisposizione di specifici protocolli operativi si potrebbero costruire, pertanto, modalità più efficaci per un dialogo più frequente e proficuo e per un'interazione più continuativa e fattiva tra MMG e Psicologi, come pure tra Psicologi e PLS.

Il PSN sostiene che il progressivo invecchiamento della popolazione cambierà radicalmente la domanda di beni e di servizi, e questo fenomeno influenzerà le professioni sanitarie e l'assistenza, in quanto «il bisogno di maggiore prossimità e continuità nell'assistenza richiesto dall'invecchiamento della popolazione imporrà una necessità di più infermieri e di più medici di medicina generale». Solo di medici e infermieri? E perché non anche di psicologi

Non è un caso che lo stesso Piano 2006-2008 ricordi che «gli anziani sono un gruppo a rischio per la depressione e il suicidio e ci sono buone evidenze che si possono prevenire e ridurre questi problemi con l'esercizio fisico, il ricorso a gruppi di mutuo-aiuto, alle attività di socializzazione, alle visite domiciliari da parte di personale capace di riconoscere i bisogni socio-sanitari e di promuovere interventi relativi».

Del resto, prevedendo un invecchiamento progressivo della forza di lavoro si possono facilmente immaginare i riflessi negativi per la salute fisica e mentale dettati dalle necessità che un lavoratore che invecchia ha di adattarsi ad un posto di lavoro e ad una mansione che sono stati progettati per una forza di lavoro più giovane: l'ergonomia e l'organizzazione del lavoro dovranno tenere in considerazione questa nuova esigenza se non vogliono compromettere le abilità lavorative di una forza lavoro più anziana, fatto che potrebbe far perdere produttività, generare assenteismo e aumentare i costi per l'assistenza sanitaria.

Così come documentato nel Convegno Scientifico *“Invecchiare: Risorse, limiti e potenzialità - Uno sguardo interdisciplinare”*, tenutosi a Cesena il 14 Giugno 2002, **la disciplina psicologica è pronta ad affrontare la grande mutazione demografica dell'invecchiamento** e a dare - in forte integrazione con professionisti di diversa formazione - una risposta adeguata ai bisogni espressi dagli anziani e al contesto in cui sono inseriti.

Trattando la tematica dei *trapianti* (paragrafo 3.6), il PSN riconosce la necessità di «predisporre, per i familiari dei soggetti sottoposti ad accertamento, *un supporto psicologico e di aiuto*», rimandando a Linee Guida operative che non vengono però allegate.

L'apporto culturale della psicologia riguarda le dimensioni psichiche e della salute di ogni utente del Servizio Sanitario Nazionale, la dimensione della “soggettività” del malato, degli operatori, delle relazioni interpersonali e del sistema organizzativo, l'umanizzazione dei servizi, l'analisi e il cambiamento organizzativo, la gestione delle risorse umane, la formazione, la motivazione, la comunicazione, il lavoro di gruppo, la gestione dei conflitti e delle resistenze, l'acquisizione del consenso, i metodi di valutazione.

Lo stesso processo di Miglioramento Continuo della Qualità affonda le sue radici e si alimenta in un campo squisitamente psicologico: si pensi soltanto alla *centralità del cittadino* che per noi psicologi è attenzione alla “soggettività” della persona e ai valori cui essa fa riferimento, all'integrità mente/corpo, alla dimensione relazionale nella cura e nella promozione della salute, all'umanizzazione e alla personalizzazione.

Il Sistema Sanitario ha bisogno di un forte contributo della cultura psicologica così come la cultura psicologica deve aprirsi con coraggio e creatività alle dimensioni della realtà organizzativa in cui gli psicologi operano in quanto dipendenti e dirigenti, in un sistema aziendale che ha le sue regole e le sue logiche.

I risultati prodotti dagli psicologi in tutti i Servizi sanitari e socio-sanitari nei quali operano non sempre possono essere misurati meccanicamente in termini di quantità o di valore economico delle loro prestazioni, ma tali risultati possono essere convenientemente apprezzati allorquando si utilizzano indicatori di salute più raffinati volti a dimostrare:

- l'aumentato benessere degli utenti;
- la migliorata capacità di autodeterminazione delle donne, dei singoli, delle coppie, delle famiglie, dei gruppi;

- l'aiuto fornito alle famiglie, ai bambini, agli adolescenti, agli immigrati a risolvere le situazioni problematiche derivanti da svantaggio sociale, familiare o di contesto generale;
- la capacità di indirizzare la propria azione per dare aiuto a superare le crisi fisiologiche dovute alle diverse fasi evolutive della vita: il passaggio dall'infanzia all'adolescenza e all'età adulta, il divenire coniuge e genitore, il controllo della fertilità, il passaggio dalla fertilità alla menopausa;
- la capacità di operare nella prevenzione di tutti quei casi ascrivibili ad un disagio sociale psicologico, non ancora patologico, affinché l'intervento aiuti la persona a non entrare nella patologia psichiatrica e, quindi, nella cronicità, ecc..

Lo psicologo rappresenta, dunque, un elemento professionale qualificante della *multidisciplinarietà*, intesa come principio per dare una risposta globale ai bisogni sanitari del cittadino e della popolazione italiana: al pari di tutte le altre professionalità del SSN anche quella psicologica persegue il miglioramento della qualità del sistema nell'ottica della prevenzione e promozione della salute, intesa non come semplice assenza di malattia ma, in una *visione dell'uomo come essere bio-psico-sociale*, come *promozione di un benessere, di un equilibrio*, come *“processo che fornisce alle persone i mezzi e le opportunità per assicurare un maggiore controllo sulla propria salute e migliorarla”*.

Relazione informativa sul Decreto-Legge n. 223 del 4 luglio 2006

a cura di Studio Tributario Campita

PREMESSA

Il Decreto Legge n. 223 del 4 luglio 2006, definitivamente approvato con modifiche in data 4 agosto 2006 (Legge 248/2006), contiene molteplici disposizioni in materia di entrate fiscali e di contrasto all'evasione.

Prendendo anche spunto dalle circolari già emanate dall'Agenzia delle Entrate, lo Studio ha ritenuto opportuno fornire una informativa sintetica delle disposizioni più rilevanti con l'obiettivo di sensibilizzare i propri Clienti in ordine alle novità di più diretto interesse, anche in relazione alla attività svolta.

Tenuto conto del notevole volume delle disposizioni introdotte e della loro complessità, la seguente relazione ha necessariamente un carattere riassuntivo e non esplicativo, tuttavia lo Studio è a disposizione per fornire su richiesta specifici approfondimenti.

La relazione è suddivisa in tre differenti parti:

1. Disposizioni di interesse generale
2. Disposizioni relative al settore immobiliare
3. Elenco delle restanti disposizioni.

In linea generale le disposizioni introdotte dal Decreto Legge n. 223 sono entrate in vigore il giorno 4 luglio 2006, tuttavia, nel caso di modifiche del testo del Decreto Legge in sede di conversione la data di riferimento per l'entrata in vigore della disposizione è quella del 12 agosto 2006 (giorno successivo alla pubblicazione sulla G.U. n. 186 dell'11 agosto 2006).

Il differimento dell'entrata in vigore sarà segnalato nel commento alla disposizione di Legge.

Preme sottolineare che le novità introdotte mancano ancora di approfondimenti da parte della Dottrina, pertanto alcune interpretazioni potrebbero essere oggetto di successive modifiche.

DISPOSIZIONI DI INTERESSE GENERALE

Nuove fattispecie penali: omesso versamento IVA ed indebita compensazione

Mediante l'inserimento di due nuovi articoli nel D.Lgs 10 marzo 2000 n. 74 il 10-ter ed il 10-quater, sono state introdotte due fattispecie delittuose alle quali è stata estesa la sanzione penale prevista per il delitto di omesso versamento di ritenute certificate.

In particolare viene ora sanzionato con la reclusione da sei mesi a due anni:

- a) l'omesso versamento dell'IVA dovuta in base alle risultanze della dichiarazione annuale qualora tale omesso versamento superi l'importo di Euro cinquantamila per ciascun periodo d'imposta. Il momento consumativo del reato è individuato nell'omesso versamento dell'IVA dovuta in base alla dichiarazione annuale entro il termine per il versamento dell'acconto relativo al periodo di imposta successivo.

In proposito si ricorda che l'articolo 6, comma 2, della legge 29 dicembre 1990, n. 405 stabilisce che l'acconto IVA va versato entro il giorno 27 del mese di dicembre.

Conseguentemente, per la consumazione del reato non è sufficiente un qualsiasi ritardo nel versamento rispetto alle scadenze previste, ma occorre che l'omissione del versamento dell'imposta dovuta in base alla dichiarazione si protragga fino al 27 dicembre dell'anno successivo al periodo di imposta di riferimento.

Ne consegue che il reato si perfeziona quando il contribuente, ad esempio, non versa entro il 27 dicembre 2007 il debito IVA risultante dalla dichiarazione relativa all'anno 2006.

Considerato che la disposizione in commento è entrata in vigore il 4 luglio 2006 e che il delitto si perfeziona alla data del 27 dicembre di ciascun anno per l'IVA relativa alla dichiarazione dell'anno precedente, deve ritenersi che la nuova previsione sanzionatoria troverà applicazione a partire dai reati di omesso versamento consumati entro il 27 dicembre 2006 riguardanti l'IVA risultante dalla dichiarazione relativa all'anno 2005.

b) La indebita compensazione dei debiti d'imposta con crediti non spettanti o inesistenti per un importo superiore ad Euro cinquantamila per ciascun periodo d'imposta.

Il delitto si perfeziona nel momento stesso in cui viene operata la compensazione per un importo superiore alla soglia di punibilità.

Pertanto, nel caso in cui, nel corso di uno stesso periodo d'imposta, siano state effettuate compensazioni con crediti non spettanti o inesistenti per importi inferiori alla soglia, il delitto si perfeziona alla data in cui si procede, nel medesimo periodo d'imposta, alla compensazione di un ulteriore importo di crediti non spettanti o inesistenti che, sommato agli importi già utilizzati in compensazione, sia superiore a cinquantamila Euro.

Obblighi contabili esercenti Arti e Professioni

Sono state introdotte nuove regole contabili per le persone fisiche esercenti attività professionali ed artistiche, anche svolte sotto forma di associazione professionale.

In particolare:

- i contribuenti esercenti arti e professioni devono tenere uno o più conti correnti bancari o postali utilizzati per la gestione dell'attività professionale. Tali conti devono essere utilizzati per compiere prelievi per il pagamento delle spese sostenute e per far affluire obbligatoriamente i compensi riscossi nell'esercizio della funzione professionale;
- i compensi devono essere riscossi solo mediante strumenti finanziari tracciabili e non in contanti, fatta eccezione per somme unitarie inferiori a 100 Euro (tale limite è applicabile a partire dal 1° luglio 2008, fino al 30 giugno 2007 il limite è fissato a 1.000 Euro, successivamente e fino al 30 giugno 2008 il limite è fissato a 500 Euro).

È da ritenersi, alla luce delle modifiche apportate in sede di conversione, che l'obbligo dell'utilizzo degli strumenti finanziari "tracciabili", nei limiti sopra richiamati, decorre dalla data di entrata in vigore della Legge di conversione (12 agosto 2006).

Gli strumenti finanziari "tracciabili" individuati dalla norma sono:

- gli assegni non trasferibili
- i bonifici

- le altre modalità di pagamento bancario o postale
- i sistemi di pagamento elettronico (es. bancomat o carta di credito).

I conti correnti bancari o postali, da tenere obbligatoriamente sia per il prelievo di somme finalizzate al pagamento delle spese sostenute sia per il versamento dei compensi riscossi, non necessariamente devono essere "dedicati" esclusivamente all'attività professionale, ma possono eventualmente essere utilizzati anche per operazioni non afferenti l'esercizio dell'arte o della professione.

Né la eventuale annotazione nei conti di operazioni riconducibili nella sfera familiare o extra – professionale è di ostacolo alla corretta applicazione della norma di cui all'articolo 32, primo comma, n. 2), del DPR n. 600 del 1973, secondo cui anche i "prelievi" dai predetti conti sono presi a base della rettifica come "compensi" qualora il contribuente non dimostri che gli stessi non hanno rilevanza ai fini della determinazione del reddito.

Invero, i contribuenti interessati possono ritenersi sollevati dall'onere di fornire la predetta dimostrazione in relazione a prelievi che, avuto riguardo all'entità del relativo importo ed alle normali esigenze personali o familiari, possono essere ragionevolmente ricondotte nella gestione extra – professionale.

Società non Operative

La norma modifica il regime delle c.d. "società di comodo", previsto dall'articolo 30, della legge del 23 dicembre 1994, n. 724.

Sono stati effettuati i seguenti interventi:

- innalzamento delle percentuali utilizzate per stabilire se una società possa rientrare nel novero delle società non operative;
- innalzamento delle percentuali utilizzate per stabilire l'entità del reddito minimo che deve essere obbligatoriamente dichiarato dalle società non operative;
- impossibilità di chiedere a rimborso, di cedere o di utilizzare in compensazione ai sensi dell'articolo 17 del D. Lgs. 9 luglio 1997, n. 241, l'IVA a credito risultante dalla dichiarazione presentata ai fini dell'imposta sul valore aggiunto. Lo stesso credito, inoltre, in assenza, per tre periodi di imposta consecutivi, di operazioni attive rilevanti ai fini dell'imposta sul valore aggiunto, non potrà più essere "riportato in avanti", dalla società o

ente non operativo, a scomputo dell'IVA a debito, relativa ai periodi d'imposta successivi;

- possibilità di chiedere, al direttore regionale dell'Agenzia delle entrate, ai sensi dell'articolo 37-bis, comma 8, del DPR 29 settembre 1973, n. 600, la disapplicazione delle norme antielusive in commento qualora il contribuente evidenzi situazioni straordinarie che di fatto hanno reso impossibile il conseguimento dei parametri e degli obiettivi previsti dalle medesime disposizioni. Al riguardo, si fa presente che si riconduce in tale ambito anche la causa di esclusione collegata all'esistenza di un periodo di "non normale svolgimento dell'attività", che, in assenza della modifica in commento, avrebbe operato in modo automatico in quanto ricompresa tra le cause di esclusione.

Le nuove percentuali sono illustrate nella seguente tabella:

	Ricavi		Reddito	
	Vecchie %	Nuove %	Vecchie	Nuove %
Partecipazioni e crediti	1%	2%	0,75%	1,50%
Immobili	4%	6%	3%	4,75%
Altre immobilizzazioni	15%	15%	12%	12%

Accertamento sulla base degli studi di settore

Con decorrenza dal periodo d'imposta 2005 è stata disposta l'applicazione generalizzata dell'accertamento sulla base degli studi di settore nei confronti dei contribuenti titolari di reddito di impresa e di lavoro autonomo, prescindendo dal regime di contabilità adottato.

In precedenza l'Amministrazione finanziaria poteva procedere all'accertamento sulla base degli studi di settore nei confronti degli esercenti attività d'impresa in regime di contabilità ordinaria (anche per opzione), e degli esercenti arti e professioni, se:

- in almeno due periodi d'imposta su tre consecutivi considerati, compreso quello da accertare, l'ammontare dei compensi o dei ricavi dichiarati con riferimento agli stessi periodi d'imposta risultavano "non congrui";
- nel caso di rilevanti situazioni di incoerenza rispetto ad indici di natura economica, finanziaria o patrimoniale (limitatamente ai soggetti esercenti attività di impresa);
- in caso di inattendibilità della contabilità ordinaria, in base ai criteri stabiliti con il regolamento approvato con DPR 16 settembre 1996, n. 570.

In altri termini per sottoporre ad accertamento i contribuenti interessati ora è sufficiente che gli stessi non risultino congrui anche per una sola annualità rispetto agli studi di settore.

Il *decreto* dispone che, con riferimento al primo periodo di imposta per il quale il termine di presentazione della dichiarazione scade successivamente alla data di entrata in vigore del *decreto* medesimo, l'adeguamento alle risultanze degli studi di settore può essere effettuato entro il termine di presentazione della dichiarazione, con le modalità previste dall'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica del 31 maggio 1999, n. 195.

Ciò comporta, ad esempio, che per i contribuenti con periodo d'imposta coincidente con l'anno solare, il predetto adeguamento potrà essere eseguito già con riferimento all'anno 2005.

Deve ritenersi tuttavia che il richiamo espresso operato dalla norma all'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica del 31 maggio 1999, n. 195 comporta che in sede di adeguamento la maggiorazione del 3 per cento commisurata ai ricavi e compensi non annotati si applica qualora la differenza tra ricavi e compensi annotati nelle scritture contabili e quelli risultanti dagli studi di settore sia superiore al 10 per cento dei ricavi e compensi annotati.

Elenco Clienti e Fornitori

La norma introduce l'obbligo per i contribuenti IVA di presentare all'Amministrazione finanziaria, esclusivamente per via telematica, l'elenco dei soggetti nei confronti dei quali sono state emesse fatture (clienti) e l'elenco dei soggetti dai quali sono stati effettuati acquisti (fornitori).

La disposizione è volta ad incrementare gli strumenti di controllo e di contrasto all'evasione tributaria, con particolare riferimento all'utilizzo di fatture per operazioni inesistenti.

Il nuovo adempimento, che ha cadenza annuale, deve essere assolto entro sessanta giorni dal termine previsto per la presentazione della comunicazione annuale dati IVA e, quindi, entro il 29 aprile di

ciascun anno con riferimento alle operazioni relative all'anno d'imposta precedente.

Per quanto riguarda i soggetti da includere negli elenchi sono ricompresi tra i clienti tutti coloro nei cui confronti è stata emessa fattura. Tuttavia in sede di prima applicazione, al fine di rendere meno oneroso il nuovo adempimento è previsto per l'anno d'imposta 2006 l'indicazione dei soli clienti titolari di partita IVA.

Nell'elenco dei fornitori occorre indicare esclusivamente i soggetti titolari di partita IVA da cui sono stati effettuati acquisti rilevanti ai fini dell'imposta sul valore aggiunto. Pertanto, non rilevano gli acquisti di beni e servizi esclusi dal campo di applicazione dell'IVA.

I dati che devono essere riportati negli elenchi per ciascun soggetto riguardano l'indicazione del codice fiscale, l'importo complessivo delle operazioni effettuate, tenendo conto delle variazioni di cui all'articolo 26 del DPR n. 633 del 1972 (note di credito), con evidenziazione dell'imponibile, dell'imposta, nonché delle operazioni non imponibili e di quelle esenti.

Ai fini sanzionatori, l'omessa presentazione degli elenchi, nonché l'invio degli stessi con dati falsi o incompleti, comporta l'applicazione della sanzione amministrativa in misura fissa (da un minimo di 258 ad un massimo di 2.065 euro) prevista dall'articolo 11 del D.Lgs. n. 471 del 1997.

Al riguardo, si precisa che si rende applicabile l'istituto del ravvedimento operoso di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 18 dicembre 1997, n. 472.

Modifica dei termini delle dichiarazioni e dei versamenti

Sono stati ridefiniti i termini di diversi adempimenti fiscali, con effetto dal **1° maggio 2007**.

Per una sintetica consultazione dei termini e delle modalità di presentazione delle dichiarazioni di più diretto interesse, si veda il seguente prospetto.

	<i>Termine precedente</i>	<i>Nuovo termine</i>
Termine di approvazione dei modelli di dichiarazione	Entro il 15 febbraio dell'anno di utilizzo	Entro il 31 gennaio dell'anno di utilizzo
Presentazione della dichiarazione	In forma cartacea, per il tramite di una banca o di un ufficio della Poste italiane S.p.a.: - tra il 1° maggio ed il 31 luglio ed in via telematica: - entro il 31 ottobre.	In forma cartacea, per il tramite di una banca o di un ufficio della Poste italiane S.p.a.: - tra il 1° maggio ed il 30 giugno ed in via telematica: - entro il 31 luglio .
Presentazione della dichiarazione Soggetti IRES	In forma cartacea entro l'ultimo giorno del settimo mese successivo alla chiusura del periodo d'imposta o dell'evento straordinario in caso di fallimento, trasformazione, fusione e scissione, in funzione della modalità di presentazione utilizzata; in via telematica entro l'ultimo giorno del decimo mese	in via telematica , entro l'ultimo giorno del settimo mese successivo a quello di chiusura del periodo d'imposta o dell'evento straordinario in caso di fallimento, trasformazione, fusione e scissione.
Dichiarazioni e certificazioni dei sostituti d'imposta	Modello 770 Semplificato: 30 settembre Modello 770 Ordinario: 31 ottobre (con possibilità di inserimento nella dichiarazione unificata) Consegna CUD e altre certificazioni: 15 marzo	Modello 770 Semplificato: 31 marzo Modello 770 Ordinario: 31 marzo (presentazione solo in via autonoma per entrambe i modelli) Consegna CUD e altre certificazioni: 28 febbraio
Presentazione delle dichiarazioni per i casi di liquidazione di società o enti soggetti all'IRES, di società o associazioni di cui all'articolo 5 del TUIR e di imprese individuali	Entro l'ultimo giorno del settimo mese successivo alla data di deliberazione di messa in liquidazione per il tramite di una banca o un ufficio postale, ovvero Entro l'ultimo giorno del decimo mese successivo in via telematica.	Entro l'ultimo giorno del settimo mese successivo alla data di deliberazione di messa in liquidazione in via telematica
Presentazione della dichiarazione relativa all'imposta sul valore aggiunto	In forma cartacea, tra il 1° febbraio e il 31 luglio ovvero, in caso di presentazione in via telematica, entro il 31 ottobre di ciascun anno	Tra il 1° febbraio e il 31 luglio, in via telematica

È importante sottolineare che le modifiche dei termini di presentazione delle dichiarazioni hanno un diretto impatto sui termini del c.d. "ravvedimento operoso".

Sono stati inoltre modificati i termini per il versamento del saldo e del primo acconto dovuti con riferimento alle dichiarazioni dei soggetti titolari di partita IVA, precedentemente fissati al 20 giugno ed ora anticipati al 16 giugno.

Anche per il pagamento della prima e seconda rata dell'ICI è stata disposta l'anticipazione dal 30 giugno al 16 giugno per la prima rata e dal 20 dicembre al 16 dicembre per il saldo.

Con riferimento all'ICI è stato soppresso l'obbligo della presentazione della dichiarazione ICI nel caso di intervenute variazioni ed è stata estesa obbligatoriamente a tutti i comuni la possibilità di operare compensazioni del debito con altri redditi tributari.

Comunicazione telematica dei corrispettivi

Le disposizioni in esame introducono, per i soggetti che svolgono attività di commercio al minuto e assimilate in locali aperti al pubblico, l'obbligo di trasmettere telematicamente all'Agenzia delle Entrate l'ammontare complessivo dei corrispettivi giornalieri delle cessioni di beni e delle prestazioni di servizi effettuate.

La trasmissione dei dati, che dovrà avvenire distintamente per ciascun punto vendita, sostituisce l'obbligo di registrazione dei corrispettivi previsto dall'articolo 24 del citato DPR n. 633 del 1972.

Le disposizioni in esame entrano in vigore il 1° gennaio 2007, con l'obbligo di effettuare la prima trasmissione telematica entro il

mezzo di luglio dello stesso anno, anche con riferimento ai dati relativi ai mesi precedenti.

In caso di omissione di tali adempimenti è prevista la sanzione amministrativa da 1000 a 4000 euro, ferma restando l'applicabilità delle sanzioni per le violazioni degli obblighi di registrazione e di quelli relativi alla contabilità.

Versamenti dovuti da parte dei titolari di Partiva IVA

Il *decreto* ha stabilito che i soggetti titolari di partita IVA dal 1° ottobre 2006 sono obbligati ad effettuare i versamenti fiscali e previdenziali dovuti ai sensi degli articoli 17, comma 2, e 28, comma 1, del decreto legislativo 9 luglio 1997 n. 241, esclusivamente mediante modalità telematiche, anche servendosi di intermediari.

Pertanto i contribuenti IVA devono effettuare il versamento unitario delle imposte e dei contributi in via telematica direttamente utilizzando il modello telematico F24 *on line* ovvero per il tramite degli intermediari abilitati, che sono tenuti a utilizzare il modello F24 cumulativo.

Restano, quindi, esclusi dall'obbligo del versamento delle imposte e dei contributi con modalità telematiche i contribuenti non titolari di partita IVA, che potranno effettuare i versamenti con modello F24 presso gli sportelli dell'ufficio postale, della banca o del concessionario della riscossione, ovvero con modalità telematiche.

Maurizio Micozzi

Segretario Nazionale AUPI

Nell'effettuare un tirocinio post laurea è opportuno che il laureato in Psicologia si trovi direttamente ad operare come Psicologo sia pure con i limiti riguardanti al psicoterapia ed il trattamento dei pazienti e sotto le necessarie supervisioni del Tutor.

Oltretutto collaborare alla formazione professionale di un collega appena laureato è un dovere riconosciuto anche dal Codice Deontologico degli Psicologi (art.li 20 e 21).

Con questo spirito e nei limiti del possibile pare opportuno promuovere ricerche e pubblicazioni del lavoro svolto dai tirocinanti.

Questo lavoro rispetta il principio affermato, ma è anche una interessante applicazione di un nuovo test, la Batteria per la Discalculia Evolutiva (BDE) di A.Biancardi e C. Nicoletti edito da Omega Scuola di Torino.

L'interesse per questo test nasce dal lavoro che si svolge presso l'Unità Multidisciplinare per l'Età Evolutiva della Zona Territoriale n. 11 di Fermo, A.S.U.R. delle Marche poiché ci si occupa di bambini con handicap da inserire nelle scuole e di alunni con Disturbi Specifici di Apprendimento.

Nasce anche dal fatto che la Discalculia, a differenza della Dislessia, è un disturbo ancora poco esplorato e con strumenti valutativi meno precisi e rapidi di quelli che valutano i disturbi di letto-scrittura.

Inoltre da molto tempo nel nostro servizio si osserva empiricamente quanto parallelismo ci sia tra i disturbi di tipo discalculico, i disturbi della Attenzione e i disturbi dell'area Visuo-spaziale e dell'Organizzazione Spazio-temporale del pensiero in bambini in età di scuola elementare, ovvero la cosiddetta "disabilità non verbale".

La collega che firma la ricerca, svolta sul materiale clinico prodotto in ambulatorio, ha trovato interessanti connessioni tra i risultati al BDE ed i risultati al Test delle Campanelle ed al test Bender che, lungi dal dare dati generalizzabili anche a causa dell'esiguo numero di casi esaminati, comunque ci guida nel lavoro clinico e di ricerca delle problematiche dell'apprendimento in età evolutiva.

Il disturbo visuo-spaziale: un percorso diagnostico in soggetti con difficoltà nell'apprendimento della matematica

a cura di **Manuela Colletta, Maurizio Micozzi**

INTRODUZIONE: LA DISABILITÀ NON VERBALE

Molti disturbi che coinvolgono le abilità linguistiche e di comunicazione sono oggetto di cospicue ricerche che mano a mano ci consentono di conoscere in maniera più approfondita i sintomi che si sprigionano dalle innumerevoli fatiche che molti bambini incontrano quando devono apprestarsi a leggere, a scrivere o ad esprimere un loro pensiero. Tuttora al contrario, conosciamo ben poco sull'influenza che i disturbi visuospatiali possono avere sulle capacità di apprendimento della letto-scrittura e sui processi di calcolo, uno scoglio per molti bambini che giungono al servizio.

Grazie ai lavori di Rourke e Cornoldi*, oggi si ha l'opportunità di conoscere più dettagliatamente i problemi sequenziali al disturbo che attualmente non trovano citazione nei sistemi internazionali di classificazione (DSM-IV, ICD10), ma che vengono incorporati all'interno di altre patologie come probabili disturbi della coordinazione motoria o disturbi specifici dell'apprendimento matematico.

Pertanto sarebbe importante valutare se la presenza di difficoltà di calcolo, attentive e/o della motricità fine siano consequenziali e/o comorbilitanti alla presenza di un disturbo spaziale.

Per rispondere a tale interrogativo Rourke e collaboratori hanno delineato attraverso analisi cliniche e neurologiche gli aspetti salienti del disturbo fra cui la presenza di:

- Problemi percettivi e tattili riguardanti specialmente il lato sinistro del corpo: l'assenza di una integrazione percettiva nell'elaborazione degli stimoli sensoriali.
- Problemi di coordinazione psicomotoria che si manifestano in una lentezza di esecuzione dei movimenti.
- Deficit visuo-spaziali,
- Problemi in compiti cognitivi e sociali di tipo non verbale: l'incapacità nel costruire una mappa mentale in grado di predisporre la corretta percezione dello spazio,

- Buona memoria meccanica: i soggetti sono in grado di ricordare i testi prediligendo l'apprendimento mnemonico
- Difficoltà in aritmetica e discreto successo in lettura e scrittura del numero.
- Difficoltà di adattamento a nuove situazioni sociali.
- Verbosità, sono in genere soggetti piuttosto loquaci.
- Deficit di giudizio sociale: espressione inadeguata al contesto di riferimento, incapacità di interpretare le regole e la pragmatica del discorso.
- Discrepanza fra il Q.I. verbale (normalmente buono) e Q.I. di performance (sotto la media).

Attenendoci al profilo, le difficoltà interessano un vasto campo di azioni che coinvolgono vari aspetti degli apprendimenti scolastici fra i quali:

- Abilità visuo-spaziali compromesse ma compensate da buone abilità linguistiche.
- Alterazione dei processi di attenzione visiva.
- Alterazione della velocità e della correttezza dello stimolo visivo.
- Deficit nella memoria di lavoro visuo-spaziale.
- Disturbo nell'apprendimento numerico e di calcolo soprattutto negli aspetti che coinvolgono in maggior misura le abilità visuo-spaziali. (corretti allineamenti, valore posizionale del numero).

Le difficoltà sembrerebbero mostrarsi più ingravescenti verso la fine del primo ciclo di scuola primaria, quando le richieste in alcune materie curriculari come l'aritmetica e la geometria divengono più complesse, ovvero quando vengono coinvolte elaborazioni specifiche non verbali. (Cornoldi 1999).

CASI CLINICI

Non è raro presso il servizio dell'Unità Multidisciplinare per l'Età Evolutiva accogliere bambini di 4° e 5° elementare per le difficoltà che investono soprattutto l'area degli apprendimenti matematici su segnalazione delle insegnanti.

La richiesta di un consulto specialistico prende avvio da una serie di motivazioni relative alle difficoltà di questi bambini, che pur non

* Rourke, B., neuropsicologo docente all'università di Windsor CANADA (1989)
Cornoldi C. dipartimento di psicologia generale all'università di Padova. (1997).

mostrando sino ad allora particolari inefficienze, sembrerebbero non essere più in grado di portare a compimento alcune specifiche consegne.

Le domande che i genitori e gli insegnanti pongono è di dare una connotazione precisa che possa dare loro una degna spiegazione e che li aiuti a trovare il giusto intervento per farvi fronte.

Il presente studio si propone di descrivere il profilo cognitivo e neuropsicologico di tre bambini con una media di età 9.8, segnalati dalle insegnanti a causa delle scarse capacità esecutive con cui si avvicinano alla risoluzione dei compiti matematici.

Dall'esame anamnestico si riferisce l'assenza delle difficoltà sul piano degli apprendimenti linguistici così come l'assenza di disordini di natura comportamentale o deficit di attenzione che in qualche modo possano giustificare la attuali difficoltà.

Le uniche irregolarità che sono emerse riguardano per tutti i casi descritti un ritardo nelle acquisizioni delle prime tappe di sviluppo psicomotorio.

PROFILO COGNITIVO E NEUROPSICOLOGICO: UN PERCORSO DIAGNOSTICO

Esame del livello intellettivo: Scala Wechsler

Il primo passo diagnostico dopo alcuni colloqui informativi è stato quello di valutare il quoziente intellettivo attraverso la somministrazione della scala Wechsler.

La batteria testistica si suddivide in due subscale tesa alla misurazione di due Q.I. relativi alle capacità linguistiche e pratiche di bambini dai 6 ai 16 anni di età.

La batteria presenta una media normativa di 100 e una deviazione standard di 15.

Sin dalle prime fasi di somministrazione si sono osservate da parte loro buone abilità linguistiche: una buona padronanza lessicale, una efficiente capacità di categorizzazione semantica il tutto correlato ad un buon adattamento e coinvolgimento sociale.

Tali abilità erano alternate da cadute prestazionali verso prove che si proponevano di misurare: le capacità di pianificazione e organizzazione visuo-spaziale nella riproduzione di disegni astratti (disegno con cubi), le capacità di cogliere percettivamente parti specifiche per dar vita alla ricomposizione della figura (ricomposizione di oggetti), le capacità di pianificare sequenzialmente una serie di eventi presentati graficamente (subtest storie figurate); prove che in qualche modo ci informano sulle abilità di percezione e rappresentazione spaziale.

Oltre alle abilità di percezione visuo-spaziale, emergono anche difficoltà relative alle abilità di coordinazione visuo-motoria e di processamento visivo degli stimoli, che potrebbero in parte essere spiegate da un mancato controllo attentivo e di concentrazione (subtest aritmetica), oltre che da una difficoltà di coordinazione motoria (cifrario).

Dall'analisi dei risultati si è avuto modo di osservare generalmente un quoziente intellettivo totale nella norma, pur con una evidente discrepanza fra il Q.I. verbale e il Q.I. di performance con una media differenziale di ben 18 punti a favore dei subtest verbali; media significativa rispetto al valore campione di standardizzazione della Wisc-r che è di 9,7 per $p < .001$ (Kaufman, 1976).

Una successiva analisi è stata eseguita accorpando i vari subtest mediante il raggruppamento fattoriale di Kaufman (1975), nella scala di comprensione verbale, organizzazione percettiva e capacità di concentrazione.

TABELLA N 1
Risultati al test WISC-R

subtest	informazioni	Somiglianze	Aritmetica	Vocabolario	Comprensione	Mem.Cifre	Q.I.V.	C. Figure	Sto. Figurate	Disegno Cubi	Rioc.di Oggetti	Cifrario	Q.I.P.	Q.I.T.
S.	8	11	6	13	10	5	97	8	6	7	6	7	78	87
B.	10	9	8	9	10	7	95	6	6	7	8	6	78	85
C.	9	13	8	11	12	7	103	10	7	7	8	7	85	93

TABELLA N 2
Raggruppamento fattoriale di kaufman. (Media=10)

Fattori	C.V._	O.P._	C.C._
S.	10,5	6,75	7
C.	9,5	6,75	7,33
B.	11,25	8	7,33

c. v. subtest (vocabolario, comprensione, informazione, somiglianze)

o. p. subtest (completamento di figure, storie figurate, disegno con cubi, ricostruzione di oggetti).

c.c. subtest (cifrario, aritmetica, memorie di cifre).

I risultati consentono di confermare come la componente verbale risulti superiore rispetto alla organizzazione percettiva e alle capacità di concentrazione.

L'analisi ci ha indirizzato verso un ulteriore approfondimento relativo alle interessanti prestazioni che in qualche modo potrebbero consentirci di ipotizzare la presenza di una possibile sindrome non verbale.

PROVE NEUROPSICOLOGICHE

In ambito neurologico Rourke per spiegare il disturbo relativo a una possibile sindrome visuo-spaziale ipotizzava la presenza di disfunzioni dell'emisfero destro nello specifico nella materia bianca e nelle fibre milieniche.

Oggi la neuropsicologia dello sviluppo tenta di dare una connotazione diversa al disturbo ovvero in termini di errata percezione ed esplorazione visiva (Cornoldi 1999).

Dalla valutazione del profilo cognitivo seppur nella media si evidenzia per l'appunto una caduta prestazionale significativa verso le prove che indagano tali abilità.

Il passo successivo è stato pertanto dare una spiegazione e confermare o meno i risultati ottenuti.

Bender Gestalt Test

Dal profilo ottenuto mediante la scala WISC-R e dall'analisi fattoriale di Kaufman ci è sembrato indicativo evidenziare la presenza di una difficoltosa analisi e codifica dello spazio così come di una compromessa conoscenza delle relazioni spaziali.

Pertanto abbiamo ritenuto opportuno approfondire tale aspetto attraverso la somministrazione del Bender Gestalt Test.

Il Bender Gestalt Test (Lauretta Bender, 1932), è un test neuropsicologico che ci consente di poter osservare per l'appunto l'abilità di percepire spazialmente le 9 figure geometriche che mano a mano vanno progressivamente presentate al soggetto.

L'assegnazione del punteggio tiene conto della presenza di abilità di motricità fine, del numero di omissioni presenti, della corretta riproduzione delle figure e della percezione e integrazione di alcune figure simmetriche

Sono note in letteratura le frequenti correlazioni che sono state effettuate fra le prove di performance della Wisc-r e il Bender test (Joesting, 1977; Merini e coll, 1982; Namara e coll; Di pietro, Iommi, Marilungo, 20 L...).

Le correlazioni sono risultate significative (Redfering, Collins 1982) verso quei subtest della Wisc-r (disegno con cubi, ricostruzione di oggetti, storie figurate), le cui abilità coinvolte richiedevano di percepire le relazioni spaziali nel materiale presentato.

Dall'analisi del protocollo emergono in tutti i casi la mancanza di dettagli, di precise intersezioni e di corrette proporzioni delle figure proposte. I bambini presentano secondo i parametri di valutazione adottati dalla Koppitz (1976) un punteggio medio di 7 errori.

Il risultato consente di confermare in tutti i casi osservati una maturazione percettivo-motoria di una età inferiore di due anni rispetto al campione di riferimento di pari età.

Test delle Campanelle Modificato

L'indagine è stata ulteriormente approfondita con l'intento di misurare un altro aspetto emerso dall'analisi qualitativa dei risultati della Wisc-r, ovvero le difficoltà dei bambini riguardo la possibilità di elaborare le informazioni attraverso una corretta esplorazione visiva e una buona capacità di controllo attentivo e di concentrazione. (nota n. 2)

Abbiamo per l'appunto ritenuto interessante l'approfondimento attraverso la somministrazione del Test delle Campanelle Modificato (Biancardi, Stoppa 1997), una prova tesa a valutare sia le qualità strategiche di processamento delle informazioni visive, sia le capacità di focalizzazione dello stimolo target e la possibilità di mantenimento del fuoco attentivo per tempi più lunghi.

Il test si compone di 4 differenti fogli contenenti 35 campanelle ciascuno costellate da differenti distrattori.

TABELLA N. 3
Risultati al Test delle Campanelle Modificato

	Rapidità			Accuratezza		
	punteggio	Dev.St.	Percentile	punteggio	Dev.St.	Percentile
S.	41	2,19	<10°	114	3,07	<10°
C.	40	1,4	<10°	108	1,79	<10°
B.	38	1,6	<10°	102	2,59	<10°

La prova ci consente di ricavare due indici, ovvero l'indice di rapidità con la quale un soggetto riesce ad identificare lo stimolo target e l'indice di accuratezza con la quale vengono selezionate le campanelle lungo la prosecuzione della prova.

L'analisi dei risultati ottenuti depone a favore di una prestazione media che si aggira attorno alla seconda deviazione standard, prestazione deficitaria attenendoci alla normativa del campione di riferimento.

La prova si è dimostrata significativa nel confermare le già osservate difficoltà di questi bambini per quanto concerne le capacità di esplorazione e di coordinazione oculo-motoria e le difficoltà relative ad un mancato controllo attentivo, difficoltà che si manifestano maggiori nella modalità di mantenimento del fuoco lungo l'arco di tempo concesso (si vedano per l'appunto i risultati nel raggruppamento fattoriale "cc").

B.D.E.: Batteria per la valutazione delle Competenze Numeriche e di Calcolo.

Il passo successivo è stato quello di indagare nel dettaglio le difficoltà relative all'apprendimento dei numeri e all'esecuzione dei cal-

coli, motivo per il quale i bambini sono stati segnalati al servizio. La Batteria per la Discalculia Evolutiva (BDE - Biancardi, Stoppa, 1997), si compone di 10 subtest volti alla determinazione di due quozienti: uno relativo al sistema dei numeri, l'altro alle prove di calcolo. Le prove relative all'individuazione del quoziente intellettivo numerico indagano tre aree specifiche: l'area relativa all'abilità di conteggio, le abilità di transcodifica numerica (lettura, scrittura, ripetizione del numero), l'area relativa alla codifica semantica (inserzioni, triplete).

Le prove che misurano le abilità di calcolo indagano invece: aree relative all'abilità di richiamo dei fatti numerici (tabelline, moltiplicazioni a mente, addizione e sottrazione entro la decina); il calcolo mentale complesso (addizioni e sottrazioni oltre la decina) e gli algoritmi di calcolo (calcolo scritto).

La prova presenta una media statistica di 100 e una deviazione standard di 15.

Per essere considerato discalcolico un bambino deve conseguire un punteggio ponderato inferiore a 70.

Dall'analisi dei risultati emerge nei casi considerati un profilo funzionale di abilità numeriche e di calcolo al di sotto del valore atteso per l'età.

Pur in un quadro di difficoltà generiche si ha modo di poter osservare le prestazioni che si sono rilevate maggiormente deficitarie.

Fra le abilità che misurano il quoziente intellettivo numerico, la codifica semantica (triplette, inserzioni), è la prova più compromessa. Le abilità richieste sono quelle di identificare la posizione corretta del numero lungo la linea di numeri e nella successiva di identificare la relazione che un numero proposto ha con gli altri numeri.

La prova richiede pertanto per una buona riuscita, una esatta rappresentazione concettuale del numero e non meno una corretta analisi visuo-spaziale del materiale.

È stato interessante approfondire quest'ultima abilità nella prova

TABELLA N. 4
Risultati al B.D.E

Subtest	conteggio	lettura	scrittura	ripetizione	codifica sem	Q.I.N.	tabelline	molpl. A mente	add/sottr<10	add/sottr>10	calcolo scritto	Q.I.C.	Q.N.C
S.	6	8	6	7	3	56	10	9	8	8	1	59	52
B.	7	4	6	5	3	<50	6	8	10	6	3	50	<50
C.	6	6	7	7	5	<50	8	9	11	7	4	68	52

relativa al calcolo scritto dove si è osservata una caduta prestazionale altrettanto significativa; caduta che, in qualche modo, potrebbe spiegare le succitate difficoltà.

Dunque analizzando l'esecuzione delle singole procedure di calcolo è possibile sottolineare il problema relativo ad una errata direzionalità con cui sono state eseguite la maggior parte delle operazioni (dal basso verso l'alto, fig. n. 1-2), (da sinistra verso destra, fig. n. 3), errori di natura procedurale (fig. n. 1-2-4) in cui la componente spaziale ha avuto un ruolo notevole nella valutazione complessiva della prova.

Alcuni errori procedurali

fig. n°1

$$\begin{array}{r} 4070 - \\ 1246 = \\ \hline 3226 \end{array}$$

fig. n°2

$$\begin{array}{r} 4070 - \\ 1246 = \\ \hline 3236 \end{array}$$

fig. n°3

$$\begin{array}{r} 37 \times \\ 56 = \\ \hline 15 \end{array}$$

fig. n°4

$$\begin{array}{r} 11 \\ 839 + \\ 243 = \\ \hline 1072 \end{array}$$

Le difficoltà procedurali si sono accompagnate inoltre da una scorretta applicazione delle regole imposte dai diversi algoritmi a causa di un mancato controllo esecutivo relativo all'utilizzo dei riporti che sono stati compresi ma non inseriti nel calcolo successivo con le decine e le centinaia. (fig n. 4).

Le Difficoltà investono quindi sia l'aspetto relativo al controllo e al monitoraggio delle procedure sia la corretta percezione della componente di acquisizione spazio-temporale.

Pur in un quadro discalcolico le difficoltà relative alla processazione dello stimolo visivo sembrerebbero cronicizzarsi ulteriormente ipotizzando pertanto il particolare profilo che emerge e che a quanto pare depone a favore di altri studi epidemiologici (Penge 2000) in cui viene considerata una possibile comorbilità fra di dis-

turbi specifici dell'apprendimento e altri disordini di natura neuropsicologica come per l'appunto la presenza di difficoltà prassiche e visuo-spaziali, che hanno inciso considerevolmente nel profilo complessivo di questi bambini.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'intento in questo studio è stato quello di effettuare una analisi diagnostica il cui fine motivasse le difficoltà di questi bambini sul piano degli apprendimenti matematici ovvero apprendimenti che con l'aumentare delle richieste scolastiche diventano sempre più specifici e difficili da perseguire.

La somministrazione della scala Wechsler ci ha permesso di ricevere attraverso le due subscale importanti informazioni relative a ciò che Rourke nell'arco di venti anni ha descritto e articolato come un profilo tipico di un bambino con difficoltà visuo-spaziali.

La significativa discrepanza tra i quozienti verbale e di performance che ne è emersa ci ha portato ad operare una analisi qualitativa delle prove, i cui risultati hanno delineato un profilo totale nella norma, ma una caduta prestazionale indicativa delle fatiche che i bambini hanno incontrato verso prove pratiche in cui si richiedeva di disporre gli elementi percepiti visivamente in un tutto organizzato, nel collocarli in modo corretto in riferimento ad una immagine mentale creata.

Abilità con le quali è possibile riconoscere le forme delle figure, l'orientamento, le proporzioni e la posizione.

Si è reso necessario pertanto un approfondimento che potesse ribadire le difficoltà emerse e approfondirle. L'analisi dei risultati fa luce di fatto sulle connessioni tra abilità aritmetiche e difficoltà di percezione spaziale e sulla processazione ed integrazione cognitiva dello stimolo visivo. Si può infatti affermare che queste difficoltà hanno influito considerevolmente sull'esito delle prove relative ad una valutazione delle abilità numeriche e di calcolo, la cui corretta risoluzione era consequenziale ad una buona rappresentazione spaziale.

Nei piani di trattamento di bambini con questi problemi occorrerà delineare un percorso riabilitativo il cui fine sarà di migliorare le difficoltà presenti e permettere ai bambini di trovare strategie per affrontare i compiti con una maggiore consapevolezza della specificità delle difficoltà e di evitare pertanto interventi didattici superficiali e poco efficaci. Si ravvede infatti l'importanza di un allenamento costante sulla rappresentazione astratta del numero, così come l'utilizzo di tecniche specifiche che allenino il bambino ad una migliore rappresentazione spaziale e direzionale delle procedure di calcolo. (Biancardi, Nicoletti, 1997).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Biancardi A., Nicoletti C., "Batteria per la discalculia evolutiva" Edizioni omega 2003.
- Biancardi A., Stoppa, "Il test delle campane: una proposta per lo studio dell'attenzione in età evolutiva" in psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, vol. 64, pp. 73-84, 1987.
- Biancardi, Mariani, Pieretti, "La discalculia evolutiva" pag. 20,24-28, 32, 63, 81-83 Edizione Franco Angeli 2004.
- Cornoldi C., Dalla Vecchia R., Tressoldi P., "limiti della memoria di lavoro visuospatiale: il caso di una sindrome non verbale", pag. 137-148.
- Di Pietro A., Iommi V., Marilungo M., "Il test di Bender nella diagnosi neuropsicologica in età evolutiva in Aupi notizie n°3 2003.
- Articolo on line di Alcetti R. "Le abilità visuo spaziali" pag. 1-12 attività didattiche 2003-2004.
- Articolo on line di Milani L., "Difficoltà nell'apprendimento scolastico" pag. 1-4.
- Articolo on line in educare. it. di Pasqualotto L., "La sindrome non verbale (disturbi visuo-spaziali)" pag. 1-4 2000.
- Riassunti on line a cura del laboratorio di osservazione e diagnostica funzionale Università degli studi di Trento, corso di aggiornamento professionale pag. 1-50, 2005-2006.
- Articolo on line a cura di Passolunghi M.C. "L'apprendimento matematico: competenza e disabilità nella soluzione di problemi" pag. 27-39, 2004.
- Articolo on line a cura di Grossi, Lepore, Trojano "La riabilitazione nei disturbi della cognizione spaziale", pag. 1-26, 1983.
- Articolo on line in Psicolab.net a cura di Faglioni G., "Diagnosi differenziale nei disturbi specifici dell'apprendimento, intelligenza numerica, abilità e difficoltà di calcolo, disturbi specifici dell'apprendimento di tipo non verbale", Marzo 2006.

**Il testo aggiornato del DPR 9 ottobre 1990, n. 309 “Testo Unico delle Leggi
in materia di disciplina degli stupefacenti...”
È disponibile sul sito www.aupi.it**

Supplemento ordinario alla “Gazzetta Ufficiale”, n. 62 del 15 marzo 2006 - Serie generale

*Spediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b
Legge 23-12-1996, n. 662 - Filiale di Roma*

GAZZETTA  **UFFICIALE**
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Mercoledì, 15 marzo 2006

SI PUBBLICA TUTTI
I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00100 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 06 35081

N. 62

Testo aggiornato del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, recante: «Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza».

Recensioni

a cura di GIOVANNI CAVADI

Aldo Galeazzi e Paolo Meazzini (curatori) *Mente e comportamento. Trattato italiano di Psicoterapia Cognitivo-comportamentale*. 2004, pp. 601, Giunti, Firenze, euro 20,00.

Nel 1984 Meazzini aveva curato il "Trattato teorico-pratico di terapia e modificazione del comportamento", che purtroppo si fermò al solo 1° volume. Nello stesso anno nasce anche la rivista "TC Terapia del comportamento" diretta da Meazzini e G.F. Goldwurm.

A quell'epoca l'AIAMC, l'Associazione che rappresentava i terapeuti comportamentali, non aveva ancora sposato pienamente le tesi cognitive, e bisognerà attendere il 1992 per la modifica del suo stesso statuto e conseguente denominazione in Associazione Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva.

Il percorso è stato certamente accidentato e come ci ricordano i curatori Galeazzi e Meazzini, "per imporsi e diventare psicoterapia dominante, la terapia del comportamento ha dovuto intraprendere una lotta dura, che spesso ha riguardato la sua stessa sopravvivenza. Essa ha avuto due avversari e non sempre nobili. Il primo e più temibile fu l'opposizione ideologica dato che si trattava di una psicoterapia che proveniva dai paesi a maggior caratterizzazione capitalista... il secondo, più vischioso e pernicioso dal punto di vista culturale, la psicoanalisi che godeva e continua a godere nel nostro paese di una fiducia illimitata, che sconfinava in quella tipicamente riservata ad una fede religiosa".

Vent'anni dopo il libro si presenta ancora ambiziosamente come un trattato, cioè come una esposizione metodica di una dottrina, piuttosto che un manuale e perciò un volume di agevole consultazione in cui sono compendiate le nozioni fondamentali della disciplina.

L'opera è suddivisa in sedici capitoli ai quali hanno contribuito 20 autori, per la maggior parte terapeuti cognitivo-comportamentali e si articola in quattro aree fondamentali:

1. La storia: una panoramica storico-critica della terapia del comportamento con la naturale evoluzione nella terapia cognitivo-comportamentale, il quadro generale nella situazione italiana e le prospettive.

2. La metodologia: dai fondamenti neurobiologici dei disturbi del comportamento, il *modus operandi* della terapia, l'assessment e la verifica della terapia cognitivo-comportamentale.
3. Le tematiche cliniche: i disturbi d'ansia, la depressione, i disturbi sessuali e quelli alimentari, le tossicodipendenze e i disturbi schizofrenici.
4. L'area interdisciplinare: la medicina comportamentale, la psicologia della salute e un ampio capitolo dedicato all'età evolutiva.

Due temi, a parere di chi scrive, mancano all'appello: la terapia cognitivo-comportamentale della coppia e la psicoterapia e le tecniche riabilitative per le persone anziane, che pure in questi ultimi anni hanno ricevuto preziosi contributi clinici.

Ognuno dei sedici capitoli è corredato da una ricca ed aggiornata bibliografia. (G C)

Roberto Truzoli. *Sviluppare il pensiero flessibile. Tecniche per lo sviluppo cognitivo di bambini con ritardo mentale*. Armando Editore, Roma. 2002, pp. 79, € 10,00.

Il volumetto di Truzoli è in realtà una monografia dedicata ad una specifica tecnica di training, il reversal shift, cioè l'inversione degli indici discriminativi per il ruolo che questi svolgono nello sviluppo concettuale particolarmente nei bambini con ritardo mentale: "il processo del reversal shift – sottolinea Truzoli – è stato individuato come fattore importante, in grado di far superare la fase della fissità funzionale e di consentire un uso dinamico del concetto". Questo al fine di favorire forme flessibili e non rigide di pensiero, e di costruire un forte strumento di adattamento.

Il paradigma metodologico del reversal shift, nato nell'ambito dell'apprendimento discriminativo, viene proposto come metodologia didattica finalizzata allo sviluppo cognitivo dei bambini che presentano un ritardo mentale e/o gravi carenze da deprivazione culturale. Interessante ed utile il capitolo dedicato alle applicazioni in ambito rieducativo. Un breve bibliografia completa il volumetto. (G.C.)

COMPONENTI ORGANI NAZIONALI

SEGRETERIA NAZIONALE

MARIO SELLINI

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

PAOLO MOSCARA

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

VITO TUMMINO

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

MAURIZIO MICOZZI

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

RINALDO PERINI

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

ALESSANDRONI VINICIO	0736/844413	FUSARI PAOLO	347/1500460	PERINI RINALDO	0774/357209
ANDREGETTI MARIA LUISA	347/4917889	GENTILE SALVATORE	0835/986450	PIERUCCI FERNANDO	0585/45913
ARCICASA ANGELO	0434/736234	GIOSI PAOLA	0344/43060	PIROMALLI CARLO	090/2224925
ARTICO NICOLA	0586/614258	GOLLO ISIDORO	0835/243704	POLI GIACOMO	0376/919155
BALDASSARRE GIROLAMO	0874/823714	INFURCHIA GIUSEPPE	0922/733580	PUPULIN GIORGIO	049/9324988
BELLISARIO PIER PAOLO	0872/706498	INNEO GIUSEPPE	338/4678461	PUTZOLU DOMENICO	0783/81828
BERNARDINI ENRICO	0746/483073	LAVARINO PIERO	011/7094711	RASSU MARIA ROSA	079/9959809
BERTINI ANTONIO	075/5280761	LAZZARI DAVID	0744/423871	REITANO FRANCESCO	0464/554743
BINI LAURA	339/5324246	LIO SONIA	335/6677205	RIPPA ARTURO	081/5001275
BOZZARO PAOLO	095/7716706	LETTINI GIANFRANCO	0972/39239	ROSSI RITA	041/5294655
BRUSATI ANNA	0321/3734838	LOMBARDO ARMODIO	338/1429311	ROSSINI MARIO	335/5995603
CALLONI GIOVANNI	329/7509118	MANFREDI PAOLO	0863/441720	RUBINO VINCENZO	349/7923121
CALVANI ROBERTO	0432/553571	MANIGLIA RAFFAELE	0832/606931	SANTORO LUCIA	055/483010
CARTISANO ORLANDO	0963/591650	MARENCO GIANCARLO	0141/392729	SARTORELLI MARIA CHIARA	085/8543817
CASULA SEVERINO	388/6154491	MARTELLO CARMELA	339/5088096	SCACCIONI RAFFAELLA	0161/250097
CAVADI GIOVANNI	030/2410140	MARTIN MARIA ROSA	347/2592282	SCARDILLI SALVO	095/894367
CAVION ROBERTO	0444/511113	MASCI SILVIA	0434/553627	SCOLLO SALVATORE	0932/768606
CERIONI ANNA GRAZIA	0721/882849	MAZZOLDI MARIANTONIETTA	0471/908594	SELLINI MARIO	0968/76244
COLOMBARI MANUELA	051/6838432	MEGNA FRANCESCO	0962/924262	SERRA LETIZIA	0131/443370
CONTARDI M.CLEOFE	0721/739722	MELILLO ANNA ROSA	080/3254940	SIGNORI LINO	045/8015471
D'ANGELO ANNA	0885/781776	MELIS CATERINA	0781/660206	SOLARI SILVANO	0187/732772
D'IMPORZANO AGOSTINO	0187/533791	MERCURI EUGENIO	0968/25331	SPITALE GIUSEPPE	0931/724292
DE BORTOLI VIRGINIO	0437/931375	MERLINI FRANCO	02/58013132	TADDEI BRUNO	051/6224285
DE DONATO COSIMO	099/9727423	MICOZZI MAURIZIO	0734/965752	TIENGO GIOVANBATTISTA	335/6082191
DI GIAMMARCO GILDA	0861/591737	MOSCARA PAOLO	0832/753500	TIMPANO MARCO	0587/273378
DI LIBERTO CARLA	0783/317901	NARDIN BRUNO	347/4334386	TOSSICHETTI VALERIA	071/5963813
FACCIOLI GIORGIO	0425/715000	NOVELLI STEFANO	0385/259882	TRIGLIA ANGELO L.	0965/774339
FEDELE MARIA	338/5983877	PAINI GIANCARLA	347/2211654	TRISTAINO FRANCESCO	0984/73392
FELACO RAFFAELE	081/5768240	PALMA G. LUIGI	0836/554819	TUMMINO VITO	031/523327
FLARA' NATALIO	0861/8020305	PALMIERI GIORGIO	333/2926159	VACCA LUCIANA	338/2688737
FORCELLINO VINCENZO	089/695174	PAZZAGLIA ANTONELLA	0733/900316	VENTURELLA ELVIRA	0165/256885
FRATTI FULVIO	0521/393108	PERAZZA FRANCO	0481/592009	ZAVAGLIA SALVATORE	328/4188758
				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	0141/487651
	Segreterie Provinciali	
TO	LAVARINO Piero	347/6981846
AL	SERRA Letizia	0131/443370
AT	MARENCO Giancarlo	0141/487651
CN	MICCA Carla	0174/723760
NO	BRUSATI Anna Maria	0321/3734838
VC	SCACCIONI Raffaella	0161/250097
BI	ACQUADRO Loredana	015 /9899853
VB	LIO Sonia	335/6677205
	VAL D'AOSTA	
	Segreteria Regionale	
AO	VENTURELLA Elvira	0165/256885
	LOMBARDIA	
	Segreteria Regionale	
	ZAVAGLIA Salvatore	328/4188758
	Segreterie Provinciali	
MI città	MERLINI Franco	02/58013132
MI Nord	MARTELLO Carmela	339/5088096
MI Sud	CALLONI Giovanni	329/7509118
BG	RUBINO Vincenzo	349/7923121
BS	CAVADI Giovanni	030/3732358
CO	GIOSSI Paola	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	
	FACCIOLO Giorgio	0425/715000
	Segreterie Provinciali	
VE	ROSSI Rita	041/5227825
BL	DE BORTOLI Virginio	0437/83500
RO	FACCIOLO 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	
	ARICASA 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	TOSSICHETTI 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	ARTICO NICOLA	0586/614258

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	LINGARO 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	TRISTAINO 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	0923/717715
	SARDEGNA	
	Segreteria Regionale	
	PUTZOLU Domenico	0783/290326
	Segreterie Provinciali	
CA	MELIS Caterina	070/655883
NU	CASULA Severino	388/6154491
OR	DI LIBERTO Carla	0783/317901
SS	RASSU M. Rosa	079/9959809

DIPENDENTI / CONVENZIONATI AZIENDE SANITARIE

(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)



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 settembre 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

